

## **KARAKTERISTIK MOLA HIDATIDOSA DI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**

Arlitta Intan Kusuma<sup>1</sup>, Besari Adi Pramono<sup>2</sup><sup>1</sup>Mahasiswa Program Pendidikan S-1 Kedokteran Umum, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro<sup>2</sup>Staf Pengajar Ilmu Obsgin, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro  
JL. Prof. H. Soedarto, SH., Tembalang-Semarang 50275, Telp. 02476928010

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang** Angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi, dengan penyebab paling tinggi adalah perdarahan. Mola hidatidosa dapat menjadi salah satu penyebabnya karena keluhan utama mola hidatidosa adalah perdarahan pervaginam.

**Tujuan** Mencari angka kejadian dan karakteristik pasien mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang

**Metode** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Data diambil dari rekam medik pasien mola hidatidosa yang dirawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2011-2015. Analisis statistik dilakukan secara deskriptif dimana hasil penelitian disajikan tabel distribusi frekuensi untuk setiap karakteristiknya.

**Hasil** Kejadian mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang selama tahun 2011-2015 adalah sebanyak 80 kasus dari 25.959 pasien rawat inap di bagian Obstetri dan Ginekologi (0,39 %). Karakteristik pasien mola hidatidosa paling banyak pada usia ibu 20-35 tahun, usia kehamilan 9-16 minggu, kadar Hb  $\geq 10$  g/dl, paritas 0-1 kali, tingkat pendidikan SMA, dengan keluhan perdarahan pervaginam, merupakan pasien rujukan, dan tidak menggunakan alat kontrasepsi.

**Kesimpulan** Kejadian mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang selama tahun 2011-2015 adalah sebanyak 80 kasus dari 25.959 pasien rawat inap di bagian Obstetri dan Ginekologi (0,39 %). Kejadian mola hidatidosa terbanyak adalah pada usia reproduksi yaitu 20-35 tahun.

**Kata kunci** : mola hidatidosa

### **ABSTRACT**

#### **CHARACTERISTIC OF HYDATIDIFORM MOLE IN RSUP DR. KARIADI SEMARANG**

**Background** The maternal mortality rate in Indonesia is still relatively high with the highest caused by bleeding. Hydatidiform mole may be the one of the main caused for hydatidiform mole liked vaginal bleeding.

**Aim** To found the incidence and characteristics of patients with hydatidiform mole in the RSUP Dr. Kariadi Semarang

**Method** This study was a descriptive study. Data retrieved from medical records of hydatidiform mole's patients treated at RSUP Dr. Kariadi Semarang on 2011-2015. The result presented in distribution and frequency characteristics tables.

**Results** The incidence of hydatidiform mole in the RSUP Dr. Kariadi Semarang during 2011-2015 was many as 80 cases of 25,959 patients at the Obstetrics and Gynecology (0.39%). Characteristics of patients with hydatidiform mole most at maternal age 20-35 years, gestational age 9-16 weeks, Hb  $\geq 10$  g / dl, parity 0-1 times, school education Senior High School, with complaints of vaginal bleeding, a patient referral, and not use contraceptives.

**Conclusions** The incidence of hydatidiform mole in the RSUP Dr. Kariadi Semarang during the years 2011-2015 was as many as 80 cases of 25,959 patients at the Obstetrics and Gynecology (0.39%). Hydatidiform moles highest incidence was in the reproductive age (20-35 years).

**Keywords:** hydatidiform mole

## PENDAHULUAN

Dalam menanggulangi masalah angka kematian ibu yang masih tinggi di Indonesia, pemerintah mencanangkan program Millineum Development Goals (MDGs) namun pada kenyataannya, kondisi Angka Kematian Ibu hingga akhir program yaitu pada tahun 2015 tidak mencapai target ( 102 per 100.000 kelahiran hidup ). Berdasarkan SDKI tahun 1992 mencapai 390 per 100.000 kelahiran hidup, selanjutnya angka tersebut dapat ditekan terus sampai dengan 228 pada tahun 2007, sedangkan pada tahun 2012 mulai naik sampai dengan angka 359 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>1-3</sup>

Di provinsi Jawa Tengah penyebab angka kematian ibu didominasi oleh perdarahan (32 %), disusul oleh hipertensi atau eklampsia (25%), infeksi (5 %), partus lama (5 %), dan abortus (1 %).<sup>2</sup> Untuk perdarahan sendiri dapat terjadi saat awal kehamilan yaitu karena kehamilan ektopik, mola hidatidosa, dan abortus sedangkan pada kehamilan lanjut dapat disebabkan oleh solusio plasenta dan plasenta previa.<sup>4</sup> Menurut data, terdapat mola hidatidosa sebagai salah satu penyebab perdarahan yang selanjutnya merupakan penyebab kematian ibu terbesar, namun tidak ada data yang spesifik berapa presentase yang sebenarnya untuk kasus tersebut.

Setiap pasangan suami istri mendambakan mempunyai bayi yang sehat. Hal tersebut dapat dicapai melalui kehamilan yang normal di mana pada kehamilan normal hasil konsepsi dapat bertumbuh terus sehingga bayi yang dilahirkan memenuhi kriteria tersebut. Namun, kehamilan juga dapat mengalami gangguan sehingga menyebabkan kegagalan kehamilan. Kegagalan ini dapat berupa abortus, prematuritas, kematian janin dalam rahim, atau kelainan kongenital. Kegagalan kehamilan tersebut tergantung pada tahap dan jenis gangguannya.<sup>5,6</sup>

Insiden mola hidatidosa per 1.000 kehamilan terjadi di Asia di mana 5 negara yang menduduki peringkat atas yaitu Indonesia dengan 13 kasus, Taiwan 8,0 kasus, Filipina dan China 5,0 kasus, serta Jepang 3.8 kasus. Sedangkan insidensi terendah terdapat di Amerika Utara, Eropa, dan Oceania dengan rata-rata 0.5-1.84 kasus per 1.000 kehamilan. Data yang diperoleh dari Amerika Selatan terdapat 0.23-0.9 kasus per 1.000 kehamilan, sedangkan di

benua Afrika hanya Uganda dan Nigeria yang mempunyai dokumentasi kasus yaitu terdapat rata-rata 5.0 kasus per 1.000 kehamilan.<sup>7,8,9</sup>

Walaupun mola hidatidosa merupakan kasus yang jarang, namun jika tidak dideteksi dan ditangani segera maka akan berkembang menjadi keganasan sel trofoblas yaitu pada 15 - 20 % wanita dengan mola hidatidosa komplet dan 2-3 % pada mola parsial. Mola hidatidosa dinyatakan ganas jika terjadi metastasis dan invasi merusak miometrium, misalnya pada mola invasif.<sup>10</sup> Jika hal tersebut dilanjutkan kemungkinan akan menjadi salah satu penyebab angka kematian ibu di Indonesia semakin meningkat.

Berdasarkan besaran masalah mola hidatidosa yang dapat menjadi salah satu penyebab angka kematian ibu semakin meningkat maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai angka kejadian dan karakteristik mola hidatidosa. Hal tersebut berkaitan dengan faktor risiko itu sendiri, ketika faktor risiko tersebut dapat dimodifikasi maka pencegahan terhadap mola hidatidosa dapat dilakukan.

## **METODE**

Penelitian deskriptif menggunakan data rekam medis pasien mola hidatidosa yang dirawat inap di RSUP Dr. Kariadi Semarang periode tahun 2011-2015. Kriteria inklusi penelitian ini adalah ibu yang didiagnosis mola hidatidosa baik komplet maupun parsial. Kriteria Eksklusi penelitian ini adalah jika rekam medis pasien mola hidatidosa tidak lengkap. Sampel diambil dari data rekam medis pasien mola hidatidosa dengan besar sampel adalah semua pasien mola hidatidosa yang dirawat inap di RSUP Dr. Kariadi Semarang periode tahun 2011-2015. Selain itu, dilakukan penelitian mengenai angka kejadian mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang periode tahun 2011-2015.

Variabel bebas penelitian ini adalah berbagai macam karakteristik pasien mola hidatidosa yang dilihat dari segi medis dan segi social serta epidemiologis. Karakteristik dari segi medis adalah usia ibu, usia kehamilan, kadar  $\beta$ -hCG, kadar Hb, dan paritas sedangkan dari segi sosial serta epidemiologis adalah tingkat pendidikan, keluhan, penatalaksanaan, rujukan, lama rawat inap, dan riwayat kontrasepsi.

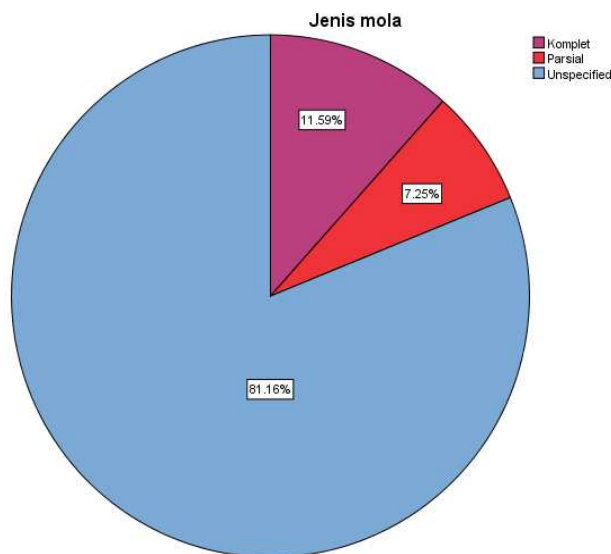
Pengolahan dan analisis data dilakukan secara deskriptif untuk setiap karakteristik dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

**HASIL**

**Karakteristik Subyek Penelitian**

Angka kejadian mola hidatidosa tahun 2011-2015 adalah 80 kasus dari 25.959 pasien rawat inap (0,39 %) di ruang Obstetri dan Ginekologi. Beberapa kasus dieksklusi karena rekam medik tidak lengkap dan salah kode diagnosis.

**Angka Kejadian Mola Hidatidosa**



Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan sebanyak 11,59 % kasus mola hidatidosa komplet, 7,25 % mola hidatidosa parsial, dan 81,16 % adalah mola hidatidosa *unspecified* dari 69 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

**Karakteristik Pasien Mola Hidatidosa**

**Tabel 1.** Karakteristik Pasien Mola Hidatidosa

Variabel	n = 69 / n (%)
<b>1. Usia ibu</b>	•
• < 20 tahun	• 4 (5,8 %)
• 20-35 tahun	38 (55,1 %)
• > 35 tahun	27 (39,1 %)
<b>2. Usia kehamilan</b>	
• 0-8 minggu	6 (8,7 %)
• 9-16 minggu	36 (52,2 %)
• 17-24 minggu	25 (36,2 %)
• ≥ 25 minggu	2 (2,9 %)
<b>3. Tingkat pendidikan</b>	

• Tidak sekolah	0 (0 %)
• SD	(5,8 %)
• SMP	22 (31,9 %)
• SMA	42 (60,9 %)
• Perguruan tinggi	1 (1,4 %)
<b>4. Kadar Hb</b>	
• < 10 g/dl	27 (39,1 %)
• ≥ 10 g/dl	42 (60,9%)
<b>5. Paritas</b>	
• 0-1 kali	36 (52,2 %)
• 2-3 kali	25 (36,2 %)
• >3 kali	8 (11,6 %)
<b>6. Keluhan</b>	
• Perdarahan pervaginam	61 (88,4 %)
• Mual muntah	2 (2,9 %)
• Nyeri perut	6 (8,7 %)
<b>7. Penatalaksanaan</b>	
• Kuretase	68 (98,6 %)
• Histerektomi	1 (1,4 %)
<b>8. Rujukan</b>	
• Ya	66 (95,7 %)
• Tidak	3 (4,3 %)
<b>9. Lama rawat inap</b>	
• ≤ 2 hari	8 (11,6 %)
• ≥ 3 hari	61 (88,4 %)
<b>10. Kontrasepsi</b>	
• Tidak ada	40 (58 %)
• Pil	7 (10,1 %)
• Suntik	18 (26,1 %)
• Implant (susuk)	4 (5,8 %)
• IUD	0 (0 %)
• Tubektomi	0 (0 %)

Dari tabel tersebut, kasus mola hidatidosa yang paling banyak yaitu pada usia ibu 20-35 tahun yaitu sebanyak 38 kasus dengan usia kehamilan 9-16 minggu sebanyak 52,2 %. Sebanyak 60,9 % pasien mola hidatidosa memiliki kadar Hb  $\geq$  10 g/dl. Dalam hal paritas ibu, kasus terbanyak mola hidatidosa adalah pada paritas 0-1 kali yaitu sebanyak 52,2 %. Tingkat pendidikan pasien kasus mola hidatidosa terbanyak adalah tingkat SMA yaitu sebanyak 42 pasien. Keluhan pasien mola hidatidosa terbanyak adalah perdarahan pervaginam dengan prosentase sebanyak 88,4 %. Dalam hal penatalaksanaan kasus mola hidatidosa, hampir semua kasus ditatalaksana dengan kuretase yaitu sebanyak 68 pasien. Sebanyak 95,7 % pasien mola hidatidosa merupakan rujukan dari tempat pelayanan kesehatan primer dan sekunder seperti bidan, dokter umum, dan Rumah Sakit daerah. Karakteristik lama rawat inap pasien mola hidatidosa paling banyak adalah  $\geq$  3 hari dengan prosentase 88,4 % serta sebanyak 40 pasien mola hidatidosa tidak menggunakan kontrasepsi.

**Tabel 2.** Analisis hubungan usia ibu 20-35 tahun dengan mola hidatidosa

	Mola Parsial		Mola Unspecified		Total		CI 95 %	PR	P
	N	%	n	%	N	%			
< 20	1	33,3 %	2	66,7 %	3	100 %	0,5-134,67	8,25	0,89
20-35	2	5,7 %	33	94,3 %	35	100 %			
Total	3	7,9 %	35	92,1 %	38	100 %			

Pada analisis hubungan usia ibu 20-35 tahun terhadap mola hidatidosa didapatkan hubungan yang tidak signifikan ( $p=0,89$ ) dengan  $PR= 8,25$  dan rentang CI 0,5-134,67.

**Tabel 3.** Analisis hubungan usia ibu > 35 tahun dengan mola hidatidosa

	Mola Komplet		Mola Parsial		Total		CI 95 %	PR	P
	N	%	n	%	N	%			
< 20	1	50 %	1	50 %	2	100 %	0,19-12,898	0,5	0,673
>35	4	66,7 %	2	33,3 %	6	100 %			
Total	5	63,5 %	3	37,5 %	8	100 %			

Pada analisis hubungan usia ibu > 35 tahun terhadap mola hidatidosa didapatkan hubungan yang tidak signifikan ( $p=0,673$ ) dengan  $PR= 0,5$  dan rentang CI 0,19-12,898.

**Tabel 4.** Analisis hubungan paritas 0-1 kali dengan mola hidatidosa

	Mola Parsial		Mola Unspecified		Total		CI 95 %	PR	P
	n	%	N	%	n	%			
>3	1	14,3%	6	85,7 %	7	100 %	0,114-12,811	1,208	0,875
0-1	4	12,1%	29	87,9 %	33	100 %			
Total	5	12,5 %	35	87,5 %	50	100 %			

Pada analisis hubungan paritas 0-1 kali terhadap mola hidatidosa didapatkan hubungan yang tidak signifikan ( $p=0,875$ ) dengan PR = 1,208 dan rentang CI 0,114-12,811

**Tabel 5.** Analisis hubungan paritas 2-3 kali dengan mola hidatidosa

	Mola Komplet		Mola Parsial		Total		CI 95 %	PR	P
	N	%	n	%	n	%			
>3	1	50 %	1	50 %	2	100 %	0,125-1,999	0	0,121
2-3	4	100 %	0	0 %	4	100 %			
Total	5	83,3 %	1	16,7 %	6	100 %			

Pada analisis hubungan paritas 2-3 kali terhadap mola hidatidosa didapatkan hubungan yang tidak signifikan ( $p=0,121$ ) dengan PR=0 dan rentang CI 0,125-1,999. Tidak didapatkan nilai PR (PR = 0) karena salah satu sel bernilai 0, sehingga tidak diketahui besar faktor risikonya.

Pada usia ibu > 35 tahun menjadi faktor protektif untuk terkena mola hidatidosa. Penelitian yang menunjukkan bahwa peningkatan usia ibu berpengaruh terhadap banyaknya kejadian mola hidatidosa masih sedikit. Sementara itu, penelitian lain menyebutkan bahwa insidens mola hidatidosa sering pada usia ibu yang lebih muda. Menurut hasil penelitian di Universitas Andalas memperlihatkan kelompok usia ibu yang terbanyak menderita mola hidatidosa adalah 25-29 tahun. Sama halnya dengan penelitian di Iran yang menyatakan bahwa kejadian mola hidatidosa paling banyak mengenai wanita pada usia reproduksi yaitu 18-35 tahun.<sup>5,6</sup>

Selain faktor usia ibu, riwayat aborsi dan *miscarriage* juga meningkatkan risiko terkena mola hidatidosa pada usia ibu lebih muda. Diagnosis mola hidatidosa biasanya ditemukan pada trimester pertama karena pada usia kehamilan tersebut gejala lebih sering

muncul. Keadaan ibu dating dengan tidak anemis menunjukkan bahwa sebelum dirujuk telah dilakukan transfusi darah. Sementara itu, beberapa laporan yang mengatakan bahwa 70 % risiko mola hidatidosa meningkat pada wanita yang belum pernah melahirkan, sementara itu peningkatan paritas menjadi faktor protektif.<sup>11,12</sup>

Penelitian ini merupakan penelitian dekriptif sehingga belum mencari hubungan setiap karakteristik dengan mola hidatidosa dan besarnya faktor risiko beberapa karakteristik yang berhubungan dengan mola hidatidosa.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Berdasarkan tujuan dan peneltian yang telah dilakukan maka dapatdisimpulkan bahwa kejadian mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang pada tahun 2011-2015 adalah sebanyak 80 kasus dari 25.959 pasien rawat inap di bagian Obstetri dan Ginekologi. Kejadian mola hidatidosa terbanyak terdapat pada usia reproduksi yaitu pada 20-35 tahun.

### **Saran**

Berdasarkan hasil dan kesimpulan, maka saran selanjutnya adalah sebagai berikut

1. Dapat diteliti lebih lanjut hubungan variabel dengan kejadian mola hidatidosa sehingga dapat ditemukan berapa besar faktor risiko
2. Penulisan rekam medik yang lebih rinci dan lengkap di RSUP Dr. Kariadi Semarang

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. factsheet upaya percepatan penurunan angka kematian ibu. Jakarta : Kemenkes RI; 2013;p1-4.
2. Widyaswara S. mengurangi risiko kematian ibu melahirkan. Semarang: BKKBN Provinsi Jateng; p. 1-5.
3. Stalker P. millenium development goal. Niger J Clin Pract [Internet]. 2008;14(3):318-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22168915>
4. Tarigan D. perdarahan selama kehamilan. USU Digit Library [Internet]. 2004;1-4. Available from: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/2062/1/anatomi-djakobus3.pdf>.
5. Damongilala S, Tendean HMM, Loho M. profil mola hidatidosa di BLU RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado, Jurnal e-Clinic (eCl) Fakultas Kedokteran Sam Ratulangi Mando 2015;3:3-6.



6. Fitriani R. mola hidatidosa Jurnal Kesehatan Fakultas Kedokteran UIN Alauddin Makassar. 2009;II(4):3-6.
7. Pally JE. referat diagnosis klinis mola hidatidosa.Semarang (Indonesia): Program Pendidikan Dokter Spesialis I Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2009.
8. Hui P. Buza N. Complete and parsiale hydatidiform mole. In: Gestational Trophoblastic Disease: Diagnostic and Molecular Genetic Pathology. New York: Humana Press; 2012. p. 57–77.
9. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. American Journal Obstetri Gynecology [Internet]. Elsevier Inc.; 2010;203(6):531–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>
10. Moore LE. Hydatidiform mole [Internet]. American College of Obstetricians and Gynecologists, American Medical Association, Society for Maternal-Fetal Medicine. 2015 [cited 2015 Jan 1]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/254657-overview#a2>
11. Taboo ZA. A Prospective Study of Gestational Trophoblastic Disease in Al-Mosul City. 2013;12(2):268–76.
12. Ghimire S. Gestational Trophoblastic Disease : Experience at Nobel Medical College. 2012;12(1):9–12.