



## Syok anafilaksis dengan kehamilan

DOAJ  
DIRECTORY OF  
OPEN ACCESS  
JOURNALS

Anak Agung Ayu Ratih Hapsari,<sup>1\*</sup> Ketut Suryana<sup>1</sup>



CrossMark

### ABSTRACT

Anaphylaxis during pregnancy is a rare but catastrophic for both mother and infant. Immediate treatment and corporation between internal medicine, obstetric and intensivist is necessary to prevent mortality and morbidity. We reported an anaphylactic shock case in 20-year-old woman with 30-week pregnancy. Patient comes with symptom and sign of anaphylaxis shock few minutes after consumes tuna. After injection epinephrine 0.3 cc intramuscular two times,

2 lpm oxygen nasal canule, position mother on the left side, elevate her lower extremity, loading NaCl 0.9% 1000 cc, methylprednisolone 2x62.5 mg IV, and avoid allergen. Consultation to the obstetric didn't find fetal distress. Consultation to the intensivist monitor for 2 days at HCU. Positioning mother on the left side, immediate treatment and corporation between internal medicine, obstetric and intensivist are very important in the management anaphylaxis with pregnancy

**Keywords:** anaphylaxis, pregnancy

**Cite This Article:** Hapsari, A.A.A.R., Suryana, K. 2019. Syok anafilaksis dengan kehamilan. *Medicina* 50(2): 245-248. DOI:10.15562/Medicina.v50i2.366

### ABSTRAK

Anafilaksis selama proses kehamilan jarang terjadi namun sangat berbahaya bagi ibu dan bayi. Penanganan segera serta kerjasama antara penyakit dalam, kandungan, dan intensivist sangat diperlukan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas. Kami melaporkan sebuah kasus syok anafilaksis pada seorang wanita usia 20 tahun dengan kehamilan 30 minggu. Pasien datang dengan keluhan dan tanda sesuai dengan syok anafilaksis beberapa menit setelah mengkonsumsi ikan tuna. Setelah injeksi epinephrine

0,3 cc intramuskular 2 kali, oksigen 2 lpm nasal kanul, diposisikan miring kiri, naikan ekstremitas bawah, loading NaCl 0,9% 1000 cc, metilprednisolon 2x62,5 mg IV, dan hindari alergen, kondisi syok teratasi. Konsultasi ke bagian kandungan tidak ditemukan tanda gawat janin. Konsultasi ke bagian intensivist dan dilakukan monitor selama 2 hari di *high care unit* (HCU). Posisi miring kiri serta kerjasama penyakit dalam, kandungan, dan intensivist sangat diperlukan dalam tatalaksana anafilaksis dengan kehamilan.

**Kata kunci :** anafilaksis, hamil

**Cite Pasal Ini:** Hapsari, A.A.A.R., Suryana, K. 2019. Syok anafilaksis dengan kehamilan. *Medicina* 50(2): 245-248. DOI:10.15562/Medicina.v50i2.366

<sup>1</sup>Divisi Imunologi Program Studi Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

### PENDAHULUAN

Anafilaksis selama proses kehamilan dan persalinan merupakan kejadian yang jarang terjadi namun sangat berbahaya bagi ibu dan bayi. Gejala dan tanda bervariasi mulai dari gejala anafilaksis pada umumnya, kadang disertai dengan gatal pada vulva atau vagina, nyeri punggung belakang, keram perut, gawat janin, hingga kelahiran prematur. Terapi utama yang diberikan antara lain pemberian epinefrin, pemberian oksigen, posisi ibu miring kiri untuk memperbaiki aliran vena balik ke jantung, naikan ekstremitas bawah, dan mempertahankan tekanan darah sistolik ibu > 90 mmHg untuk memastikan aliran plasenta berjalan baik. Resusitasi kardio pulmonal dan pembedahan cesar dapat dilakukan bila terdapat indikasi.<sup>1-5</sup>

Dilaporkan sebuah kasus wanita hamil 30 minggu dengan keluhan sesuai dengan syok

anafilaksis. Pentingnya kasus ini diangkat mengingat perlunya penanganan segera serta kerjasama multidisiplin antara penyakit dalam, kandungan dan intensivist diperlukan mencegah morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

### ILUSTRASI KASUS

Wanita 20 tahun datang dengan keluhan gatal disertai bentol kemerahan di seluruh tubuh sejak 2 jam SMRS. Gatal dirasakan beberapa menit setelah pasien mengkonsumsi ikan tuna. Pasien juga mengeluh sesak disertai suara ngik-ngik. Selain itu pasien juga mengeluhkan demam tinggi, sakit kepala, dan nyeri sendi tinggi sejak 2 hari SMRS tanpa tanda pendarahan. Pasien saat ini sedang dalam kondisi hamil anak pertama, usia kehamilan 30 minggu. Tidak terdapat keluhan gatal pada kelamin, keram perut, dan nyeri punggung.

\*Correspondence to:

Anak Agung Ayu Ratih Hapsari,  
Divisi Imunologi Program Studi  
Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran  
Universitas Udayana/Rumah Sakit  
Umum Pusat Sanglah Denpasar  
ratihhapsariayu@gmail.com

Diterima: 2018-05-25

Disetujui: 2019-01-10

Diterbitkan: 2019-08-01

Gerak janin dikatakan masih seperti biasa dan tidak timbul nyeri perut maupun bercak pendarahan dari kelamin. Pasien memiliki riwayat alergi terhadap ikan tuna dan asma. Asma kambuh bila terpapar udara dingin dan batuk pilek. Nenek dan ibu pasien memiliki riwayat asma.

Di rumah sakit sebelumnya pasien didiagnosis syok anafilaksis dan telah mendapatkan terapi injeksi epinefrin 0,3 cc intramuskuler (IM), nebulizer salbutamol 1 ampul, dan metilprednisolon 62,5 mg intravena dan oksigen nasal kanul 2 lpm. Pada pemeriksaan fisik saat pasien datang didapatkan kesan sakit berat, kesadaran kompos mentis, pasien dalam kondisi syok dengan tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 120x per menit, respirasi 24 kali per menit, suhu 36°C, saturasi O<sub>2</sub> 100%, dan akral dingin. Pemeriksaan abdomen didapatkan tinggi fundus uteri ½ pusat dan *prosesus xiphoideus*. Pada ekstremitas didapatkan akral dingin dan urtikaria di seluruh tubuh.

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan WBC 9,86 µ/L; eosinofil 0,03 µ/L; hemoglobin 9,91 g/dl; hematokrit 32,22 %; MCV 79,17 fL; dan MCH 24,36 pg; trombosit 201 x 10<sup>3</sup>/µL. Pada pemeriksaan kimia didapatkan SGOT 36,7 U/L; SGPT 19,9 U/L; BUN 5,0 mg/d; kreatinin serum 0,68 mg/d; gula darah sewaktu 120 mg/dl. Pada pemeriksaan serologi ditemukan NS-1 positif pada pasien. Hasil kadar besi pasien 22,39 µg/dL, *total iron binding capacity* (TIBC) 364 µg/dL, saturasi transferin 6,15%, dan feritin 71,7 ng/mL, sesuai untuk anemia defisiensi besi. Elektrokardiografi saat pasien datang ke IGD menunjukkan irama sinus, 100x per menit.

Hasil konsultasi ke bagian obstetri ginekologi tidak didapatkan kontraksi, denyut jantung janin 145-160 x/menit. Pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan janin tunggal hidup, ditemukan denyut jantung janin dan pergerakan janin dengan perkiraan umur kehamilan 30 minggu 2 hari, berat janin 1.656 gram.

Terapi oksigen 2 lpm nasal kanul, diposisikan miring kiri, naikan ekstremitas bawah, loading NaCl 0,9% 1000 cc dilanjutkan dengan 20 tpm, injeksi epinefrine 0,3 cc IM ke dua, metilprednisolon 2x62,5 mg IV, hindari alergen, dan *sulfa ferosus* tablet 100 mg tiap 8 jam. Setelah mendapatkan injeksi epinefrine ke dua di RSUP Sanglah kondisi syok teratasi. yang ditandai dengan tekanan darah meningkat menjadi 100/70 mmHg, nadi 100 x per menit, respirasi 20x/ menit, akral hangat. Pasien didiagnosis dengan syok anafilaksis karena dicurigai makanan (ikan tuna), infeksi dengue hari ke 3, anemia ringan hipokromik mikrositer ec dicurigai anemia defisiensi besi, dan G1P0000 tunggal hidup 30 minggu 2 hari. Pasien dikonsulkan ke bagian

intensivist dan dirawat di ruang HCU selama 2 hari sebelum akhirnya dipindahkan ke ruang rawat biasa selama 5 hari. Selama perawatan tekanan darah pasien stabil, tidak pernah mengalami hemokonsentrasi, buang air kecil pasien sekitar 1000-1500 cc per hari, trombosit terendah pasien selama perawatan adalah 86.000. Pasien dipulangkan pada perawatan hari ke 7 dengan trombosit terakhir 130.000 x10<sup>3</sup>/µL.

## DISKUSI

Reaksi anafilaksis adalah reaksi hipersensitivitas sistemik yang serius dan mengancam jiwa.<sup>6,7</sup> Anafilaksis terjadi akibat reaksi hipersensitivitas segera yang dimediasi oleh vasoaktif amin yang dikeluarkan sel mast dan basofil yang disensitasi oleh Immunoglobulin E (IgE). Insiden anafilaksis selama kehamilan masih belum diketahui, namun diperkirakan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya insiden anafilaksis pada populasi umum. Laporan Chanduri dkk<sup>8</sup> menyebutkan dari 23 kejadian anafilaksis selama kehamilan, etiologi terbanyak adalah antibiotik beta laktam (8 dari 23), *natural rubber latex* (NRL) (6 dari 23), dan sisanya adalah penyebab lain seperti suxamethonium, propanidid, rantidin, chlorhexidin, anti bisa ular, dan sengatan serangga. Tidak terdapat kematian ibu, namun terdapat 1 kematian bayi, 7 bayi mengalami gangguan neurologis berat, di mana 3 diantaranya dilahirkan dengan usia kurang dari 32 minggu.

Sebelum proses melahirkan, penyebab anafilaksis pada kehamilan sama dengan penyebab anafilaksis pada populasi umum. Etiologi dapat berupa makanan (ikan, kerang, kacang dan lainnya), sengatan serangga, dan obat-obatan. Sedangkan selama proses persalinan penyebab terbanyak adalah antibiotika dan obat-obatan yang digunakan selama persalinan. Pada kasus didapatkan alergen pencetus adalah ikan tuna yang sesuai dengan teori penyebab anafilaksis sebelum proses kelahiran sama dengan penyebab anafilaksis pada populasi umum.<sup>7</sup>

Diagnosis klinis anafilaksis didasarkan atas riwayat adanya keluhan atau tanda anafilaksis segera (menit hingga jam) setelah paparan alergen yang dicurigai, melibatkan lebih dari dua organ dan syok tidak selalu ada. Gejala dan tanda anafilaksis pada kehamilan dapat meliputi gatal pada vulva dan vagina, nyeri pinggang, rasa kram pada uterus, gawat janin, dan persalinan prematur.<sup>2,7</sup> Pada kasus didapatkan kriteria anafilaksis yaitu onset akut (keluhan dalam menit atau jam) setelah makan ikan tuna dengan keterlibatan kulit berupa rasa gatal dan kemerahan, keluhan respirasi

berupa rasa sesak, dan terdapatnya syok. Pasien juga mengeluh demam hari ke 3, mendadak tinggi, pemeriksaan laboratorium NS-1 positif. Pasien didiagnosis demam dengue. Pasien dirawat hingga hari ke 8. Tidak didapatkan penurunan tekanan darah, hemokonsentrasi dan tanda pendarahan selama perawatan.

Manajemen anafilaksis selama kehamilan sama dengan anafilaksis pada populasi umum dengan tambahan beberapa hal.<sup>1-5</sup> Menjauhkan paparan alergen, memastikan sirkulasi, jalan nafas, pernafasan, kesadaran baik harus dilakukan. Perawatan dengan melibatkan tim mulai dari penyakit dalam, intensivis, dan kandungan. Epinefrine (adrenalin) 0,3 mg (0,3 mL) diberikan intramuskular dan dapat diulang setiap 5-15 menit tergantung respon klinis.<sup>2</sup> Epinefrin disuntikkan intramuskular di *midanteriorlateral* paha dengan dosis 0,01 mg/kg dengan perbandingan 1:1.000 (1 mg/mL) dengan dosis maksimum 0,5 mg pada orang dewasa, dapat diulang setiap 5-15 menit.

Oksigen diberikan hingga saturasi oksigen mencapai 100%. Extremitas bawah harus dinaikkan dan ibu harus dimiringkan kiri untuk menegakkan uterus gravid menekan vena cava inferior. Di akhir 20 minggu kehamilan, besar uterus dapat menekan vena cava inferior, sehingga pada posisi supinasi uterus yang membesar dapat menekan vena cava inferior dan menyebabkan penurunan *venous return* dan hipotensi.<sup>9</sup> Ibu juga dilarang untuk tiba-tiba duduk atau berdiri untuk mencegah henti jantung akibat *empty inferior vena cava* atau *empty ventricle syndrome*. Pemberian isotonik salin 0,9% sebanyak 5-10 mL/kgBB harus diberikan dalam 5-10 menit. Pemasangan monitor untuk pengawasan tekanan darah, denyut jantung, oksigenasi (*pulse oxymetry*), dan denyut jantung janin harus dilakukan. Bila terjadi gawat janin, operasi cesar emergensi harus segera dilakukan. Bila syok yang tidak membaik dengan pemberian epinephrine dan resusitasi cairan maka diberikan vasopresor intravena melalui *syringe pump* dengan dosis titrasi dengan tetap memantau denyut jantung, tekanan darah, dan saturasi oksigen untuk mencegah aritmia ventrikel, krisis hipertensi, dan edema paru.<sup>2,5</sup> H1-antihistamin dapat mengurangi rasa gatal, kemerahan, urtikaria, angioedema, dan keluhan hidung dan mata. Beta-2 adrenergik agonis selektif seperti salbutamol diberikan pada anafilaksis sebagai terapi tambahan pada pasien dengan keluhan mengi, batuk, dan sesak yang tidak membaik dengan pemberian epinefrin. Pemberian kortikosteroid dapat menghentikan transkripsi gen yang mengkode protein proinflamasi dan kemungkinan mencegah reaksi bifasik atau *protracted*.

Anafilaksis memiliki efek buruk terhadap oksigenasi janin karena dapat mengakibatkan hipoksik-iskemik ensefalopati dan kerusakan sistem saraf pusat permanen bahkan kematian, tanpa dipengaruhi oleh kondisi ibu. Henti jantung ibu merupakan hal yang sangat buruk bagi fetus dan memerlukan operasi cesar segera.<sup>4</sup> Gawat janin ditunjukkan dengan penurunan denyut jantung janin harus ditangani melalui penanganan terhadap kondisi hipoksia, hipotensi atau keduanya.

Pencegahan anafilaksis selama kehamilan terpusat pada pasien di mana harus secara ketat menghindari alergen baik makanan, gigitan serangga, obat-obatan, atau apapun yang dapat mencetuskan reaksi. Imunoterapi umumnya tidak dilakukan selama kehamilan mengingat kemungkinan anafilaksis. Pada kasus penjelasan tentang menghindari alergen yaitu ikan tuna telah dilakukan sejak awal pasien MRS. Tidak dilakukan test kulit, desensitasi, atau imunoterapi pada pasien.

## RINGKASAN

Dilaporkan seorang pasien wanita, 20 tahun dengan syok anafilaksis ec dicurigai makanan (ikan tuna) disertai dengan kehamilan G1P0000 tunggal hidup 30 minggu 2 hari. Pasien juga menderita infeksi dengue hari ke-3 dan anemia ringan hipokromik mikrositer ec dicurigai anemia defisiensi besi. Gejala anafilaksis yang didapatkan pada pasien adalah manifestasi kulit berupa gatal dan kemerahan, manifestasi respirasi berupa sesak dan mengi, dan terdapat syok setelah makan ikan tuna. Pasien mendapatkan oksigen 2 lpm nasal kanul, diposisikan miring kiri, naikkan ekstremitas bawah, loading NaCl 0,9% 1000 cc, injeksi epinefrine 0,3 cc intramuskuler sebanyak 2x, nebulizer salbutamol 1 ampul, dan metilprednisolon 62,5 mg intravena. Setelah injeksi epinefrin ke dua itu kondisi syok teratasi. Dari konsultasi ke bagian obstetri tidak ditemukan tanda gawat janin. Pasien juga dikonsulkan ke bagian intensivis dan dirawat di ruang HCU selama 2 hari sebelum dipindah ke bangsal. Pasien dirawat hingga hari ke 8 infeksi dengue.

Anafilaksis pada kehamilan merupakan kondisi yang jarang namun mengancam nyawa baik bagi ibu maupun bayi. Terapi anafilaksis pada populasi umum sama dengan ibu hamil di mana ditambahkan posisi ibu yang harus miring kiri untuk mencegah penekanan vena cava dan kerjasama multidisiplin dari penyakit dalam, kandungan, maupun intensivis sangat diperlukan dalam tata-laksana pasien. Penjelasan mengenai pentingnya menghindari alergen sangat diperlukan untuk menghindari kejadian anafilaksis berulang.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Simons FER, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 130 (3):597-605.
2. Simons FER, Arduoso LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J dkk World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. *WAO Journal.* 2011; 4(2): 1–37.
3. Heinly TL, Lieberman P. Anaphylaxis in pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2000; 20: 83-8.
4. Suresh MS, Mason CLT, Munnur U. Cardiopulmonary resuscitation and the parturient. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2010; 24: 383-400.
5. Soar J, Perkins GD, Abbas G, Alfonzo A, Barelli A, Bierens J, dkk. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010 section 8. Cardiac arrest in special circumstances: electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. *Resuscitation.* 2010; 81: 1400-33.
6. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, Adkinson NF Jr, Bock SA, Branum A, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 117: 391-397.
7. Simons FER. World Allergy Organization survey on global availability of essentials for the assessment and management of anaphylaxis by allergy immunology specialists in health care settings. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology.* 2010; 104: 404-412
8. Chaudhuri K, Gonzales J, Jesurun CA, Ambat MT, Mandal-Chaudhuri S. Anaphylactic shock in pregnancy: a case study and review of the Literature. *International Journal of Obstetric Anesthesia.* 2008; 17: 350–357.
9. Crochetiere C. Obstetric emergencies. *Anesthesiology Clin N Am.* 2003;21: 111 –125.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution