

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1.Latar Belakang

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 sisi lain, untuk tahun 2016 hingga tahun 2030, WHO kembali mencangkakan strategi untuk menurunkan angka kematian ibu melalui program *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu SDGs poin 3.1 dimana target ratio kematian ibu secara global diharapkan dapat turun hingga mencapai kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>4</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>5</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>6,7</sup>

Selain beberapa gangguan yang telah disebutkan, kegagalan kehamilan juga dapat disebabkan karena tidak normalnya perkembangan sel trofoblas dimana terjadi proliferasi sel trofoblas yang abnormal saat kehamilan. Kelainan tersebut adalah penyakit trofoblas gestasional (*Gestational Trophoblastic Disease*).<sup>6,8</sup> Menurut WHO, *Gestational Trophoblastic Disease* diklasifikasikan menjadi mola hidatidosa, koriokarsinoma, mola invasif, *placental-site trophoblastic tumor*, *miscellaneous trophoblastic tumor* (*exaggerated placental site*, *placental site nodule*), dan *unclassified trophoblastic lesion*.<sup>9</sup>

Dalam penelitian ini, akan dibahas mengenai mola hidatidosa. Mola hidatidosa dibagi menjadi 2 berdasarkan morfologi, histopatologi, dan

kariotipnya yaitu mola komplet (klasik) dan mola inkomplet (parsial). Pada mola komplet (klasik) ditandai dengan tidak berkembangnya janin dan vili korialis mengalami degenerasi hidropik. Sedangkan pada mola inkomplet (parsial) ditemukan beberapa bagian kecil dari janin misalnya plasenta, amnion, bahkan janin itu sendiri telah terbentuk. Dalam hal ini, vili korialis hanya mengalami edema dan sel trofoblas hanya sedikit yang berproliferasi jika dibandingkan dengan mola komplet. Karakteristik terpenting untuk membedakan mola hidatidosa dengan penyakit trofoblas gestasional lain adalah pada mola hidatidosa terdapat proliferasi sel trofoblas yang melapisi vili korialis plasenta.<sup>8-11</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>8,12,13</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>14</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.

## **1.2. Permasalahan Penelitian**

- 1) Berapa angka kejadian mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang ?
- 2) Bagaimana karakteristik mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang ?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

- 1) Mencari angka kejadian dan karakteristik pasien mola hidatidosa di RSUP Dr. Kariadi Semarang .

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1) Mengetahui usia ibu sebagai karakteristik mola hidatidosa.
- 2) Mengetahui usia kehamilan sebagai karakteristik mola hidatidosa.

- 3) Mengetahuikadar Hb ibu hamil sebagai karakteristik mola hidatidosa.
- 4) Mengetahui paritassebagai karakteristik mola hidatidosa.
- 5) Mengetahuikadar  $\beta$ - hCGsebagai karakteristik mola hidatidosa.
- 6) Mengetahui keluhan utama yang pada mola hidatidosa
- 7) Mengetahuijenispenatalaksanaan mola hidatidosa.
- 8) Mengetahui apakah kasus mola hidatidosa yang terjadi merupakan rujukanatau tidak.
- 9) Mengetahuilama rawat inap ibusebagai karakteristik mola hidatidosa
- 10) Mengetahui tingkat pendidikan ibu sebagai karakteristik mola hidaidosa
- 11) Mengetahui riwayat kontrasepdi ibu sebagai karakteristik mola hidatidosa

#### **1.4.Manfaat Penelitian**

- 1) Dapat memberikan informasi lebih lanjut mengenai angka kejadian mola hidatidosa dan berbagai karakteristiknya di RSUP dr Kariadi Semarang.
- 2) Dapat menjadi sumber data bagi bagian lain.
- 3) Dapat menjadi dasar penelitian lebih lanjut mengenai mola hidatidosa ditinjau dari aspek gizi.

## 1.5 Keaslian Penelitian

**Tabel 1.** Keaslian penelitian

| No | Penelitian   | Metode penelitian  | Hasil penelitian  |
|----|--|--|---|
| 1. | Sarah Damongilala dkk, Profil Mola Hidatidosa di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandao Manado, 2015, Jurnal e-Clinic (eCI), volume 3, nomor I Gde Sastra Winata, 2, Mei-Agustus 2015. <sup>6</sup> | Jenis penelitian : deskriptif retrospektif, variabel bebas : usia ibu, tingkat pendidikan, paritas, kadar Hb, penatalaksanaan.                       | Kasus mola hidatidosa terbanyak didapatkan pada kelompok umur 20-29 tahun, pendidikan terakhir SMA, paritas 3, pasien datang dengan Hb < 10 g%, dan penanganan terbanyak adalah dengan kuretase.                                |
| 2. | Mohamed N. Frekuensi Mola Hidatidosa di Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas periode Januari 2003 sampai Desember 2004, 2008, Universitas Andalas. <sup>15</sup>  | Jenis penelitian : deskriptif retrospektif, variabel bebas : frekuensi berdasarkan umur, paritas, proliferasi sel trofoblas, serta umur dan paritas. | Dari 339 kasus kehamilan, mola hidatidosa frekuensi paling banyak didapatkan pada tingkat proliferasi ringan sel trofoblas (51,22 %), golongan umur 25-29 tahun (20,73 %), paritas 3 (14,63 %), dan paritas $\geq 5$ (12,20 %). |

**Tabel 1.** Keaslian Penelitian (lanjutan)

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>3. I Gede Sastra Winata dkk, Profil Penderita Tumor Trofoblastik Gestasional (TTG) di RSUP Sanglah Denpasar Periode Janurai 2012 – Desember 2014,tahun 2014., Universitas Udayana.<sup>16</sup></p> | <p>Jenis penelitian : deskriptif retrospektif, variabel bebas : usia ibu, paritas, riwayat kehamilan sebelumnya adalah mola hidatidosa, jarak antara kehamilan sebelumnya dengan terjadinya TTG, kadar <math>\beta</math>-hCG saat terdiagnosis, metastasis, jenis histopatologi, dan jenis kemoterapi</p> | <p>Terdapat 19 kasusTTG, angka kejadian TTG paling banyakpada rentang 31-35 tahun (36,8%) paritas 2(36,8 %) riwayat kehamilan sebelumnya adalah hidatidosa (68,4%),jarak antara kehamilan sebelumnya dengan terjadinya TTG adalah 4 bulan atau kurang 36,8%,kadar <math>\beta</math>-HCG saat awal terdiagnosisTTG paling banyak adalah lebih dari 100.000 mIU/ml, yaitu (57,9%) ,26,3% mengalami metastasis,jenis histopatologis sebesar 68,4% berupa mola hidatidosa dan 31,6% berupa koriokarsinoma. Jenis khemoterapi yang diberikan berupa Methotrexate</p> |
|--|--|--|

**Tabel 1.** Keaslian Penelitian (lanjutan)

|    |   |   |  |
|----|---|---|--|
|    |   |   | sebesar 73,7%, khemoterapi kombinasi MTX, Actinomycin D, Chlorambucil dan Etoposide, MTX, ACD, Cyclophosphamide, Oncovine (EMACO) masing-masing sebesar 10,5% dan 15,8%.   |
| 4. | Kitange, Benard Hery, Prevalence and Associated Risk Factors of Hydatiform Moles Among Patients with Incompleted Aborstion Evacuated at Bugando Medical Center and Sekou Toure Hospital in Mwanza City, North-Western Tanzania, 2013. <sup>17</sup> | Jenis penelitian : deskriptif, variabel bebas : usia ibu, paritas, pemakaian kontrasepsi, riwayat aborsi, tipe aborsi, dan golongan darah. Dilakukan pula penelitian tentang prevalensi mola hidatidosa | Prevalensi mola hidatidosa adalah 12,8 %, wanita usia < 20 tahun (27,5 %) lebih banyak terkena, faktor risiko lain seperti pemakaian kontrasepsi, riwayat aborsi, tipe aborsi, dan golongan darah tidak berpengaruh secara signifikan. |



Pada penelitian sebelumnya sudah diteliti tentang angka kejadian mola hidatidosa di beberapa tempat dan berbagai karakteristik pasiennya seperti usia ibu, tingkat pendidikan, paritas, kadar Hb, serta jenis penatalaksanaannya dengan desain penelitian observasional retrospektif.

Dalam penelitian ini, akan dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang dan variabelnya ditambah dengan variabel lama rawat inap, kasus rujukan atau tidak, dan keluhan utama yang menyebabkan ibu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bersifat deskriptif.



