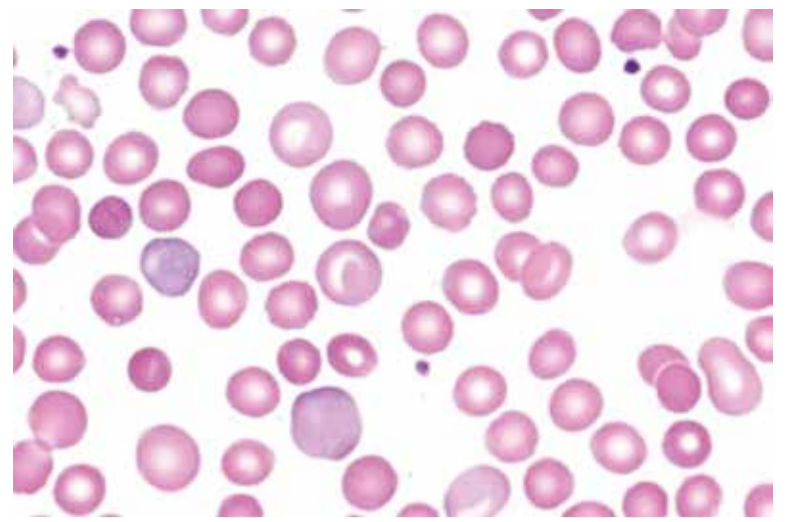




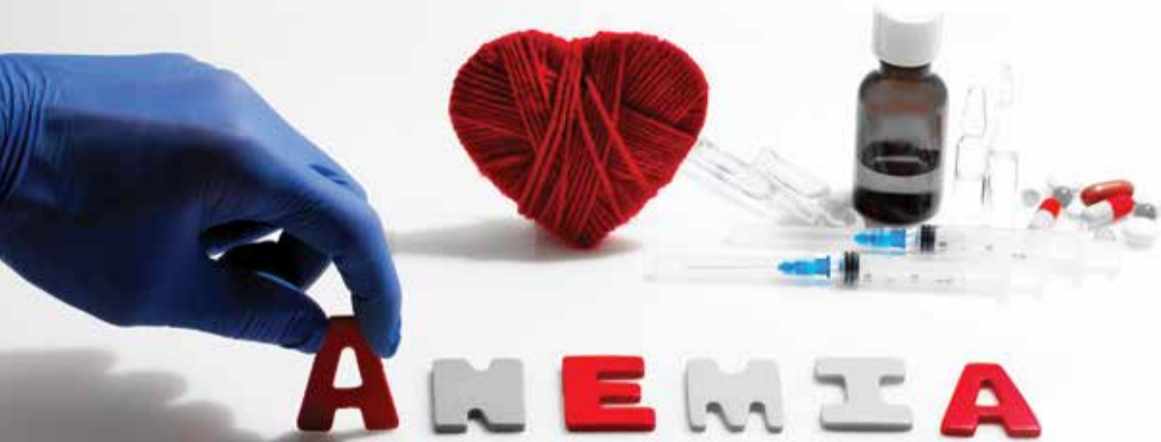
# Anemia Hemolitik Autoimun: PENDEKATAN DIAGNOSIS ANEMIA PADA PASIEN DEWASA

dr. Stevent Sumantri, DAA, Sp.PD

Bagian Ilmu Penyakit Dalam  
Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan  
Rumah Sakit Umum Siloam Lippo Village



**Gambar 1.** Gambaran sediaan hapus darah tepi pasien dengan AIHA, menunjukkan retikulosit berwarna kebiruan, disertai dengan eritrosit yang rusak dan berbentuk bulat/sferositik. Sumber dari foto David Roberts dan John Burtham.



**A**nemia merupakan salah satu kondisi medis terluas yang dialami manusia, secara global diperkirakan 24,8% populasi (1,62 milyar manusia) menderita kondisi ini. Prevalensi lebih besar pada populasi-populasi tertentu, seperti wanita hamil (41,8%) dan anak usia pra-sekolah (47,4%). Tata laksana anemia yang adekuat memerlukan pengobatan sesuai dengan penyebabnya, oleh sebab itu pendekatan diagnosis yang tepat merupakan langkah pertama untuk penatalaksanaan yang efektif dan efisien.

## Ilustrasi Kasus

Seorang wanita berusia 32 tahun datang dengan keluhan utama lemas memberat sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Lemas dirasakan terus menerus, tidak membaik dengan istirahat dan memburuk dengan aktivitas. Lemas disertai dengan demam menggigil hilang timbul, pucat dan kekuningan di bagian putih mata. Pada pemeriksaan fisik ditemukan hemodinamik stabil, sklera ikterik, konjungtiva anemis,

hepatosplenomegali slight.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan pasien dengan anemia (Hb 3,4 g/dL) megaloblastik (MCV 108 fL per sel, MCH 38 pg per sel) dan trombositopenia (74.000/mcL). Pemeriksaan hapusan darah tepi menunjukkan gambaran anemia makrositik dengan morfologi normal, disertai peningkatan jumlah retikulosit dan trombositopenia dengan peningkatan jumlah megakariosit. Evaluasi kimia darah menunjukkan adanya peningkatan bilirubin

dengan rasio bilirubin indirek yang lebih tinggi (bilirubin total 7,4 g/dL, indirek 4,8 g/dL, direk 2,6 g/dL). Dilakukan *Coomb's test* yang menunjukkan adanya inkompatibilitas mayor dan minor, sel darah merah diliputi oleh imunoglobulin G dan komplemen C3.

## Diskusi

Anemia didefinisikan sebagai kadar hemoglobin (Hb) di bawah 13,5 g/dL untuk pria dan 12,0 g/dL untuk wanita, kadar untuk anak

bervariasi tergantung usia dan jenis kelamin. Setelah menentukan seorang individu menderita anemia, langkah selanjutnya adalah mengevaluasi etiologi dari kondisi tersebut untuk tatalaksana lanjut. Terdapat beberapa cara untuk mengevaluasi penyebab anemia, mulai dari pendekatan berdasarkan tipe anemia (mikrositik, normositik dan makrositik), penyebab anemia (gangguan produksi dan kehilangan darah) sampai evaluasi tingkat molekuler. Namun demikian pendekatan anemia berdasarkan tipe merupakan salah satu yang paling sering dan mudah untuk digunakan.

Berdasarkan tipenya anemia dibagi menjadi tiga, yakni anemia mikrositik hipokromik, normositik normokromik dan makrositik (gambar 2). Penentuan tipe ini didasarkan pada ukuran sel (*mean corpuscular volume, MCV*) dan konsentrasi hemoglobin eritrosit (*mean concentration of hemoglobin, MCH*). Setelah menentukan ukuran dan konsentrasi hemoglobin eritrosit, kita tentukan apakah terdapat respons sumsum tulang yang sesuai yang dinilai dari konsentrasi retikulosit di dalam darah. Bila kadar retikulosit rendah maka kelainan disebabkan oleh gangguan produksi di sumsum tulang, sedangkan apabila kadar retikulosit meningkat terjadi aktivitas penghancuran berlebihan di perifer.

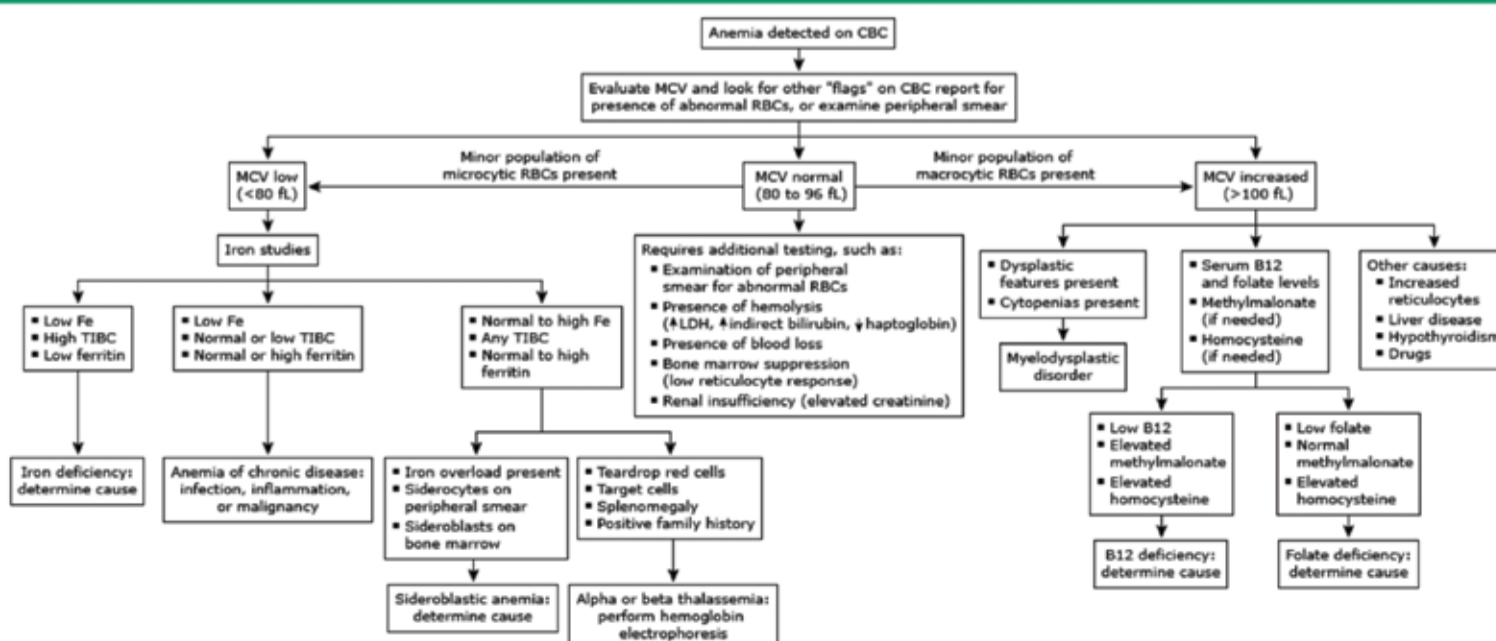
Pada pasien ini kita temukan

pasien mengalami anemia makrositik yang artinya terdapat peningkatan ukuran sel dan konsentrasi hemoglobin. Anemia makrositik bisa diketemukan pada beberapa kondisi, mulai dari defisiensi vitamin B12 dan asam folat, defisiensi enzim G6PD sampai ke anemia hemolitik autoimun. Pada kondisi anemia hemolitik autoimun, gambaran makrositik disebabkan oleh karena meningkatnya produksi dari eritrosit sehingga terdapat eritrosit-eritrosit muda (retikulosit) yang berukuran besar dan memengaruhi ukuran rata-rata korpus eritrosit.

Sediaan apus darah tepi (SADT) merupakan pemeriksaan lanjutan esensial untuk semua kasus anemia. Seringkali pemeriksaan ini terlewatkan atau tidak bisa diperiksa oleh karena pasien sudah telanjur diberikan transfusi, yang menyebabkan darah pasien tercampur dengan donor. Pemeriksaan SADT harus ditunda minimal 3 bulan apabila sebelumnya pasien sudah menerima transfusi darah, untuk mencegah kerancuan yang disebabkan donor. Lewat pemeriksaan SADT kita bisa mendapatkan informasi etiologi anemia, mulai dari morfologi dan ukuran eritrosit, jumlah retikulosit sampai ke kelainan-kelainan penyerta lain yang dapat menunjukkan arah etiologi anemia.

Pada pasien ini kita temukan pada SADT mempunyai gambaran anemia makrositik dengan morfologi normal, sehingga kita bisa menyingkirkan kelainan-kelainan displastik, selain itu tidak adanya gambaran megaloblastik bisa membantu kita menyingkirkan etiologi defisiensi vitamin B12 dan asam folat. Peningkatan retikulosit pada pasien ini mengarahkan pada kondisi-kondisi peningkatan penghancuran eritrosit diikuti dengan respons sumsum tulang yang baik. Konfirmasi diagnosis pada pasien ini didukung oleh pemeriksaan *Coomb's* yang menunjukkan ke arah anemia hemolitik autoimun tipe hangat. Pemberian metilprednisolon dosis pulse 2x250mg IV selama 3 hari diikuti dengan dosis imunosupresan 2 mg/kgBB berhasil mengatasi anemia pada pasien ini, setelah terapi selama 6 minggu Hb konstan di atas 10 g/dL dengan kadar bilirubin tidak meningkat dan retikulosit dalam jumlah normal. **MD**

## Evaluation of anemia in the adult according to the mean corpuscular volume



CBC: complete blood count; MCV: mean corpuscular volume; RBCs: red blood cells; Fe: iron; TIBC: total iron-binding capacity (transferrin); LDH: lactate dehydrogenase.

**Gambar 2.** Langkah pendekatan anemia berdasarkan ukuran eritrosit. Sumber Uptodate edisi 22.