

Nama : Muhammad Ridho

NRP : 1810211125

Lab Act : A2

## KEHAMILAN ANGGUR

Hamil Anggur atau yang dikenal dengan istilah ilmiah Mola Hidatidosa merupakan penyakit yang terjadi pada Ibu Hamil (Moore, 2005). Secara Ilmiah penyakit ini ditandai dengan adanya tumor yang berasal dari sel trofoblas, yaitu sel pada bagian tepi ovum (sel telur) yang menjadi cikal bakal plasenta dan membran sebagai saluran makanan bagi janin (Fox, 2007) . Sedangkan berdasarkan pendapat Prawirohardjo, 2007 yang didefinisikan sebagai mola hidatidosa yaitu kehamilan yang berkembang secara tidak wajar yang mana tidak ditemukan janin dan sebagian besar dari villi korialis mengalami suatu perubahan hidropik.

Berbagai ahli ginekologi dan onkologi memiliki pendapat yang sama, yaitu untuk mempertimbangkan keadaan tersebut sebagai suatu kemungkinan akan terjadinya keganasan, namun dengan catatan bahwa mola hidatidosa berprognosis jinak, dan koriokarsinoma ganas, sedangkan mola hidatidosa invasif sebagai batas dari suatu keganasan(Cunningham, 2006). Jika dilihat melalui kaca mata histologis, ditemukan adanya proliferasi trofoblast dengan berbagai tingkat lapisan hiperplasia dan displasia. Vili khorialis berbentuk layaknya kantung berisi cairan, membengkak, dan hanya terdapat sedikit pembuluh darah (Moore, 2005).

Mola Hidatidosa adalah kelainan kehamilan yang bertanda adanya trofoblas yang ditemukan tidak wajar. Pada kelainan kehamilan ini, terdapat suatu struktur yang terbentuk dari trofoblas yaitu vili korialis berbentuk gelembung-gelembung layaknya kumpulan anggur.(Arantika, 2017).

Mola hidatidosa secara klinis dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu : Mola hidatidosa komplit dan Mola hidatidosa parsialis. Mola hidatidosa komplit adalah suatu penyimpangan pada pertumbuhan dan perkembangan kehamilan yang tidak disertai janin dan seluruh vili korialis mengalami perubahan hidropik.Mola hidatidosa parsialis merupakan suatu

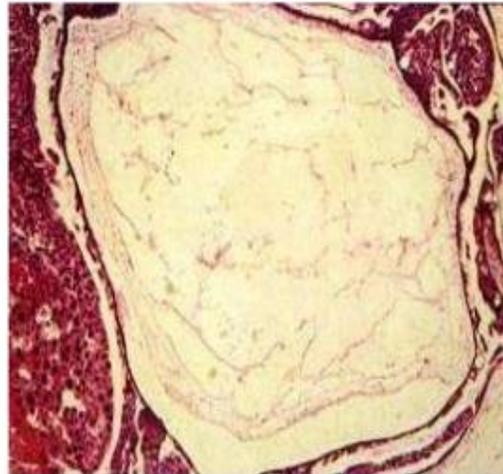
penyimpangan pada sebagian pertumbuhan dan perkembangan vili korialis berjalan normal sehingga janin dapat tumbuh dan berkembang bahkan dengan baik sampai ke tahap aterm.(Arantika, 2017).

Kondisi adanya Mola hidatidosa di Indonesia dianggap sebagai salah satu penyakit yang membutuhkan perhatian khusus dengan insidensi yang cukup tinggi, yaitu 1:40 persalinan dengan faktor resiko, contohnya berupa gizi buruk, riwayat obstetri, etnis, dan genetik serta sering terjadi pada usia kurang dari 20 tahun dan pada usia lebih dari 35 tahun. Berdasarkan penelitian retrospektif yang dilakukan pada bagian obstetri dan ginekologi di BLU Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar, periode januari 2002 sampai dengan desember 2005 didapatkan



**Gelembung Mola (Sejumlah vili chorialis memiliki panjang sekitar 3 cm)**

**Mikroskopik Jaringan Mola Hidatidosa**

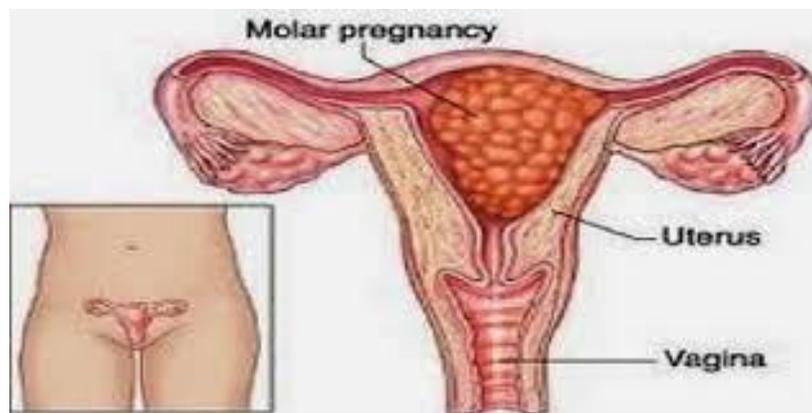


sebanyak 72 kasus mola hidatinosa (Syafii, 2006).

Faktor resiko lain yang diketahui dapat berkontribusi terhadap meningkatnya kasus Mola Hidatidosa adalah status sosio ekonomi rendah, riwayat keguguran, riwayat neoplasma trofoblastik gestasional, dan usia yang sangat ekstrim pada masa subur. Efek usia yang sangat jelas terlihat adalah pada wanita yang berusia lebih dari 45 tahun, ketika frekuensi lesi yang terjadi

adalah 10 kali lipat dari pada lesi yang dapat terjadi pada wanita yang berusia diantara 20-40 tahun. (Reeder, 2011).

Gejala awal pada mola hidatidosa tidak jauh berbeda dengan kehamilan biasanya, yaitu berupa rasa mual, muntah, pusing, dan gejala-gejala lainnya, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat dari pada kehamilan biasa. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari pada usia kehamilan. Adapun kasus-kasus dimana uterusnya sama kecil atau sama besarnya dengan usia kehamilan, walaupun jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan trofoblas tidak begitu aktif, sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya jenis dyning mole (Prawirohardjo, 2010).



Gejala-gejala yang biasanya muncul pada mola hidatidosa meliputi perdarahan terus menerus pada minggu ke-12 kehamilan. Kondisi itu bervariasi, bisa hanya berupa bercak bercak hingga perdarahan dalam jumlah banyak, seringkali berwarna kecoklatan. Jika mengalami hal ini, maka biasanya menyebabkan anemia dan kekurangan zat besi. Selain itu ditemukan juga pembesaran perut (pertumbuhan ukuran rahim) tidak sesuai dengan usia kehamilan atau lebih cepat dari pada biasanya. Misalnya, hamil satu bulan terlihat seperti hamil 3 bulan. Ditemukan juga mual-mual dan muntah lebih sering dan durasinya lebih lama. Timbul tekanan darah tinggi terkait dengan kehamilan, nyeri abdomen, tidak ada tanda-tanda adanya janin, dan kadar hormon korionik gonadotropin (HCG) tinggi dalam darah dan urine ibu, mual muntah, tidak nafsu makan, denyut nadi cepat dan jantung berdebar-debar juga merupakan manifestasi klinis dari Mola Hidatidosa. (Ratnawati, 2018).

Perdarahan merupakan gejala utama mola hidatidosa. Biasanya keluhan perdarahan inilah yang mendorong pasien untuk datang ke rumah sakit. Perdarahan ini biasanya terjadi antara

bulan pertama hingga bulan ke tujuh dengan rata-rata usia 12 sampai dengan usia 14 minggu. Sifat dari perdarahan ini dapat intermiten, sedikit-sedikit atau banyak, sehingga menyebabkan pasien mengalami anemia dari ringan hingga berat dan dapat berujung pada syok hingga kematian (Prawirohardjo, 2006).

Penyulit lain yang mungkin terjadi adalah emboli sel trofoblas ke paru-paru. Sebenarnya pada tiap-tiap kehamilan selalu ada migrasi dari sel-sel trofoblas ke paru-paru tanpa memberikan gejala apa-apa. Namun, pada mola hidatidosa terkadang jumlah dari sel trofoblas begitu banyak, sehingga dapat menimbulkan emboli paru akut yang dapat berujung pada kematian (Prawirohardjo, 2006).

Masalah lain yang juga sering muncul akhir-akhir ini pada kasus mola hidatidosa adalah tirotoksikosis. Maka dari itu Martaadisoebrata menganjurkan agar semua kasus mola hidatidosa harus dicari tanda-tanda tirotoksikosis secara aktif seperti kita yang selalu waspada terhadap tanda-tanda pre-eklamsi ataupun eklamsi pada tiap kehamilan. Biasanya disini penderita meninggal diakibatkan oleh krisis tiroid (Prawirohardjo, 2006).

Mola hidatidosa juga sering disertai dengan kista lutein, baik unilateral ataupun bilateral. Umumnya kista ini menghilang setelah jaringan mola dikeluarkan, tetapi ada beberapa kasus dimana kista lutein baru ditemukan sewaktu kita melakukan pemeriksaan sehari-hari. Dengan pemeriksaan klinis insidensi kista lutein lebih kurang 10,2 %, namun apabila menggunakan Ultra Sonografi (USG) angka insidensinya meningkat hingga 50%. Kasus mola hidatidosa dengan kista lutein memiliki faktor resiko untuk terjadinya degenerasi keganasan empat kali lebih besar dibandingkan dengan kasus mola hidatidosa tanpa disertai kista lutein (Prawirohardjo, 2006).

Perjalanan penyakit ini berupa Jonjot-jonjot korion tumbuh berganda dan mengandung cairan merupakan kista-kista seperti anggur. Biasanya didalamnya tidak berisi embrio. Secara histopatologik kadang-kadang ditemukan jaringan mola pada plasenta dengan bayi normal. Bisa juga terjadi kehamilan ganda mola adalah: satu janin tumbuh dan yang satu lagi menjadi mola hidatidosa. Gelembung mola besarnya bervariasi, mulai dari yang kecil sampai berdiameter lebih dari 1 cm. Mola parsialis adalah bila dijumpai janin dan gelembung-gelembung mola. Sel-sel Langhans tampak seperti sel polidral dengan inti terang dan adanya sel sinsisial giantik. Pada kasus mola banyak kita jumpai ovarium dengan kista lutein ganda berdiameter 10 cm atau lebih (25-

60%). Kista lutein akan berangsur-angsur mengecil dan kemudian hilang setelah mola hidatidosa sembuh.(Mochtar, 2005)

Sedangkan menurut Purwaningsih, 2010 patofisiologi mola hidatidosa yaitu ovum Y telah dibuahi mengalami proses segmentasi sehingga terjadi blastomer kemudian terjadi pembelahan dan sel telur membelah menjadi 2 buah sel. Masing-masing sel membelah lagi menjadi 4, 8, 16, 32, dan seterusnya hingga membentuk kelompok sel yang disebut morula. Morula bergerak ke cavum uteri kurang lebih 3 hari dan didalam morula terdapat exozeolum. Sel-sel morula terbagi dalam 2 jenis yaitu trofoblas (sel yang berada disebelah luar yang merupakan dinding sel telur) sel kedua yaitu titik benih atau nodus embrionale (sel yang terdapat disebelah dalam yang akan membentuk bayi). Pada fase ini sel seharusnya mengalami nidasi tetapi karena adanya proliferasi dari trofoblas atau pembengkakan vili atau degenerasi hidrifilik dari stroma vili dan hilangnya pembuluh darah stroma vili maka nidasi tidak terjadi. Trofoblas kadang berproliferasi ringan kadang keras sehingga saat proliferasi keras uterus menjadi semakin besar. Selain itu trofoblas juga mengeluarkan hormone HCG yang akan mengeluarkan rasa mual dan muntah. Pada mola hidatidosa tidak jarang terjadi perdarahan pervaginam, ini juga dikarenakan proliferasi trofoblas yang berlebihan. Pengeluaran darah ini kadang disertai gelembung vilus yang dapat memastikan diagnose mola hidatidosa (Prawirohardjo, 2006).

Penanganan awal pada mola hidatidosa adalah perbaikan keadaan umum. Selanjutnya pengeluaran mola yang dapat dilakukan dengan histerektomi pada wanita usia lanjut dan sudah memiliki anak dengan jumlah yang diinginkan dengan alasan bahwa usia tua dan parietas yang tinggi merupakan factor predisposisi terjadinya keganasan. Batasan yang dipakai adalah wanita usia 35 tahun yang telah memiliki tiga anak yang hidup. Namun, pada wanita muda yang masih menginginkan untuk memiliki anak, maka dapat dilakukan pengeluaran mola dengan sunction curettage dan untuk memperbaiki kontraksi dapat diberikan oksitosin secara intravena. Selanjutnya dapat dilakukan kuretase menggunakan kuret tumpul untuk mengeluarkan sisa-sisa konseptus. Kerokan harus dilakukan dengan sangat hati-hati, karena dapat menyebabkan perforasi. Setelah 7-10 hari pengeluaran mola dapat dilakukan kerokan ulangan dengan kuret tajam untuk memastikan bahwa uterus benar-benar kosong dan untuk memeriksa tingkat proliferasi sisa-sisa trofoblas yang dapat ditemukan (Pradana, 2009).

## DAFTAR PUSTAKA

Prawirohardjo S, Saifuddin AB, Rachimhadhi T. Ilmu Kebidanan. Edisi IV. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2010. Hal: 488-490.

Syafii, Aprianti S, Hardjoeno. Kadar  $\beta$ -hCG Penderita Mola Hidatidosa Sebelum dan Sesudah Kuretase. Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory. 2006. Hal:1-3.

Moore, Lisa. Hydatidiform Mole. 2005. available at [www.e-medicine.com](http://www.e-medicine.com)

Cuninngam. F.G. dkk. "Mola Hidatidosa" Penyakit Trofoblastik Gestasional Obstetri Williams. Edisi 21. EGG. Jakarta. 2006. Vol 2. Hal 930-938.

Hanifa.w. dkk. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-3. Cetakan ke 8. Tridarsa Printer. Jakarta. 2006.