

# Pemphigoid Gestationis in a Primigravida Pregnant Woman: a Case Report

Deddy Pratama<sup>1\*</sup>, I Wayan Hendrawan<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dokter Magang Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, Mataram, Indonesia

<sup>2</sup> Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, Mataram, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.29303/jk.v15i2.9154>

## Article Info

Received : December 18, 2025

Revised : June 22, 2026

Accepted : June 23, 2026

**Abstract:** Pemphigoid gestationis (PG) is a vesiculobullous eruption with intense pruritus in mid- to late pregnancy and immediately after delivery. The incidence of PG is approximately 1 in 60,000 pregnancies, primarily affecting multiparous women in the second or third trimester. A 19-year-old woman with a history of G1P0A0H0 pregnancy and 19-20 weeks' gestation complained of the appearance of blisters that began as reddish patches on the abdomen accompanied by itching. The blisters contained clear fluid. Dermatological examination of the abdomen revealed efflorescence in the form of multiple erythematous macules and patches topped with multiple vesicles. The patient was given systemic treatment with intraoral methylprednisolone and topical desoximetasone 0.25% + sodium fusidate 2% cream. On day 13, the patient showed clinical improvement, characterized by a reduction in symptoms and changes in the lesions. The clinical diagnosis of PG is based on anamnesis and physical examination as well as the response to improvement after receiving therapy.

**Keywords:** Pemphigoid gestationis, primigravida, pregnant, dermatology.

**Citation:** Pratama, D., & Hendrawan, I.W. (2026). Pemphigoid Gestationis in a Primigravida Pregnant Woman: a Case Report. *Jurnal Kedokteran Unram*, 15(2), 70-75. DOI: <https://doi.org/10.29303/jk.v15i2.9154>

## Pendahuluan

Pemphigoid gestationis (PG) merupakan erupsi vesikulobulosa yang disertai dengan keluhan pruritus intens dan terjadi pada pertengahan hingga akhir kehamilan dan segera setelah melahirkan. Kondisi ini umumnya dimulai pada trimester kedua atau ketiga dan bermanifestasi dengan munculnya lesi urtikaria yang sangat pruritus secara tiba-tiba dengan tampilan kulit normal atau eritematosa. Pemphigoid gestationis dikaitkan dengan peningkatan insiden usia kehamilan yang kurang dan kelahiran prematur (Raegan et al., 2019).

Studi pada populasi umum mengenai epidemiologi PG terbatas, karena PG tergolong ke dalam penyakit yang jarang ditemukan. Di Indonesia, belum terdapat publikasi yang menjelaskan mengenai data prevalensi maupun insiden PG secara nasional. Namun, studi berbasis populasi telah melaporkan kejadian tahunan PG berkisar antara 0,5 dan 2,0 kasus

per 1 juta orang di Perancis, Kuwait, Iran, dan Jerman (Sävervall et al., 2017). Angka insiden PG diperkirakan terjadi pada sekitar 1 dari 60.000 kehamilan. Pemphigoid Gestationis terutama menyerang wanita multipara pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, tetapi onset pada trimester pertama atau periode postpartum juga pernah dilaporkan (Soutou & Aractingi, 2015).

Beberapa penyakit kulit khusus kehamilan memiliki angka morbiditas yang cukup besar bagi wanita hamil dan dapat menimbulkan risiko yang signifikan bagi janin, seperti kelahiran prematur dan bayi usia kehamilan kecil (Abdelhafez et al., 2022; Jiao et al., 2021). Oleh karena itu penting untuk mengenali dan memisahkan penyakit ini dari kehamilan jinak lainnya yang memiliki perubahan kulit serupa dengan PG. Wanita hamil dengan ruam pruritus harus selalu mendapatkan evaluasi klinis segera (Raegan et al., 2019).

Berikut dilaporkan satu kasus pemphigoid gestationis pada wanita primigravida usia 29 tahun.

Email: [dheddypratama@gmail.com](mailto:dheddypratama@gmail.com)

Laporan kasus ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mengenai kasus pemfigoid gestasionis, sehingga diharapkan dapat meningkatkan pemahaman praktisi kesehatan agar mampu mendiagnosis dan memberikan tatalaksana yang tepat agar dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas terkait PG.

## Kasus

Seorang wanita, berusia 19 tahun, suku Sasak, Warga Negara Indonesia, dengan nomor rekam medis 226111, datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Daerah Provinsi NTB. Pasien merupakan rujukan dari TS Obstetri dan Ginekologi dengan diagnosis G1P0A0H0 19-20 Minggu dan suspek herpes. Pasien dilakukan pemeriksaan pada tanggal 21 Juni 2023. Berdasarkan hasil anamnesis dengan pasien, didapatkan keluhan utama yakni munculnya lenting berair. Keluhan tersebut sudah dirasakan oleh pasien sejak kurang lebih 2 hari sebelum pemeriksaan. Keluhan diawali oleh munculnya bercak kemerahan pada perut kurang lebih 3 hari sebelum pemeriksaan. Bercak kemerahan disertai dengan gatal yang dirasakan hilang timbul namun tidak mengganggu tidur dan aktivitas pasien. Keluhan nyeri pada munculnya bercak disangkal oleh pasien. Kurang lebih 3 hari kemudian, pasien mengatakan bercak kemerahan sudah mulai memudar, namun dibarengi dengan munculnya lenting berair di atas bercak kemerahan. Lenting berisi cairan jernih. Sering berjalannya waktu, lenting dirasakan semakin banyak dan beberapa terlihat menyatu. Lenting dikatakan belum ada yang pecah. Keluhan penyerta seperti nyeri dan demam disangkal oleh pasien. Makan dan minum dalam batas normal. BAB dan BAK tidak ada keluhan.

Pada riwayat penyakit dahulu, pasien tidak pernah memiliki riwayat penyakit sistemik. Riwayat penyakit kulit sebelumnya disangkal oleh pasien. Riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan disangkal oleh pasien. Tidak ditemukan riwayat penyakit keganasan pada pasien.

Pada riwayat pengobatan, pasien sempat memeriksakan keluhannya tersebut ke Poliklinik Obstetri dan Ginekologi RSUD Provinsi NTB dan didiagnosis G1P0A0H0 19-20 minggu dengan suspek herpes. Pasien tidak mendapatkan terapi tertentu. Riwayat mengoleskan minyak ataupun obat tradisional pada bagian perut disangkal oleh pasien.

Pada riwayat penyakit keluarga, tidak ada anggota keluarga lainnya yang mengalami keluhan serupa. Riwayat penyakit sistemik maupun kulit pada anggota keluarga lainnya disangkal oleh pasien. Tidak ada riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan pada keluarga pasien.

Pasien merupakan ibu rumah tangga. Pasien sehari-hari hanya menghabiskan waktu di rumah dan mengerjakan pekerjaan rumah harian.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, GCS E4V5M6, tekanan darah 127/81, nadi 88 kali/menit, frekuensi nafas 20 kali/menit, suhu aksila 36,7°C, berat badan 50,2 kg, tinggi badan 145 cm. Status generalis dalam batas normal. Status dermatologis, pada abdomen didapatkan efloresensi berupa makula - patch eritema multiple, batas tegas, bentuk geografika, ukuran bervariasi mulai dari 0,2 x 0,3 cm hingga 4 x 5 cm, distribusi lokalisata dan di atasnya terdapat vesikel multiple, batas tegas, bentuk bulat, ukuran diameter 0,1 - 0,2 cm, beberapa lesi berkonfluens.



Gambar 1. Foto klinis (21 Juni 2023)

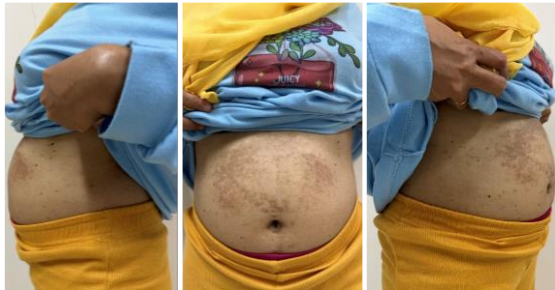
Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis kerja dari Departemen Dermatologi dan Venereologi adalah pemfigoid gestasionis. Tatalaksana yang diberikan pada pasien adalah Metilprednisolon 16 mg tablet setiap 12 jam intraoral dan Desoksimeseton 0,25% + Natrium Fusidat 2% krim setiap 12 jam topikal. Pasien disarankan untuk kontrol kembali ke Poliklinik Kulit dan Kelamin 1 minggu kemudian.

## Pengamatan Lanjutan I: Hari ke-13 (3 Juli 2023)

Pada pengamatan hari ke-13, pasien datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUD Provinsi NTB untuk kontrol kembali. Dari anamnesis didapatkan, tidak ada muncul bercak kemerahan maupun lenting berair yang baru. Lenting berair dikatakan sudah pecah dan meninggalkan bekas berupa bercak kecokelatan. Gatal dirasakan jauh berkurang dibandingkan sebelumnya. Keluhan nyeri dan demam disangkal oleh pasien. Makan dan minum dalam batas normal. Tidak ada keluhan BAB dan BAK.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis, GCS E4V5M6, tekanan darah 127/81, nadi 88 kali/menit, frekuensi nafas 20 kali/menit, suhu aksila 36,7°C, berat badan 50,2 kg, tinggi badan 145 cm. Status generalis dalam batas normal. Status dermatologis, pada abdomen didapatkan efloresensi berupa makula hiperpigmentasi multipel,

batas tegas, bentuk geografika, ukuran bervariasi 0,1 x 0,2 cm - 0,3 x 0,4 cm, beberapa berkonfluens, distribusi lokalisata.



Gambar 2 Foto klinis (03 Juli 2023)

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis kerja dari Departemen Dermatologi dan Venereologi adalah *follow up* pemfigoid gestasionis (membaik). Tatalaksana yang diberikan yakni Desoksimeson 0,25% krim setiap 12 jam topikal.

## Pembahasan

Pemfigoid gestasionis (PG) merupakan penyakit kulit melepuh yang tergolong langka akibat autoimun dengan manifestasi klinis umumnya berupa pruritus. Pemfigoid gestasionis terkait dengan kehamilan dan diklasifikasikan sebagai dermatosis yang khusus terjadi selama kehamilan (Fong et al., 2023; García Souto et al., 2020).

Pemfigoid gestasionis merupakan kasus jarang terjadi. Kondisi ini dilaporkan terjadi pada 1 dari 1.700 hingga 1 dari 50.000 kehamilan (Raegan et al., 2019). Penyakit ini menunjukkan distribusi di seluruh dunia dan tidak ada perbedaan etnis yang menjadi faktor risiko pada ibu hamil yang mengalami PG (Al-Saif et al., 2016; Radia et al., 2017). Usia rata-rata wanita yang mengalami PG bervariasi. Dilaporkan PG dapat terjadi pada wanita hamil dengan usia antara 17 hingga 41 tahun, dengan usia rata-rata onset sekitar 26–32 tahun (Hallaji et al., 2016; Radia et al., 2017). Pemfigoid Gestationis terutama menyerang wanita multipara pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, tetapi onset pada trimester pertama atau periode postpartum juga pernah dilaporkan (Soutou & Aractingi, 2015). Insiden pemfigoid gestasionis pada primigravida masih terbatas. Satu kasus melaporkan pemfigoid gestasionis terjadi pada wanita hamil usia 28 tahun primigravida dengan usia kehamilan 31 minggu berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung (Głowska-Ciemny & Koźlik, 2017). Pada kasus, Seorang wanita, berusia 19 tahun dengan riwayat kehamilan G1P0A0H0 dan usia kehamilan 19-20 minggu.

Patogenesis PG dianggap mirip dengan mekanisme yang terjadi pemfigoid bulosa. Hal tersebut

ditandai dengan pengendapan antibodi autoreaktif yang difokuskan terhadap dua protein hemidesmosomal yakni BP180 dan BP230 di dalam *dermo-epidermal junction*. Gangguan pada protein hemidesmosomal tersebut akan menghasilkan pembentukan bula dan erosi pada kulit (Patel et al., 2017). Pada PG, respon imun pertama kali terjadi di dalam plasenta. Trofoblas plasenta dan sel stroma amniokorionik menunjukkan ekspresi abnormal dari antigen *major histocompatibility complex* (MHC) kelas II yang memungkinkan presentasi protein BP180 (juga dikenal sebagai BPAG1 atau kolagen XVII) pada sistem kekebalan ibu. BP180 merupakan protein struktural utama hemidesmosom yang menghubungkan epidermis dan dermis (Sävervall et al., 2017). BP180 ditemukan di jaringan plasenta, di selaput janin, dan juga di zona membran dasar kulit. Protein spesifik yang disajikan dalam plasenta ini dikenali sebagai benda asing yang akan menyebabkan produksi antibodi IgG anti-plasenta. Selanjutnya, antibodi tersebut akan bereaksi silang dengan protein BP180 yang sama di kulit. Pengikatan antibodi ini ke membran dasar kulit memicu respons autoimun yang terdiri dari aktivasi komplemen, deposisi kompleks imun, *chemoattraction* konsektif granulosit eosinofil, dan degranulasi yang pada akhirnya akan menyebabkan kerusakan jaringan dan pembentukan lepuh (Patel et al., 2017). Imunogenesis juga ditemukan berperan dalam patogenesis PG. Telah digambarkan bahwa PG memiliki hubungan yang kuat dengan haplotipe antigen maternal MHC kelas II HLA-DR3 dan HLA-DR4, akan tetapi temuan dari pengamatan tersebut tidak konsisten di seluruh studi (Patel et al., 2017; Sävervall et al., 2017). Selain terjadi pada kehamilan fisiologis, PG juga dapat terjadi pada kehamilan patologis seperti pada mola hidatidosa dan koriokarsinoma (Raegan et al., 2019).

Pemfigoid Gestasionis awalnya muncul dengan pruritus intens dan lesi kulit inflamasi. Pruritus dapat tetap menjadi satu-satunya gejala yang dikeluhkan oleh pasien. Akan tetapi, sebagian besar berkembang menjadi erupsi lesi polimorfik pada kulit (Hallaji et al., 2016). Lesi kulit yang mengalami erupsi awalnya muncul sebagai papula urtikaria dan plak annular, yang kemudian diikuti oleh munculnya vesikel dan akhirnya dapat membentuk bula berukuran besar dengan dinding tegang di atas kulit eritematosa (Sävervall et al., 2017). Lesi kulit biasanya dapat ditemukan di daerah perut, secara khas melibatkan daerah umbilikus (Al-Saif et al., 2016; Hallaji et al., 2016; Sävervall et al., 2017). Dalam 90% kasus, lesi kemudian akan menyebar ke seluruh perut (Sävervall et al., 2017). Pada beberapa pasien menunjukkan keterlibatan daerah lainnya seperti paha, telapak tangan dan telapak kaki dapat terlibat. Dalam sebuah penelitian terhadap 23 pasien,

ekstremitas adalah tempat keterlibatan yang paling umum (100%) (Hallaji et al., 2016). Lokasi lainnya seperti mukosa dan wajah biasanya tidak terlibat. Pada kasus, pasien mengeluhkan munculnya lenting berair kurang lebih 2 hari sebelum pemeriksaan pada bagian perut. Keluhan diawali oleh munculnya bercak kemerahan pada perut. Keluhan disertai dengan gatal yang tidak mengganggu tidur dan aktivitas pasien. Nyeri disangkal. Lenting berisi cairan jernih. Status dermatologis, pada abdomen didapatkan efloresensi berupa makula - patch eritema multiple, batas tegas, bentuk geografika, ukuran bervariasi mulai dari 0,2 x 0,3 cm hingga 4 x 5 cm, distribusi lokalisata dan di atasnya terdapat vesikel multiple, batas tegas, bentuk bulat, ukuran diameter 0,1 - 0,2 cm, beberapa lesi tampak konfluens.

Terdapat beberapa metode pemeriksaan yang dapat mendukung hasil evaluasi klinis dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi kasus PG antara lain dengan pemeriksaan histologis, *direct immunofluorescence* (DIF) atau *indirect immunofluorescence* (IIF), *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA), dan imunokimia C4d. Seluruh pemeriksaan tersebut dilaporkan terbukti dapat digunakan untuk mendiagnosis PG. Saat ini, imunokimia C4d tidak termasuk ke dalam standar pemeriksaan pada PG dan masih dianggap eksperimental. Pemeriksaan DIF adalah metode yang paling sering digunakan untuk mendeteksi PG. Histopatologi PG ditemukan bervariasi yang ditentukan berdasarkan tingkat keparahan dan stadium penyakit. Pada tahap pra-vesikobulosa awal, temuan histopatologi klasik berupa lesi urtikaria yang ditandai dengan edema pada dermis atas dan tengah dengan infiltrasi perivaskular limfosit, histiosit, dan eosinofil. Selanjutnya dalam beberapa hari, formasi perpecahan subepidermal bulosa dan bula akan terlihat jelas. Temuan histopatologis ini tidak spesifik untuk PG dan juga dapat dilihat pada dermatosis kehamilan lainnya seperti erupsi polimorfik kehamilan. Hasil pemeriksaan DIF akan menunjukkan deposisi linier autoantibodi komplemen 3 (C3) dan IgG pada *dermo-epidermal junction* (Al-Saif et al., 2016; Hallaji et al., 2016; Sävervall et al., 2017). Satu studi melaporkan C3 ditemukan pada 100% kasus, sedangkan IgG ditemukan pada 25%-50% kasus. Untuk menghindari pemeriksaan biopsi kulit, autoantibodi yang bersirkulasi dapat dideteksi menggunakan uji pengikatan komplemen, seperti IIF atau ELISA. Pemeriksaan IIF mendeteksi autoantibodi IgG yang menargetkan membran dasar kulit pada 30%-100% kasus (Sävervall et al., 2017). Pemeriksaan ELISA umumnya akan mengungkapkan antibodi IgG yang bersirkulasi melawan BP180, khususnya terhadap domain NC16A dari BP180. ELISA telah menunjukkan tingkat spesifisitas 94%-98% dan

sensitivitas 86%-97% dalam mendeteksi antibodi BP180 pada pasien dengan PG (Al Saif et al., 2017). ELISA cocok untuk memantau aktivitas penyakit karena kadar serum anti-BP180 NC16A berkorelasi dengan tingkat keparahan penyakit. Dalam studi yang lebih baru, imunohistokimia rutin menunjukkan deposisi imunoreaktan C4d linier sepanjang membran dasar pada 100% pasien dengan PG dibandingkan dengan 0% pada pasien dengan erupsi polimorfik kehamilan. Metode ini dapat digunakan untuk memisahkan PG dari penyakit kulit khusus kehamilan lainnya seperti erupsi kehamilan polimorfik, kolestasis kehamilan intrahepatik, dan erupsi kehamilan atopik atau penyakit kulit lainnya dengan presentasi klinis yang serupa (Sävervall et al., 2017). Pada kasus, diagnosis pemfigoid gestasionis ditegakkan secara klinis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta respon perbaikan setelah terapi.

Diagnosis banding PG umumnya meliputi erupsi polimorfik pada kehamilan, erupsi obat, atau urtikaria (selama tahap urtikaria pemfigoid gestasional). (Głowska-Ciemny & Koźlik, 2017; Raegan et al., 2019)

Erupsi polimorfik kehamilan merupakan dermatosis umum, bersifat jinak, dan terasa sangat gatal yang terjadi hampir secara eksklusif pada primigravida selama trimester ketiga dan segera setelah melahirkan. Kelainan ini sebelumnya dikenal sebagai papula urtikaria pruritus dan plak kehamilan. Insiden erupsi polimorfik kehamilan berkisar antara 1 : 300 hingga 1 : 130 kehamilan. Kondisi ini biasanya terjadi pada primigravida selama trimester terakhir kehamilan (rata-rata onset pada usia kehamilan 35 minggu). Akan tetapi, telah dilaporkan juga terjadi pada awal kehamilan dan segera setelah melahirkan. Lesi bersifat polimorfik, dapat berbentuk urtikaria (paling sering), vesikular, purpura, polisiklik, targetoid, atau eksim. Lesi tipikal berukuran 1 hingga 2 mm berupa papula urtikaria eritematosa dikelilingi oleh lingkaran pucat sempit yang muncul pertama kali dalam *striae gravidarum*. Erupsi dimulai pada perut, menunjukkan sedikitnya keterlibatan periumbilikalis. Pruritus umumnya terjadi bersamaan dengan erupsi dan terlokalisasi pada kulit yang terkena. Penyebaran cepat ke paha, bokong, payudara, dan lengan. Keterlibatan telapak tangan, telapak kaki, atau kulit di atas payudara sangat jarang. Patogenesisnya masih belum diketahui. Beberapa berpendapat bahwa peningkatan distensi kulit perut menyebabkan perubahan kolagen dan/atau jaringan elastis, sehingga memicu imunoreaktivitas ibu terhadap rangsangan yang sebelumnya nonantigenik. Peningkatan imunoreaktivitas reseptor progesteron telah terdeteksi pada lesi, sehingga menimbulkan dugaan bahwa terdapat peran aktivasi progesteron

pada keratinosit (Brandão et al., 2016; Raegan et al., 2019). Pada kasus, diagnosis erupsi polimorfik pada kehamilan dapat disingkirkan secara klinis dengan ditemukannya lesi vesikular dan keterlibatan area umbilikal.

Secara umum, tujuan utama tatalaksana PG adalah untuk meredakan gejala utama yang dikeluhkan yakni pruritus, mencegah pembentukan lepuh, dan mempercepat penyembuhan lepuh serta erosi. Rejimen dan durasi tatalaksana PG harus ditentukan oleh tingkat keparahan gejala dan respon klinis pada pasien. Pada kasus yang tergolong ringan, antihistamin oral dan kortikosteroid topikal dengan potensi sedang hingga kuat dapat diberikan. Akan tetapi, pada kasus yang lebih parah, kortikosteroid oral merupakan obat pilihan yang dapat diberikan. Perawatan lini ketiga umumnya disediakan untuk kasus refrakter. PG postpartum yang parah dan persisten mungkin memerlukan kortikosteroid sistemik dosis tinggi atau agen immunosupresan lainnya. Kompres dan agen antibakteri topikal dapat diberikan pada lesi yang menunjukkan erosi untuk mencegah infeksi sekunder (Savervall & Thomsen, 2020).

Berbagai pendekatan terapeutik, termasuk agen *steroid-sparing* seperti terapi imunoglobulin intravena, *azathioprine* dan *dapsone* telah dilaporkan sebagai pilihan terapi untuk kasus persisten yang refrakter terhadap rejimen lini pertama atau pasien dengan intoleransi terhadap kortikosteroid sistemik (Kushner et al., 2018). Selain itu, tatalaksana PG juga berkaitan dengan masalah keamanan selama kehamilan atau menyusui dari beberapa obat immunosupresif (Genovese et al., 2020). Terlebih hingga saat ini, tidak ada pedoman khusus yang telah ditetapkan sebagai pilihan tatalaksana pada PG. Pada kasus, pasien hanya diberikan tatalaksana berupa Metilprednisolon 16 mg tablet setiap 12 jam intraoral dan Desoksimeson 0,25% + Natrium Fusidat 2% krim setiap 12 jam topikal.

Pemfigoid Gestasionis dikaitkan dengan kelahiran prematur dan risiko tinggi bayi berat lahir rendah (BBLR). Risiko komplikasi janin berkorelasi dengan tingkat keparahan penyakit ibu. Oleh karena itu, wanita dengan PG harus diawasi secara ketat. Prognosis ibu sangat baik, dengan sebagian besar kasus teratasi dalam beberapa bulan *post partum*. Akan tetapi, dilaporkan juga diperlukan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan bertahun-tahun hingga remisi total. Kekambuhan setelah melahirkan dan memerlukan pengobatan dilaporkan pada 75% kasus. Eksaserbasi dapat terjadi pasca melahirkan dengan faktor pencetus seperti kontrasepsi oral dan selama siklus menstruasi. Bayi baru lahir dari ibu dengan PG dapat mengalami lesi bulosa yang bersifat sementara dan biasanya tidak memerlukan terapi. Perkembangan

lesi pada janin berhubungan dengan transfer pasif antibodi *anti-basement membrane zone* ke plasenta. Jika ibu telah menerima prednisolon dosis tinggi dalam jangka panjang, bayi harus dievaluasi untuk mengetahui adanya insufisiensi adrenal (Raegan et al., 2019). Pada kasus, pada pengamatan hari ke-13 pasien menunjukkan perbaikan klinis. Kondisi tersebut ditandai dengan tidak ada munculnya keluhan bercak kemerahan maupun lenting berair yang baru. Lenting berair yang dikeluhkan sebelumnya dikatakan sudah pecah dan meninggalkan bekas berupa bercak kecokelat. Keluhan gatal dirasakan berkurang.

## Simpulan

Telah dilaporkan satu kasus pemfigoid gestasionis pada wanita primigravida usia 29 tahun. Penegakan diagnosis secara klinis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta respon perbaikan setelah mendapatkan terapi. Pasien diberikan tatalaksana sistemik berupa Metilprednisolon intra oral dan terapi topikal Desoksimeson 0,25% + Natrium Fusidat 2% krim. Pengamatan hari ke-13, pasien menunjukkan perbaikan klinis yang ditandai dengan keluhan yang berkurang dan perubahan lesi.

## Daftar Pustaka

- Abdelhafez, M. M. A., Ahmed, K. A. M., Daud, M. N. B. M., Jeffree, M. S., Kadir, F., Baharuddin, D. M. pg, Than, W. W., Hayati, F., Tay, K. X., & Helmy, E. (2022). Pemphigoid Gestationis and adverse pregnancy outcomes: A literature review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 51(5), 102370. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2022.102370>
- Al Saif, F., Jouen, F., Hebert, V., Chiavelli, H., Darwish, B., Duvert-Lehembre, S., Joly, P., Passeron, T., Misery, L., Grob, J.-J., Michel, C., Esteve, E., Geillet, G., Berbis, P., Friedel, J., Maillard, H., Stalder, J.-F., Dupin, N., Vabres, P., ... D'Incan, M. (2017). Sensitivity and specificity of BP180 NC16A enzyme-linked immunosorbent assay for the diagnosis of pemphigoid gestationis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 560-562. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.09.030>
- Al-Saif, F., Elisa, A., Al-Homidy, A., Al-Ageel, A., & Al-Mubarak, M. (2016). Retrospective analysis of pemphigoid gestationis in 32 Saudi patients - Clinicopathological features and a literature review. *Journal of Reproductive Immunology*, 116, 42-45. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2016.04.286>
- Brandão, P., Sousa-Faria, B., Marinho, C., Vieira-Enes, P., Melo, A., & Mota, L. (2016). Polymorphic eruption of pregnancy: Review of literature. *Journal of*

- Obstetrics and Gynaecology*, 1-4. <https://doi.org/10.1080/01443615.2016.1225019>
- Fong, M., Gandhi, G. R., Gharbi, A., & Hafsi, W. (2023). *Pemphigoid Gestationis*.
- García Souto, F., Cases Mérida, S., & Escudero Ordoñez, J. (2020). Pemphigoid gestationis. *Medicina Clínica*, 154(8), 327. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.05.037>
- Genovese, G., Derlino, F., Cerri, A., Moltrasio, C., Muratori, S., Berti, E., & Marzano, A. V. (2020). A Systematic Review of Treatment Options and Clinical Outcomes in Pemphigoid Gestationis. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.604945>
- Głowska-Ciemny, J., & Koźlik, J. (2017). Pemphigoid gestationis. *GinPolMedProjec*, 3(45), 34-37.
- Hallaji, Z., Mortazavi, H., Ashtari, S., Nikoo, A., Abdollahi, M., & Nasimi, M. (2016). Pemphigoid gestationis: Clinical and histologic features of twenty-three patients. *International Journal of Women's Dermatology*, 3(2), 86-90. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2016.11.004>
- Jiao, H.-N., Ruan, Y.-P., Liu, Y., Pan, M., & Zhong, H.-P. (2021). Diagnosis, fetal risk and treatment of pemphigoid gestationis in pregnancy: A case report. *World Journal of Clinical Cases*, 9(34), 10645-10651. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i34.10645>
- Kushner, C. J., Concha, J. S. S., & Werth, V. P. (2018). Treatment of Autoimmune Bullous Disorders in Pregnancy. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(3), 391-403. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0342-0>
- Patel, F., Wilken, R., Patel, F. B., Sultani, H., Bustos, I., Duong, C., Zone, J. J., Raychaudhuri, S. P., & Maverakis, E. (2017). Pathophysiology of Autoimmune Bullous Diseases: Nature Versus Nurture. *Indian Journal of Dermatology*, 62(3), 262-267. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.159620>
- Radia, C., Salim, G., Kawtar, I., Zahra, M. F., & Taoufiq, H. (2017). Pemphigoid gestationis: A Moroccan study. *Our Dermatology Online*, 8(2), 128-132. <https://doi.org/10.7241/ourd.20172.36>
- Raegan, H., Chang, M. W., & Shah, K. N. (2019). Skin Changes Across The Span Of Life. In *Fitzpatrick's Dermatology* (9th ed., Vol. 1, pp. 1765-1780). McGraw-Hill Education.
- Sävervall, C., Sand, F. L., & Thomsen, S. F. (2017). Pemphigoid gestationis: current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 10, 441-449. <https://doi.org/10.2147/CCID.S128144>
- Savervall, C., & Thomsen, S. F. (2020). Managing Pemphigoid Gestationis. *European Medical Journal*, 125-135. <https://doi.org/10.33590/emj/19-00209>
- Soutou, B., & Aractingi, S. (2015). Skin disease in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(5), 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.005>