

Asuhan Kebidanan Kehamilan dengan Molahidatidosa di RSUD Kabupaten Majene

Ariani¹, Fitriani²

^{1,2}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Bangsa Majene, Indonesia

ariani_0133@yahoo.com

Abstrak

Upaya kesehatan reproduksi salah satunya adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil dan bersalin. Adapun penyebab langsung dari kematian ibu di Indonesia adalah trias klasik yaitu perdarahan, infeksi, toksemia gravidarum. Perdarahan sebanyak 30% dari total kasus kematian, eklamsi (keracunan kehamilan) 25%, infeksi 12%. Salah satu dari ketiga faktor tersebut adalah perdarahan, perdarahan dapat terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan masa nifas. Perdarahan yang terjadi pada kehamilan, bisa terjadi pada awal kehamilan maupun kehamilan lanjut, dengan besar angka kejadiannya 3% pada kehamilan lanjut dan 5% pada awal kehamilan. Perdarahan yang terjadi pada awal kehamilan meliputi abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut antara lain meliputi Solutio Plasenta dan Plasenta Previa. Dari kasus perdarahan diatas ternyata didapatkan besar kasus paling tinggi adalah perdarahan pada awal kehamilan yang dari salah satu perdarahan awal kehamilan tersebut terdapat kehamilan molahidatidosa. Metode penelitian ini dilakukan dengan metode studi kasus dan data diperoleh melalui anamneses, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan USG. Hasil Seorang wanita berusia 43 tahun G3P2A0 datang ke klinik Obstetri dan Ginekologi dengan keluhan keluar darah disertai gumpalan-gumpalan dari jalan lahir sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai rasa nyeri perut bawah. Pada awal kehamilan, pasien merasakan mual yang cukup hebat dibanding kehamilan sebelumnya (15 tahun yang lalu) sehingga nafsu makan menurun. **Simpulan** Mola hidatidosa adalah kasus yang jarang terjadi namun dapat menjadi ganas dan dapat menyebabkan kematian sehingga diagnosis awal dan tatalaksana yang tepat perlu dilakukan. Dalam hal ini, telah dilakukan tindakan kuretase pada pasien dengan mola hidatidosa. Tidak ada komplikasi saat kuretase maupun setelah kuretase.

Kata kunci: Asuhan Kebidanan, Kehamilan, Molahidatidosa

Pendahuluan

Angka kematian ibu merupakan salah satu indikasi yang menentukan derajat kesehatan suatu bangsa. Di Indonesia masalah ibu dan anak merupakan prioritas dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat, sesuai dengan target MDG's 2015 (Millenium Development Gold), Angka Kematian Ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup. Data organisasi kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2007, memperkirakan bahwa setiap tahun sejumlah 500 orang perempuan meninggal dunia akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, fakta ini mendekati terjadinya 1 kematian setiap menit dan diperkirakan 99% kematian tersebut terjadi di Negara-negara berkembang yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di Sembilan Negara maju dan 51 negara persemakmuran. Menurut SDKI Angka Kematian Ibu pada tahun 2007 mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah ini mengalami penurunan signifikan dibandingkan tahun-

tahun sebelumnya jumlah kematian ibu mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu masih terbilang tinggi bila di dibandingkan dengan Negara-negara lainnya yaitu Brunei Darussalam dan Singapura masing-masing 13 dan 14 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2009, AKI di Jawa Barat adalah 258 per 100.000 kelahiran hidup. Menurun dibandingkan dengan tahun 2008 yang mencapai 583 per 100.000 kelahiran. Berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia kabupaten Garut pada Tahun 2009 Angka Kematian Ibu mencapai 219 per 100.000 kelahiran hidup. Upaya kesehatan reproduksi salah satunya adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu hamil dan bersalin. Adapun penyebab langsung dari kematian ibu di Indonesia adalah trias klasik yaitu perdarahan, infeksi, toksemia gravidarum. Perdarahan sebanyak 30% dari total kasus kematian, eklamsi (keracunan kehamilan) 25%, infeksi 12%. Salah satu dari ketiga faktor tersebut adalah perdarahan, perdarahan dapat terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan masa nifas. Perdarahan yang terjadi pada kehamilan, bisa terjadi pada awal kehamilan maupun kehamilan lanjut, dengan besar angka kejadiannya 3% pada kehamilan lanjut dan 5% pada awal kehamilan. Perdarahan yang terjadi pada awal kehamilan meliputi abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik. Pada kehamilan lanjut antara lain meliputi Solutio Plasenta dan Plasenta Previa. Dari kasus perdarahan diatas ternyata didapatkan besar kasus paling tinggi adalah perdarahan pada awal kehamilan yang dari salah satu perdarahan awal kehamilan tersebut terdapat kehamilan molahidatidosa.

Molahidatidosa adalah Tumor jinak dari trofoblast dan merupakan kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematous, janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan edematous itu hidup dan tumbuh terus menerus, sehingga gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur. Penyebab pasti terjadinya kehamilan Mola hidatidosa belum diketahui pasti, namun ada beberapa faktor yang memengaruhinya yaitu faktor ovum, imunoselektif trofoblast, usia, keadaan sosio-ekonomi yang rendah, paritas tinggi, defisiensi protein, infeksi virus dan faktor kromosom yang jelas, dan riwayat kehamilan mola sebelumnya. Jenis pada molahidatidosa yaitu Molahidatidosa Komplet (MHK) dan Molahidatidosa Parsial (MHP). Angka kematian yang diakibatkan oleh kehamilan Molahidatidosa berkisar antara 2,2% - 5,7%.

Pada kehamilan Molahidatidosa jika tidak dilakukan penanganan secara komprehensif maka masalah kompleks dapat timbul sebagai akibat adanya kehamilan dengan Molahidatidosa yaitu TTG (Tumor Trofoblast Gestasional) dimana TTG ini terbagi menjadi 2 macam yaitu: Choriocarcinoma non Villosum dan Choriocarcinoma Villosum yang bersifat hematogen dan dapat bermetastase ke vagina, paru-paru, ginjal, hati bahkan sampai ke otak. Dengan presentasi kejadian tersebut adalah 18-20% keganasan. Penatalaksanaan pada Molahidatidosa ada tiga tahap yaitu perbaikan keadaan umum ibu, pengeluaran jaringan mola dengan cara Kuretase atau Histerektomi, dan pemeriksaan tindak lanjut yaitu follow up selama 12 bulan, dengan mengukur kadar β -HCG dan mencegah kehamilan selama 1 tahun. Tindak lanjut serta penatalaksanaan saat ini berpusat pada pengukuran serial kadar β -HCG serum untuk mendeteksi Tumor Trofoblast Persisten.

Penyakit ini, baik dalam bentuk jinak atau ganas, banyak ditemukan di Negara Asia, sedangkan di Negara bagian Barat lebih jarang. Angka di Indonesia umumnya berupa angka Rumah Sakit yaitu RSUD Kabupaten Majene, untuk Mola Hidatidosa berkisar 1:50 sampai 1:141 kehamilan. Angka ini jauh lebih tinggi disbanding Negara-negara barat dimana insidennya berkisar 1:1000 sampai 1:2500 kehamilan untuk kejadian Molahidatidosa. Pada pemeriksaan generalis didapatkan konjungtiva mata tampak anemis dan pada pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan pada perut bagian bawah. Pada pemeriksaan ginekologi, pemeriksaan dalam vagina terdapat fluksus/darah, ostium uteri eksternum membuka, dan korpus uteri teraba setinggi pusat sebesar hamil 24 minggu. Pemeriksaan laboratorium

ditemukan rendahnya kadar hemoglobin 7,6 g/dL dan hematokrit 23,5 % yang menunjukkan pasien ini mengalami anemia, kadar beta-human Chorionic Gonadotropin (β -hCG) dengan pengenceran 1/400 menunjukkan hasil positif. Hasil pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan gambaran badai salju atau 'snowstorm appearance' tanpa janin (Gambar 1), yang merupakan gambaran patognomonik dari mola hidatidosa komplit. Pasien ini didiagnosis mola hidatidosa komplit. Kuretase merupakan manajemen yang dipilih pada kasus ini. Perkiraan jaringan dan gelembung mola (Gambar 2) disertai darah yang berhasil dikeluarkan melalui kuretase adalah 1000 cc. Tindakan kuretase selesai dalam waktu 20 menit. Jaringan yang terkumpul dikirim untuk pemeriksaan histopatologi. Tidak ada komplikasi selama dan setelah operasi. Pasien dipulangkan pada hari kedua dalam kondisi baik dan sehat. Angka kejadian.

Mola hidatidosa adalah chorionic villi (jonjotan/gantungan) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan. Molahidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematous, janin biasanya meninggal akan tetapi vilus-vilus yang membesar dan edematous itu hidup dan tumbuh terus, gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus sebuah anggur. Molahidatidosa adalah kehamilan abnormal dimana hampir seluruh vili korialisnya mengalami perubahan hidrofobik. Molahidatidosa merupakan kehamilan yang secara genetik tidak normal yang muncul dalam bentuk kelainan perkembangan plasenta. Molahidatidosa adalah penyakit yang berasal dari kelainan pertumbuhan trofoblas plasenta atau calon placenta dan disertai dengan degenerasi kistik vili dan perubahan hidropik. Hamil anggur atau molahidatidosa adalah kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terjadi sebagai akibat kegagalan pembentukan "bakal janin" sehingga terbentuk jaringan permukaan membran (vili-vili) mirip gerombolan buah anggur. Sedangkan menurut beberapa ahli pengertian mola hidatidosa adalah sebagai berikut :

1. Mola hidatidosa adalah chorionic villi (jonjotan/gantungan) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan. (Mochtar, Rustam, dkk, 1998 : 23).
2. Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematus. Janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan edematus itu hidup dan tumbuh terus, gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur. (Wiknjosastro, Hanifa, dkk, 2002 : 339).
3. Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi dengan cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, membesarnya uterus dan menghasilkan sejumlah besar human chorionic gonadotropin (hCG) (Hamilton, C. Mary, 1995 : 104).
4. Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal di mana hampir seluruh villi korialisnya mengalami perubahan hidrofobik. (Mansjoer, Arif, dkk, 2001 : 265).
5. Mola hidatidosa adalah kelainan villi chorialis yang terdiri dari berbagai tingkat proliferasi trofoblast dan edema stroma villi. (Jack A. Pritchard, dkk, 1991 : 514).
6. Mola hidatidosa adalah pembengkakan kistik, hidropik, daripada villi choriales, disertai proliferasi hiperplastik dan anaplastik epitel chorion. Tidak terbentuk fetus (Soekojo, Saleh, 1973 : 325).
7. Mola hidatidosa adalah perubahan abnormal dari villi korionik menjadi sejumlah kista yang menyerupai anggur yang dipenuhi dengan cairan. Embrio mati dan mola tumbuh dengan cepat, membesarnya uterus dan menghasilkan sejumlah besar human chorionic gonadotropin (hCG) (Hamilton, C. Mary, 1995 : 104).

2. Etiologi Mola Hidatidosa

1. Faktor ovum Pembuahan sel telur dimana intinya telah hilang atau tidak aktif lagi oleh sebuah sel sperma.
2. Imunoselektif dari trofoblas
Perkembangan molahidatidosa diperkirakan disebabkan oleh kesalahan respon imun ibu terhadap invasi oleh trofoblas. Akibatnya vili mengalami distensi kaya nutrient. Pembuluh darah primitive di dalam vilus tidak terbentuk dengan baik sehingga embrio ‘ kelaparan’, mati, dan diabsorpsi, sedangkan trofoblas terus tumbuh dan pada keadaan tertentu mengadakan invasi ke jaringan ibu.
3. Usia
Faktor usia yang dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dapat terjadi kehamilan mola. Prekuensi molahidatidosa pada kehamilan yang terjadi pada awal atau akhir usia subur relatif tinggi. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa pada usia berapa pun dalam usia subur dapat terjadi kehamilan mola.
4. Keadaan sosio-ekonomi yang rendah
Dalam masa kehamilan keperluan akan zat-zat gizi meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin, dengan keadaan sosial ekonomi yang rendah maka untuk memenuhi zat-zat gizi yang diperlukan tubuh kurang sehingga mengakibatkan gangguan dalam pertumbuhan dan perkembangan janinnya.
5. Paritas tinggi
Pada ibu yang berparitas tinggi, cenderung beresiko terjadi kehamilan molahidatidosa karena trauma kelahiran atau penyimpangan transmisi secara genetik yang dapat diidentifikasi dengan penggunaan stimulan drulasi seperti kломifen atau menotropiris (pergonal). Namun juga tidak dapat dipungkiri pada primipara pun dapat terjadi kehamilan molahidatidosa.
6. Defisiensi protein
Protein adalah zat untuk membangun jaringan-jaringan bagian tubuh sehubungan dengan pertumbuhan janin, pertumbuhan rahim dan buah dada ibu, keperluan akan zat protein pada waktu hamil sangat meningkat apabila kekurangan protein dalam makanan mengakibatkan pertumbuhan pada janin tidak sempurna.
7. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas
Infeksi mikroba dapat mengenai semua orang termasuk wanita hamil. Masuk atau adanya mikroba dalam tubuh manusia tidak selalu menimbulkan penyakit (disease). Hal ini sangat tergantung dari jumlah mikroba (kuman atau virus) yang termasuk virulensinya seta daya tahan tubuh.
8. Riwayat kehamilan mola sebelumnya
Kekambuhan molahidatidosa dijumpai pada sekitar 1-2% kasus. Dalam suatu kejadian terhadap 12 penelitian yang total mencakup hampir 5000 Kelahiran, frekwensi mola adalah 1,3%. Dalam suatu ulasan tentang molahidatidosa berulang tapi pasangan yang berbeda bisa disimpulkan bahwa mungkin terdapat “ masalah oosit primer “.

3 Patofisiologi

Mola Hidatidosa Setelah ovum dibuahi, terjadi pembagian dari sel tersebut. Tidak lama kemudian terbentuk biastokista yang mempunyai lumen dan dinding luar. Dinding ini terjadi atas sel-sel ekstoderm yang kemudian menjadi trofoblast. Sebagian vili berubah menjadi gelembung berisi cairan jernih, biasa tidak ada janin. Gelembung-gelembung atau tesikel ukurannya bervariasi mulai dari yang mudah dilihat, sampai beberapa sentimeter, bergantung dalam beberapa kelompok dari tangkai yang tipis. Masa tersebut dapat tumbuh cukup besar sehingga memenuhi cavum uteri. Pembesaran uterus sering tidak sesuai dan melebihi usia kehamilan. Pada beberapa khusus, sebagian pertumbuhan dan perkembangan villi korealis berjalan normal sehingga janin dapat tumbuh dan berkembang bahkan sampai

aterm.Keadaan ini disebut mola parsial. Ada beberapa kasus pertumbuhan dan perkembangan villi korealis berjalan normal sehingga janin dapat tumbuh dan berkembang.

a. Teori Missed Abortion

Mudigan mati pada kehamilan tiga sampai lima minggu,karena terjadi gangguan peredaran darah,sehingga terjadi penemuan cairan dalam jaringan masenkim dari villi dan akhirnya terbentuk gelembung-gelembung.

b. Teori Neoplasma dari park

Bahwa yang normal adalah sel trofoblast yang mempunyai fungsi abnormal pula,dimana terjadi cairan yang berlebihan dalam villi sehingga timbul gelembung,hal ini menyebabkan peredaran gangguan peredaran darah dan kematian mudigan.

Metode

Responden dalam penelitian ini satu orang yaitu Ny. "F". Ny. "F" diberikan asuhan selama di rawat di RSUD Majene Penelitian ini menggunakan metode Laporan Kasus. Laporan Kasus adalah metode memusatkan diri secara intensif terhadap suatu objek tertentu dengan mempelajari sebagai suatu kasus. Laporan kasus ini menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Manajemen kebidanan yang digunakan adalah manajemen kebidanan varney yang meliputi tahap pengkajian, interpretasi data, antisipasi masalah, tindakan segera atau kolaborasi, rencana manajemen, pelaksanaan dan evaluasi. Metode pendokumentasian yang digunakan penulis dalam laporan kasus ini menggunakan pendokumentasian SOAP.^{7,8,9}

Metode pendokumentasian SOAP merupakan metode yang dapat membantu menerangkan suatu kasus atau kejadian berdasarkan teori yang ditetapkan pada keadaan sebenarnya. Pendokumentasian soap terdiri atas Data Subjektif, Data Objektif, Analisa, dan Penatalaksanaan Mola hidatidosa (juga dikenal sebagai kehamilan anggur) adalah subkategori penyakit trofoblas gestasional/Gestational Trophoblast Disease (GTD), yang berasal dari plasenta dan dapat bermetastasis. Meskipun angka kematian di negara maju sudah hampir tidak pernah ditemukan lagi. Namun, angka kematian di negara berkembang masih cukup tinggi, yaitu berkisar antara 2,2% dan 5,7%. Sekitar 5,56% dari pasien dengan mola hidatidosa dapat menderita degenerasi keganasan menjadi koriokarsinoma sehingga diagnosis dini dan manajemen kasus mola hidatidosa sangat penting untuk diketahui, baik sebelum tindakan maupun pasca tindakan.¹ Meskipun studi epidemiologi melaporkan bahwa terdapat variasi yang luas dalam kejadian mola hidatidosa, di sebagian besar dunia, kejadian mola hidatidosa adalah 1 per 1.000 kehamilan. Penelitian yang dilakukan di Amerika Utara, Australia, Selandia Baru, dan Eropa menunjukkan insiden mola hidatidosa berkisar antara 0,57-1,1 per 1.000 kehamilan, sedangkan penelitian di Asia Tenggara dan Jepang melaporkan angka kejadian setinggi 2,0 per 1.000 kehamilan.^{2,3} Mola hidatidosa adalah kasus yang jarang terjadi namun bila tidak dilakukan deteksi secara dini dan tidak ditangani segera dapat berkembang menjadi keganasan dan dapat menimbulkan kematian.

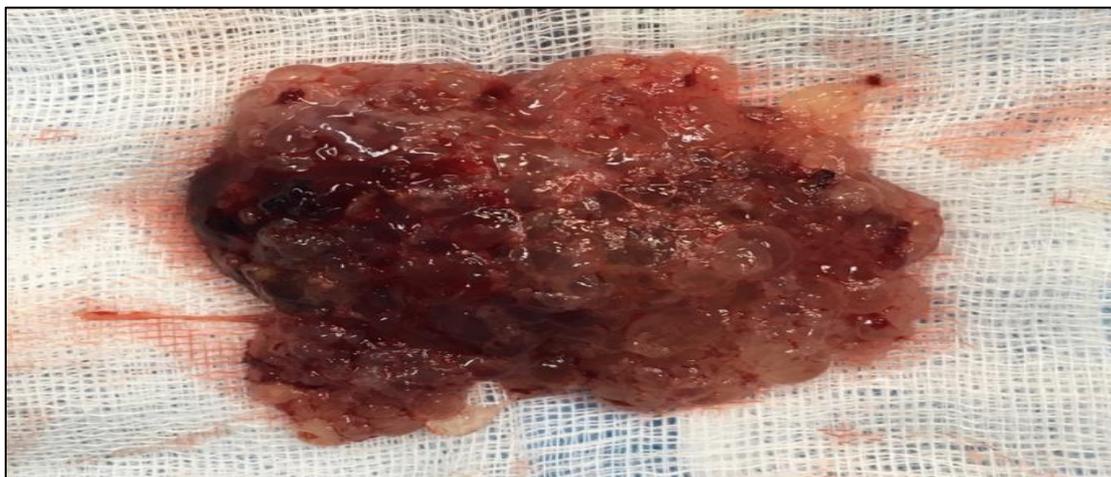
Hasil

Seorang wanita berusia 43 tahun G3P2A0 datang ke klinik Obstetri dan Ginekologi dengan keluhan keluar darah disertai gumpalan-gumpalan dari jalan lahir sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai rasa nyeri perut bawah. Pada awal kehamilan, pasien merasakan mual yang cukup hebat dibanding kehamilan sebelumnya (15 tahun yang lalu) sehingga nafsu makan menurun. Sesak nafas dan gejala hipertiroid disangkal oleh pasien. Tidak ada riwayat penyakit tekanan darah tinggi sebelumnya. Pemeriksaan tanda vital ditemukan peningkatan tekanan darah, yaitu 157/89 mmHg, denyut nadi 63 kali per menit, pernafasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,2°C. Berat badan 53 kg, tinggi badan 150 cm, dan IMT 23,5 kg/m² yang artinya status gizi pasien baik. Kami melaporkan perempuan berusia

43 tahun G3P2A0 dengan Mola Hidatidosa, usia kehamilan 11 minggu. Pada pasien dilakukan kuretase pada tanggal 14 September 2024. Tidak ada komplikasi selama dan setelah dilakukan kuretase.

Pembahasan

Mola hidatidosa adalah salah satu penyakit trofoblas gestasional yang paling umum dijumpai, terutama di awal dan akhir masa reproduksi. Mola hidatidosa terbagi menjadi dua, mola komplit dan parsial. Bentuk lain dari penyakit trofoblas gestasional termasuk koriokarsinoma gestasional (yang bisa sangat ganas dan invasif) dan tumor trofoblas pada plasenta. Meskipun mola hidatidosa biasanya dianggap jinak, namun mereka bersifat premaligna dan dapat berpotensi menjadi ganas dan invasif. Persentase terjadinya insiden keganasan lebih tinggi pada mola komplit dengan persentase



Gambar 2. Jaringan dan gelembung-gelembung mola hidatidosa.

15-20%, serta dapat dijumpai tanda dan gejala penyakit trofoblastik persisten. Mola hidatidosa tampaknya disebabkan oleh gametogenesis dan fertilisasi abnormal, lebih sering pada usia reproduksi yang ekstrem (<15 tahun atau >45 tahun) dan kehamilan pada usia ini merupakan faktor risiko untuk mola hidatidosa. Perempuan dengan riwayat mola komplit sebelumnya dapat terjadi rekurensi sebesar 1,5% untuk terjadinya mola, sementara perempuan dengan riwayat mola parsial sebelumnya memiliki risiko rekurensi sebesar 2,7%. Faktor lain yang mungkin terkait dengan kejadian mola hidatidosa antara lain merokok, riwayat penggunaan kontrasepsi pil, dan defisiensi vitamin.^{1,4}

Mola hidatidosa disebabkan oleh proliferasi vili korionik yang berlebihan dan mengakibatkan pembengkakan dan memproduksi kadar hCG yang tinggi. Pada mola lengkap, sel telur yang dienukleasi dibuahi oleh dua sperma atau sperma haploid yang kemudian berduplikasi menghasilkan hanya DNA ayah yang diekspresikan. Sebaliknya, pada mola hidatidosa parsial, sel telur haploid dan dibuahi oleh sperma normal yang menduplikasi atau sel telur haploid dibuahi oleh dua sperma, mengekspresi DNA ibu dan ayah.¹

Pasien dengan mola hidatidosa memiliki tanda-tanda umum, yaitu adanya perdarahan pervaginam, hyperemesis gravidarum (mual dan muntah berlebihan), dan terdapat pengeluaran gelembung mola dari jalan lahir. Perdarahan digambarkan seperti "prune juice". Selain itu, juga dapat ditemukan tanda tirotoksikosis (takikardi, tremor), dan juga tanda preeklamsia pada trimester I (hipertensi dan proteinuri atau disfungsi organ). Adanya tanda-tanda "preeklamsi" pada kehamilan kurang dari 20 minggu dapat dicurigai adanya mola hidatidosa. Pada

pemeriksaan fisik, terdapat perbedaan antara ukuran uterus dan juga umur kehamilan. Bila ukuran uterus lebih besar daripada umur kehamilan kemungkinan terjadi mola komplit. Pada mola partial memiliki gejala yang mirip dengan abortus inkomplit ataupun missed abortion, bila ukuran uterus lebih kecil daripada umur kehamilan kemungkinan terjadi mola parsial. Selain itu, dapat dilakukan pemeriksaan doppler. Pada mola komplit tidak ditemukan adanya denyut jantung bayi.¹⁻³

Pada kehamilan mola hidatidosa kadar β -hCG serum merupakan penanda spesifik. Mola hidatidosa komplit cenderung memiliki kadar serum yang sangat tinggi. Dengan mola yang progresif, kadar dalam jutaan dapat terjadi. Penentuan serum β -hCG dengan atau tanpa pengenceran sampel dapat membantu diagnosis. Pada mola parsial, kadar β -hCG juga dapat meningkat secara signifikan, tetapi umumnya masih dalam kisaran yang diharapkan untuk usia kehamilan. Pemeriksaan laboratorium lain yang perlu diperiksa yaitu pemeriksaan hitung darah lengkap (untuk mengevaluasi anemia dan trombositopenia), pemeriksaan elektrolit, tes fungsi ginjal, fungsi tiroid (jika ada tanda dan gejala hipertiroidisme), tes fungsi hati, urinalisis, dan profil koagulasi termasuk untuk mengevaluasi koagulasi intravaskular diseminata pada kasus yang parah.^{1,2}

Pencitraan pilihan pada mola hidatidosa, yaitu dengan ultrasonografi karena memiliki peran penting dalam mendiagnosis, baik mola komplit maupun parsial. Secara sonografis, mola komplit menunjukkan pembengkakan hidropik difus, massa uterus yang ekhogenik dengan banyak ruang kistik anekhoik tetapi tanpa janin atau kantung amnion. Gambaran ini disebut sebagai "snow-storm" atau dapat disebut juga "honey-comb". Mola parsial memiliki gambaran yang mencakup janin, air ketuban dan plasenta multikistik. Jika diagnosis mola ditegakkan, langkah selanjutnya adalah pemeriksaan rontgen dada untuk menentukan adanya metastasis. Selain itu, rontgen dada harus dilakukan jika gejala awal pasien ada tanda-tanda gangguan pernapasan atau untuk mengevaluasi edema paru.^{1,2,4}

Penanganan pasien mola hidatidosa, yaitu mencakup perbaikan keadaan umum seperti dehidrasi, transfusi darah bila anemia ($Hb < 8g/dL$), perbaiki gejala preeklamsia, dan hyperemesis gravidarum, bila ada gejala tirotoksikosis maka dapat dikonsultasikan ke dokter ahli penyakit dalam. Untuk mola hidatidosa dapat dilakukan kuretase. Karena risiko perdarahan meningkat dengan peningkatan ukuran uterus, transfusi darah harus tersedia ketika uterus lebih besar dari 16 minggu dalam usia kehamilan. Seluruh jaringan mola dikirim ke laboratorium untuk diperiksa. Tindakan histerektomi dapat dipertimbangkan bila umur pasien sudah lebih dari 35 tahun dan sudah memiliki lebih dari 3 anak hidup. Dikarenakan tindakan histerektomi lebih invasive, dan pasien ini tidak memiliki banyak komorbid seperti hipertiroid, preeklamsia, respiratory distress syndrome dan lain sebagainya yang dapat memperberat gejala, maka pada pasien ini hanya dilakukan kuretase.¹⁻³ Dilatasi dan kuretase berulang tidak disarankan karena risiko infeksi, perdarahan, dan perforasi uterus. Tindakan dilatasi dan kuretase berulang diperlukan pada kasus-kasus tertentu jika ada kecurigaan sisa jaringan mola yang masih tertinggal dalam uterus setelah pemeriksaan ultrasonografi atau adanya perdarahan pervaginam yang banyak.⁵

Pengawasan dan evaluasi setelah evakuasi kehamilan mola selama 1-2 tahun. Selama pengawasan ini dipantau kadar hCG setiap minggu sampai kadar hCG normal 3 kali berturut-turut. Kemudian pantau hCG setiap bulan sampai 6 bulan berturut-turut kadar hCG normal. Pemeriksaan fisik dilakukan dalam interval 6-12 bulan. Setelah kadar hCG normal, wanita disarankan untuk tidak hamil selama 6 bulan. Selama periode ini, kontrasepsi yang dianjurkan adalah kondom atau pil kontrasepsi kombinasi dosis rendah. Apabila terjadi kehamilan yang akan datang, kadar serum hCG harus diperiksa setelah kehamilan 6 minggu dan periksa lagi pada usia kehamilan 10 minggu untuk menyingkirkan kekambuhan.⁴⁻⁷ Bila telah terjadi remisi spontan (kadar beta HCG, pemeriksaan fisik, dan foto toraks semuanya normal) setelah 1 tahun

maka pasien tersebut dapat berhenti menggunakan kontrasepsi dan dapat hamil kembali. Namun bila selama masa observasi, kadar beta HCG tetap atau meningkat dan pada pemeriksaan foto toraks ditemukan adanya tanda-tanda metastasis maka pasien harus dievaluasi dan dimulai pemberian kemoterapi.⁷

Simpulan

Mola hidatidosa adalah kasus yang jarang terjadi namun dapat menjadi ganas dan dapat menyebabkan kematian sehingga diagnosis awal dan tatalaksana yang tepat perlu dilakukan. Dalam hal ini, telah dilakukan tindakan kuretase pada pasien dengan mola hidatidosa. Tidak ada komplikasi saat kuretase maupun setelah kuretase.

Asuhan pasca keguguran, ibu dalam kondisi sehat dan tidak mengalami komplikasi. Faktor pendukung dalam penulisan jurnal ini yaitu kerjasama antar tenaga kesehatan di rumah sakit yang baik sehingga dapat tercapainya asuhan yang komprehensif yang maksimal. Terdapat pula faktor penghambat dalam penulisan yaitu tidak tersedianya data abortus dengan komplikasi di rumah sakit

Refrensi

1. Kang. SGM. Hydatidiform Mole [Internet]. StatPearls [Internet].; 2020 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>.
2. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;203(6):531–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>.
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY DJ. *William Obstetrics*. Mcgraw-hill; 2014.
4. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:S123–6.
5. Kosmas IP, Tatsi C, Sifakis S, Tzabari A, Kiortsis D, Mynbaev O, et al. Assisted reproductive technique complications in pregnancy. *Management and Therapy of Early Pregnancy Complications: First and Second Trimesters*. 2016. 209–253 p.
6. Tse KY, Ngan HYS. Gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2012;26(3):357–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2011.11.009>.
7. Pramana C. *Praktis Klinis Ginekologi* [Internet]. Pertama. Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2021. 137 p. Available from: https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=9icqEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&otsPMgkZ4RBQ6&sig=3XhD0AuaattpVUGsfQkqi75kkB0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false