

G3P2A0 Hamil 26 Minggu Inpartu dengan Perdarahan Trimester II e.c Mola Hidatidosa Parsial, Janin Tunggal Hidup Intrauterin

Riska Putri Soraya¹, Muhammad Caesario Liazmi¹, Nurul Islamy²

- ^{1.} Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
^{2.} Bagian Ilmu Kebidanan dan Kandungan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Mola hidatidosa adalah suatu keadaan abnormal pada kehamilan dengan sebagian atau seluruh vili korialisnya mengalami degenerasi hidrofik. Mola hidatidosa di klasifikasikan menjadi mola hidatidosa komplit dan mola hidatidosa parsial. Angka kejadian di Indonesia sekitar 1:80 persalinan normal. Sedangkan kejadian mola parsial sangatlah langka, kejadiannya bervariasi dari 5:100.000 dan 1:10.000 kehamilan. Ny. A usia 37 tahun datang ke IGD RSUD Abdul Moeloek dengan keluhan rasa mual dan keluar darah pervaginam. Pemeriksaan keadaan umum sakit sedang, tekanan darah 148/89 mmHg, tanda-tanda vital lainnya serta pemeriksaan umum dalam batas normal. Pada pemeriksaan obstetri tinggi fundus uteri dua jari di atas pusat, denyut jantung janin 155x/ menit dan kontraksi tiga kali dalam 10 menit durasi 20-40 detik. Pemeriksaan inspekulo: portio terbuka, dan terdapat jaringan dengan gambaran seperti mata ikan, flukus perdarahan aktif. Pemeriksaan USG didapatkan kesan hamil 26 minggu dengan mola hidatidosa parsial. Pemeriksaan darah lengkap dengan kesan anemia berat. Serta dilakukan pemeriksaan imunologi dan serologi dengan hasil β -hCG 5.242.880 mIU/ mL; T3 1,93 nmol/ L; T4 157, 43 nmol/ L; TSH 0,01 uIU/ mL. Sehingga diagnosa menjadi G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu kala I fase aktif dengan mola hidatidosa parsial disertai hipertiroid dan anemia berat janin tunggal hidup intrauterin. Pasien partus pervaginam spontan, selanjutnya dilakukan kuretase, transfusi dan perawatan pascasalin. Selanjutnya jaringan mola di periksa Patologi Anatomi dan pasien direncanakan kontrol untuk evaluasi β -hCG.

Kata Kunci : Mola Hidatidosa, Perdarahan, β -hCG.

G3P2A0 26 Weeks Pregnant Woman with Second Trimester Bleeding e.c Partial Hydatidiform Mole

Abstract

Hydatidiform mole is an abnormal condition in pregnancy with part or all of the chorionic villi undergo hydropic degeneration. Hydatidiform mole is divided into complete hydatidiform mole and partial hydatidiform mole. The incidence rate in Indonesia is around 1:80 normal deliveries. While the incidence of partial moles is rare, the incidence varies from 5:100,000 and 1:10,000 pregnancies. Mrs. A 37 years old came to the ER Abdul Moeloek Hospital with complained abdominal pain and vaginal bleeding. Result of general examination: moderate ill appearance, blood pressure was 148/89 mmHg, other sign examination were within normal limits. On obstetric examination, the uterine fundal height was two fingers above the umbilicus, the fetal heart rate was 155x/min and three contractions in 10 minutes, the duration was 20-40 seconds. Speculum examination result : opened portio, there is a fish eyed-like bubble, and active bleeding. Ultrasound examination revealed that she was pregnant 26 weeks with a partial hydatidiform mole. Complete blood count with severe anemia. Whereas immunological and serological examinations results: β -hCG 5,242,880 mIU/mL; T3 1.93 nmol/L; T4 157, 43 nmol/L; TSH 0.01 uIU/mL. So the diagnosis is G3P2A0 26 weeks of gestational age in active phase with a partial hydatidiform mole accompanied by hyperthyroidism and severe anemia with single live fetus intrauterine. Patient lead to spontaneous vaginal delivery were then treated with curettage, transfusion and postpartum care. Furthermore, the mole tissue was taken for Anatomical Pathology examination and the patient was planned to control for the β -hCG evaluation.

Keywords: Hydatidiform mole, hemorrhage, β -hCG

Korespondensi: Riska Putri Soraya | Jl. Mayjend Ryacudu Perum Korpri, Sukarame, Bandar Lampung | HP 082184800666
email: riskaputrisoraya@yahoo.co.id

Pendahuluan

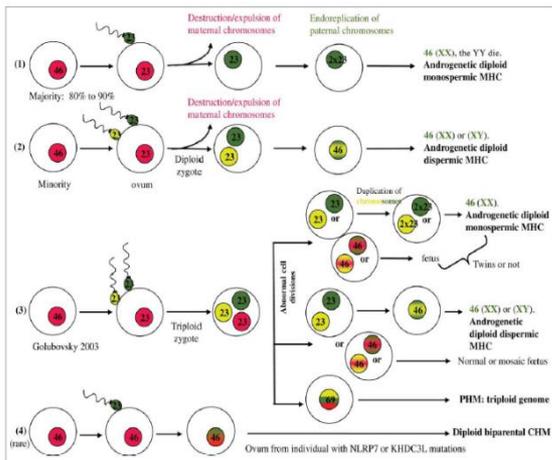
Mola hidatidosa adalah suatu keadaan abnormal pada kehamilan dengan sebagian atau seluruh vili korialisnya mengalami degenerasi hidrofik. Secara histologis ditandai dengan abnormalitas vili korionik yang terdiri dari proliferasi trofoblastik dan edema stroma vilus¹. Menurut *Federation International of*

Gynecology and Obstetrics (FIGO) mola hidatidosa di klasifikasikan menjadi mola hidatidosa komplit dan parsial.

Mola hidatidosa komplit, kehamilan abnormal tanpa adanya embrio atau janin. Pada mola hidatidosa komplit sperma haploid membuahi telur yang tidak mengandung kromosom maternal sehingga kariotipe

menjadi 46XX. Secara makroskopik berbentuk seperti anggur karena vili korialis mengalami pembengkakan secara menyeluruh.

Mola hidatidosa parsial dapat ditemukan adanya suatu embrio, kantung janin, atau kantung amnion ditambah dengan adanya degenerasi hidropik, edema vili, dan proliferasi sel trofoblas. Pada mola parsial kariotipe triploid yang terdiri dari satu set kromosom haploid maternal dan dua set kromosom haploid paternal².



Gambar 1. Sitogenetik Mola Hidatidosa³.

Mola hidatidosa terbentuk ketika proliferasi/ invasi dari sel-sel trofoblas tidak terkendali. Sel trofoblas yang berasal dari diferensiasi sel-sel perifer blastokista menjadi dua lapisan: seluler trofoblas (sitotrofoblas) dan lapisan sinsitial (sinsiotrofoblas). Keadaan patologis tersebut dapat terjadi berulang pada pasien yang sama, yang menunjukkan adanya predisposisi genetik⁴.

Angka kejadian mola di rumah sakit besar di Indonesia sekitar 1:80 persalinan normal sedangkan di Amerika Serikat, angka kejadian hanya dan di negara Barat 1:600 kehamilan. Pada daerah Amerika utara dan negara-negara Eropa, angka kejadian mola hidatidosa dilaporkan rendah, sekitar 66-121 per 100.000 kehamilan⁵. Sedangkan kejadian mola parsial sangatlah langka, kejadiannya bervariasi dari 5:100.000 dan 1:10.000 kehamilan⁶. Mola komplis memiliki angka kejadian 9-20% untuk menjadi keganasan (koriokarsinoma), sedangkan 1% pada mola parsial⁷.

Diagnosis dapat dipikirkan pada wanita dengan amenorea, perdarahan pervaginam, uterus yang lebih besar dari usia kehamilan dan tidak ditemukan tanda kehamilan pasti seperti balotemen dan detak jantung janin. Diagnosis dapat diperkuat dengan melakukan pemeriksaan kadar hCG dalam darah atau urin, baik secara *bioasay*, *immunoasay*, maupun *radioimmunoasay*. Akan sangat sugestif jika peninggian hCG menetap pada usia kehamilan lebih dari 13 minggu. Untuk memperjelas, dapat menggunakan USG. Namun gambaran mola baru spesifik pada kehamilan trimester II. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan gambaran badai salju pada mola hidatidosa komplis, sedangkan gambaran sarang lebah ditemukan pada mola hidatidosa parsial^{1,2}.

Tindakan pertama pada pasien mola sebaiknya adalah stabilisasi keadaan umum pasien⁸. Yang termasuk dalam manajemen ini yaitu pemberian transfusi darah untuk memperbaiki syok atau anemia dan menghilangkan atau mengurangi penyulit seperti preeklampsia atau tirotoksikosis¹. Tindakan obstetri yang diperlukan adalah kuretase atau bahkan histerektomi pada pasien dengan usia lebih dari 40 tahun dan sudah cukup memiliki anak⁸. Kuretase vakum adalah metode pilihan pada kehamilan mola komplis dan partial, kecuali jika pada mola partial ada bagian janin yang menghalangi. Evakuasi mola dengan medikasi harus dihindari, terutama dengan menggunakan oksitosin maupun analog misoprostol⁴.

Mengingat kehamilan mola yang dapat terjadi keganasan, penderita mola harus melakukan kontrol rutin untuk memantau kadar hCG setelah dilakukan evakuasi. Lakukan skrining hCG dua minggu sekali hingga satu bulan, lalu satu bulan berikutnya. Jika sudah normal, maka perlu pemeriksaan bulan ke enam sejak evakuasi mola. Jika belum normal dalam 56 hari, perlu dilakukan normalisasi hCG dahulu. Sehingga skrining berikutnya dilakukan enam bulan setelah tindakan normalisasi tersebut⁴.

Tirotoksikosis terjadi pada 1-3,5% kehamilan dan penyebab utamanya adalah hipertiroidisme gestasional atau gestational

transient thyrotoxicosis (GTT) dan penyakit Grave. Penyebab lain yang lebih jarang yaitu multinodular toksik goiter dan toksik adenoma, dan pada kasus langka pada subakut tiroiditis dan struma ovarii⁹. Tirotoksikosis selama kehamilan ditegakkan dengan keadaan kadar TSH yang ditekan. Hipertiroidisme adalah tirotoksikosis yang berasal dari tiroid, dengan hipertiroid subklinis didefinisikan ketika kadar TSH kurang dari nilai normal dan kadar tiroksin (T4) serta triiodotironin (T3) yang normal pada serum. Sedangkan Hipertiroid yang berlebihan jika kadar TSH yang rendah disertai tingginya kadar T4 dan T3 pada serum¹⁰.

Kasus

Seorang ibu dengan usia 37 tahun datang ke IGD Ponok RSUD Abdul Moeloek pada pukul 06.20 WIB dengan diagnosis rujukan G3P2A0 Hamil 26 minggu inpartu kala 1 fase Laten + mola hidatidosa parsial janin tunggal hidup (JTH) intrauterin.



Gambar 2. Hasil USG rujukan usia 17 minggu kehamilan.

Pasien datang dengan keluhan hamil 26 minggu disertai rasa mulas ingin melahirkan dan keluar darah dari kemaluan. Sebelumnya pasien pernah mengalami perdarahan serupa pada usia kehamilan 16 minggu. Pasien juga mengaku didiagnosis dan menjalani pengobatan skizofrenia sejak 2002. Akan tetapi, pengobatan dihentikan selama kehamilan ini. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan didapatkan keadaan umum sakit sedang, tekanan darah 148/ 89 mmHg, dan tanda-tanda vital lainnya serta pemeriksaan umum dalam batas normal (dbn). Pada pemeriksaan obstetri didapatkan tinggi fundus uterus (TFU) 2 jari di atas pusat, detak jantung janin (DJJ) 155x/ menit dan kontraksi HIS 3 kali

dalam 10 menit dengan durasi 20-40 detik. Dilakukan inspekulo dengan hasil portio tidak terlihat, ostium uteri eksterna (OUE) terdapat jaringan, fluksus (+) darah merah segar, fluor (-), dan erosi/ polip/ laserasi(-). Sehingga pasien didiagnosis dengan G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu dengan perdarahan kehamilan muda e.c mola hidatidosa parsial + suspek Hipertiroid + skizofrenia JTH intrauterin.

Dilakukan pemeriksaan USG, didapatkan hasil JTH intrauterin, biparietal BPD 26 minggu 3 hari, plasenta di posterior menutupi OUI, tampak *honey comb appearance*. Dilakukan pemeriksaan darah lengkap dengan Hb 6,8 g/dL, leukosit 12.300 /uL, eritrosit 2,5 juta /uL, hematokrit 21%. Serta dilakukan pemeriksaan imunologi dan serologi dengan hasil beta-hCG 5.242.880 mIU/mL; T3 1,93 nmol/L; T4 157, 43 nmol/L; TSH 0,01 uIU/mL. Sehingga diagnosa berubah menjadi G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu dengan mola hidatidosa parsial + hipertiroid + anemia berat + skizofrenia JTH intrauterine presentasi kepala.

Ibu mengeluhkan ada keluar perdarahan. Dilakukan pemeriksaan obstetrik, didapatkan jaringan mola keluar dari jalan lahir. Dari pemeriksaan VT didapatkan hasil portio lunak, pendataran 80%, pembukaan 6 cm, ketuban intak, bagian terbawah kepala, penurunan hodge III, penunjuk ubun-ubun kecil. Sehingga diganosis menjadi G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu kala I fase aktif + mola hidatidosa parsial + hipertiroid + anemia berat + skizofrenia JTH intrauterine presentasi kepala. Sehingga pasien direncanakan partus pervaginam dengan akselerasi persalinan infus oksitosin.



Gambar 3. Jaringan mola yang keluar

Pasien merasakan mulas yang semakin sering. Dilakukan pemeriksaan, didapatkan HIS 4 kali dalam 10 menit dengan durasi lebih dari 40 detik dan DJJ 135 x/ menit. Dilakukan VT didapatkan pembukaan 10 cm, ketuban pecah berwarna jernih. Sehingga diagnosis menjadi G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu Kala II dengan mola hidatidosa parsial + anemia berat + skizofrenia JTH intrauterine presentasi kepala. Pasien dipimpin persalinan. Lahir Bayi perempuan dengan Berat Badan 900 gram, Panjang Badan 35 cm, Apgar Score 3/4. Selanjutnya dilakukan manajemen aktif Kala III tetapi tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta. Dilakukan manual plasenta didapatkan plasenta kesan tidak lengkap dengan jaringan mola. Sehingga dilakukan kuretase sisa plasenta dan jaringan mola. Sehingga diagnosis menjadi P3A0 partus pervaginam spontan preterm post kuretase a/i mola hidatidosa parsial + anemia berat + skizofrenia. Setelah persalinan, ibu diberikan oksitosin drips 20 IU dengan propiltiourasil (PTU), ringer laktat, sefadroksil, paracetamol, serta rencana transfusi sel darah merah pekat (PRC). Ketika keadaan pasien sudah membaik, pasien diperbolehkan pulang. Namun, pasien direncanakan untuk kontrol rutin setiap 2 minggu sekali, jika sudah 1 bulan pasien kontrol 6 bulan lagi.



Gambar 4. Neonatus kurang bulan kecil masa kehamilan dari kehamilan mola parsial

Diskusi

Seorang ibu dengan usia 37 tahun datang ke IGD Ponok dilakukannya anamnesis dan pemeriksaan awal, terdiri atas *general surveys*, pemeriksaan umum, pemeriksaan obstetrik dan ginek. Hasil dari pemeriksaan

menunjukkan diagnosis pasien G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu dengan perdarahan hamil muda e.c mola hidatidosa parsial + suspek Hipertiroid + skizofrenia JTH Intrauterin. Pasien mengalami perdarahan sejak hamil 16 minggu dapat mengarah pada perdarahan hamil muda, yang dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik terganggu, maupun mola hidatidosa¹.

Berdasarkan USG hasil rujukan sudah dapat ditentukan adanya kehamilan mola hidatidosa parsial karena terdapat gambaran sarang lebah (*honey comb appearance*) disertai janin yang lengkap walaupun lebih kecil dari usia kehamilannya². Kepala janin sudah berada dekat dengan ostium uteri interna (OUI).

Pasien dicurigai hipertiroid dikarenakan adanya mola hidatidosa yang dapat menyebabkan kejadian hipertiroidisme. Hal tersebut dapat terjadi karena pada mola hidatidosa dapat menyebabkan peningkatan hCG yang sangat tinggi. Tingginya hCG secara abnormal dapat menyebabkan hCG menggantikan hormon TSH sebagai stimulus produksi hormon tiroid (T4 dan T3) dan penekanan hormon TSH. Sehingga pada pasien ini disarankan untuk dilakukan pemeriksaan kadar TSH, T4 dan T3 dalam serum untuk memastikan keadaan tirotoksikosis akibat hipertiroid^{1,10}.

Hormon human chorionic gonadotropin (hCG), yang merupakan hormon normal pada kehamilan, memiliki kemiripan dengan hormon *thyroid stimulating hormone* (TSH). Pada keadaan hormon hCG yang tinggi, hormon tersebut dapat meniru kerja TSH dengan berikatan dengan reseptor TSH. Akibat keadaan tersebut, akan menyebabkan keadaan hipertiroid yang ringan¹¹. Hal ini bisa terjadi pada trimester pertama kehamilan, terutama pada wanita hamil dengan mual muntah berlebihan. Keadaan yang langka tersebut dapat terjadi akibat penyakit trofoblastik gestasional (GTD). Penyakit kehamilan trofoblastik terjadi ketika ada jaringan plasenta tumbuh abnormal menjadi massa berbentuk seperti anggur yang disebut mola hidatidiform yang mensekresi hCG dalam jumlah besar. Pada kasus yang langka

tingginya kadar hCG dapat menyebabkan hipertiroidisme ringan³.

Setelah didapatkan kadar T4 yang tinggi disertai rendahnya kadar TSH, pasien dapat didiagnosis hipertiroidisme pada kehamilan. Keadaan hipertiroid yang masih ringan dan tidak bergejala dapat membaik jika kadar hCG telah turun. Pemberian agen anti-tiroid sangat dibutuhkan untuk mencegah perburukan pada luaran maternal dan janin.

Keadaan hipertiroid pada kehamilan dapat menyebabkan persalinan preterm, abortus, hipertensi dan gagal jantung kongestif. Komplikasi pada janin dan neonatus berupa pembentukan goiter dan keadaan hipertiroidisme, sehingga menyebabkan pertumbuhan janin terhambat (PJT) dan *failure to thrive* pada neonatus. Namun pemberian agen anti-tiroid juga perlu berhati-hati. Karena pemberian agen tersebut dapat melewati sirkulasi janin dan akhirnya dapat menyebabkan bradikardia, PJT, dan perlambatan pematangan tulang pada janin⁹.

Pasien mengalami keluhan perdarahan disertai keluarnya jaringan bergelembung-gelembung putih, berisi cairan jernih, dengan ukuran sekitar 3 x 2 cm. Jaringan tersebut sangat jelas memiliki karakteristik dari jaringan mola akibat degenerasi hidropik trofoblas¹.

Pasien dilakukan akselerasi persalinan dengan infus oksitosin 5 IU ketika masih pembukaan 6 cm. Hal ini dilakukan untuk melindungi ibu dari perdarahan yang terus terjadi. Karena dari hasil laboratorium didapatkan Hb hanya 6,8 g/ dL dan pasien masih mengalami perdarahan aktif. Namun sebenarnya berdasarkan penelitaian, pemberian obat untuk evakuasi mola memiliki risiko yang berbahaya. Pemberian oksitosin dapat membentuk emboli dan menyebarkan jaringan trofoblastik melalui sistem vena. Selain itu, pada kehamilan mola komplisit dapat meningkatkan risiko perawatan intensif akibat penyakit troblastik persisten. Pemberian analog prostaglandin juga mampu meningkatkan sensitivitas uterus pada prostaglandin, serta juga dapat menyebabkan embolisme⁴.

Bayi yang terlahir memiliki skor APGAR 3 pada menit pertama dan menjadi 4 pada lima menit berikutnya. Skor APGAR dapat dinilai dengan menilai warna kulit, frekuensi nadi, iritabilitas refleks, tonus otot, dan usaha bernafas. Skor APGAR bayi yang baik yaitu 7-10. Jika bayi memiliki skor APGAR 4-6, bayi dikatakan asfiksia ringan hingga sedang. Namun, jika bayi terlahir dengan skor APGAR 0-3 dikatakan asfiksia berat⁶. Sehingga Bayi yang terlahir memerlukan perawatan intensif neonatal.

Selain itu bayi juga memiliki berat yang kecil dari masa kehamilan dan usia kehamilan yang ekstrim preterm. Menurut POGI (2016) berdasarkan usia kehamilannya, bayi preterm terdiri dari : preterm/ kurang bulan: usia kehamilan 32-36 minggu, *very preterm/* sangat kurang bulan: usia kehamilan 28-32 minggu, *extremely preterm/* ekstrim kurang bulan: usia kehamilan 20-27 minggu sehingga bayi yang terlahir tersebut dapat dikatakan bayi ekstrim kurang bulan.

Bayi dikatakan imatur jika memiliki berat lahir 500-1000 gram dan/ atau usia dalam kehamilan 20-28 minggu. Sedangkan dikatakan prematur jika bayi memiliki berat lahir 1000-2500 gram dan/ atau usia dalam kehamilan 28-37 minggu. Sehingga bayi tersebut dapat dikatakan sebagai bayi imatur¹².

Setelah persalinan ibu diberikan oksitosin drips 20 IU dengan ringer laktat, sefadroksil, paracetamol, serta PRC. Pemberian terapi oksitosin ini disebabkan oleh kebutuhan uterotonika. Uterus pada kehamilan mola hidatidosa cenderung memiliki ukuran lebih besar dari usia kehamilan. Sehingga agen uterotonika akan membantu sebagai stimulus kontraksi uterus untuk mengecilkan ukurannya dan menghentikan perdarahan¹².

Pemberian infus ringer laktat sebagai terapi cairan dan jalur obat oksitosin. Pemberian PRC dimaksudkan untuk meningkatkan nilai Hb pasien akibat perdarahan mola hidatidosa. Hemoglobin merupakan komponen pengikat oksigen pada sel darah merah. Sehingga kadarnya diperlukan untuk normal dalam waktu secepatnya. Parasetamol diberikan sebagai

analgesik dari rasa nyeri akibat tindakan kuretase. Sedangkan pemberian antibiotik sefadroksil sebagai profilaksis terhadap infeksi nosokomial. Pasien juga diberikan terapi PTU sebagai obat anti-tiroid. Propiltiourasil bekerja dengan cara menghambat enzim peroksidase tiroid. Enzim tersebut berperan dalam pengurangan ion yodium yang akan bergabung tiroglobulin membentuk T3 dan T4. Penurunan kadar T4 dan/ atau T3 diperlukan untuk mencegah keadaan krisis tiroid¹³. Krisis tiroid merupakan keadaan dimana terjadinya kegagalan fungsi sejumlah organ, akibatnya terjadi peningkatan drastis pada detak jantung, tekanan darah, dan suhu¹⁴.

Ketika keadaan pasien sudah membaik, pasien diperbolehkan pulang. Namun, pasien direncanakan untuk kontrol rutin setiap dua minggu sekali, jika dalam 56 hari kadar sudah normal pasien kontrol pada bulan ke enam. Hal tersebut diperlukan untuk memantau penurunan kadar hCG, sebagai langkah memastikan tidak adanya progresifitas keganasan menjadi koriokarsinoma. Pasien juga dijelaskan untuk tidak hamil dulu minimal 1 tahun^{4,7}.

Pasien juga disarankan untuk tidak hamil terlebih dahulu, setidaknya dalam satu tahun ke depan. Meskipun kehamilan harus dicegah selama pengawasan kadar hCG, pemakaian kontrasepsi perlu memperhatikan beberapa hal. Penderita disarankan untuk menggunakan kontrasepsi *barrier* hingga kadar hCG normal; jika kadar hCG sudah normal, kontrasepsi oral kombinasi boleh digunakan; jika kontrasepsi oral sedang digunakan sebelum kehamilan mola terdiagnosis, maka kontrasepsi bisa dilanjutkan; alat kontrasepsi dalam rahim sebaiknya tidak digunakan hingga kadar hCG normal untuk mengurangi risiko perforasi uterus⁴.

Simpulan

Pasien 37 tahun didiagnosis G3P2A0 hamil 26 minggu inpartu dengan mola hidatidosa parsial, hipertiroid, anemia berat dan skizofrenia, JTH intrauterine presentasi kepala. Pasien post partum pervaginam spontan dengan kuretase dengan bayi terlahir nkb kmk dengan asfiksia berat dan imatur.

Sehingga pasien didiagnosis menjadi P3A0 post kuretase a/i mola hidatidosa dengan anemia berat dan skizofrenia. Pasien telah ditatalaksana sesuai dengan indikasi.

Daftar Pustaka

1. Hadijanto B. Mola Hidatidosa. Dalam : Prawirohardjo, Sarwono. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Edisi ke-25. New York: McGraw-Hill; 2018.
3. ATA, Hyperthyroidism in Patients with Gestational Trophoblastic Disease (GTD) [internet]. Alexandria: American Thyroid Association; 2023 [disitasi tanggal 19 Januari 2023]. Tersedia dari:https://www.thyroid.org/documents/ctfp/volume4/issue9/ct_patients_v49_5.pdf
4. Tidy J, Hancock BW. The Management of Gestational Trophoblastic Disease. England: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2010 [disitasi tanggal 19 Januari 2023]. Tersedia dari:http://www.jsog.org/GuideLines/The_management_of_gestational_trophoblastic_disease.pdf
5. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, Vecchia CL. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic disease. Lancet Oncol. 2003;4(11):670-8.
6. Franciscis PD, Schiattarella A, Labriola D, Tammaro C, Messalli EM, Mantia EL, Montella M, Torella M. A Partial molar pregnancy associated with a fetus with intrauterine growth restriction delivered at 31 weeks: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2019; 13(1):204.
7. McGrath S, Short D, Harvey R, Schmid P, Savage PM, Seckl MJ. The management and outcome of women with post-hydatidiform mole 'low-risk' gestational trophoblastic neoplasia, but hCG levels in excess of 100 000 IU l⁻¹. British Journal of Cancer. 2010; 102(5):810-814.
8. Ghassemzadeh S, Farci F, Kang M. Hydatidiform Mole [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022

[diperbarui tanggal 23 May 2022].
Tersedia dari:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>

9. Malgorzata GC. Thyrotoxicosis and pregnancy. *Thyroid Research*. 2013;6(Suppl 2):A18.
10. Labadzhyan A, Brent GA, Hershman JM, Leung AM. Thyrotoxicosis of Pregnancy. *J Clin Transl Endocrinol*. 2014;1(4):140-144.
11. Walkington L, Webster J, Hancock BW, Everard J, dan Coleman RE. Hyperthyroidism and Human Chorionic Gonadotrophin Production in Gestational Trophoblastic Disease. *British Journal of Cancer*. 2011;104(11): 1665-1669.
12. Irwinda R, Sungkar A, Wibowo N, Krisnadi SR, Joserizal S, Yusrawati, Dkk editor. *Panduan Persalinan Preterm*. Jakarta : Pengurus Pusat Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia; 2019.
13. Yoshihara A, Noh JY, Yamaguchi T, Ohye H, Sato S, Sekiya K, Dkk. Treatment of graves' disease with antithyroid drugs in the first trimester of pregnancy and the prevalence of congenital malformation. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2012;97(7):2396-403.
14. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, dkk. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;(10):1343-1421.