

Seorang Wanita 30 Tahun Dengan Mola Hidatidosa Komplet

Farahdiba Citra Olivia

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Mola hidatidosa atau “hamil anggur” merupakan bentuk pre-malignan dari penyakit trofoblastik gestasional. Kehamilan mola biasanya terjadi pada kebanyakan wanita Asia dan Afrika. Angka kejadian mola di rumah sakit besar di Indonesia sekitar 1 : 80 kehamilan. Seorang wanita G₂P₁A₀ berusia 30 tahun datang dengan keluhan keluar darah lewat kemaluan sejak 1 hari yang lalu. Darah berwarna merah segar, gelembung seperti mata ikan (+) namun gumpalan darah (-). Keluhan disertai nyeri perut (+) tanpa nyeri kelamin. Pasien dinyatakan hamil oleh bidan. Riwayat trauma (-), infeksi (-), riwayat persalinan sebelumnya dengan jarak ±8 bulan, cukup bulan, spontan disertai sisa plasenta dan telah dikuretase. Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran kompos mentis, TD 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu 36,7°C. Pemeriksaan obstetrik abdomen sedikit cembung, lemas, striae (+), nyeri tekan (+), uterus setinggi umbilikus, DJJ (-). Pada pemeriksaan inspekulo ditemukan portio livid, orifium uterus eksternum tertutup, fluksus (+) darah tidak aktif. Pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 10,7 gr/dl, T3 0,7 nmol/l, T4 20 nmol/l, TSH <0,05 uIU/L dan tes kehamilan positif. USG menunjukkan *vesicular pattern* dan *kista lutein* berukuran 5x6cm. Pasien ini didiagnosa dengan mola hidatidosa komplit. Terapi berupa kuretase, tes β hCG serta terapi farmakologis. Kesimpulan pemeriksaan untuk diagnose pasien masih kurang tepat namun terapi yang diberikan cukup.

Kata Kunci : kehamilan mola, mola hidatidosa komplit.

A 30 Years Old Woman with Complete Hydatidiform Mole

Abstract

Hydatidiform mole or “grape-like pregnancy” is the pre-malignancy form of gestational trophoblastic disease. Molar pregnancy usually occurs in most woman in Asia and Africa. The incidence of mole in Indonesia’s large hospitals is about 1 : 80 gestations. A 30 years old woman came due to vaginal bleeding since 1 days ago. Fresh red blood, fish-eye like bubble (+), blood clot (-). It was following with abdominal pain but no genital pain. She confirmed pregnant by midwife. History of trauma (-), infection (-), previous delivery within ±8 months ago, aterm, spontaneous but she got retained placenta and has been curretaged. Patient awareness was compos mentis, BP 120/80 mmHg, pulse 86x/min, respiratory rate 20x/min, temperature 36,7°C. Obstetric examination found abdomen was minimally convex, flexible, striae (+), tenderness (+), uterus as high as umbilical, fetal heart rate (-). Speculum examination found livid portio, closed external uteri ostium, fluksus (+) with inactive blood. Laboratorium test obtained hemoglobin 10,7 gr/dl, T3 0,7 nmol/l, T4 20 nmol/l, TSH <0,05 uIU/L, and a positive pregnancy test. Ultrasound showed vesicular pattern and lutein cysts as size as 5 x 6 cm. The diagnosis was complete hydatidiform mole. Management of this patient such as curettage, hCG β test, and pharmacology treatment. Conclusion examination to diagnose the patient is still not quite right yet given sufficient treatment.

Keywords: complete hydatidiform mole, molarpregnancy

Korespondensi : Farahdiba Citra Olivia, alamat JL Pangeran Antasari, Perumahan Bukit Kencana Blok J24, Bandar Lampung, HP 08117247772, e-mail farahdiba.ardian@yahoo.com

Pendahuluan

Mola hidatidosa atau lebih dikenal dengan “hamil anggur” merupakan penyakit trofoblastik gestasional yang sering ditemukan. Penyakit ini merupakan salah satu kelainan dari kehamilan yang ditandai dengan perkembangan embrionik yang abnormal. Penyakit ini biasanya terjadi pada kebanyakan wanita Asia dan Afrika. Angka kejadian mola di rumah sakit besar di Indonesia sekitar 1 : 80 persalinan normal sedangkan di Amerika Serikat, angka kejadian hanya 1 : 1000 dan di negara Barat 1 : 600 kehamilan.^{1,2}

Etiologi dari penyakit ini bermacam – macam termasuk berbagai kombinasi dari

faktor lingkungan dan genetik. Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dimana mola biasanya muncul pada pasien yang berusia muda (< 16 tahun) dan usia yang lebih tua yaitu >45 tahun.^{2,3}

Penyakit ini dibagi menjadi 2 yaitu mola hidatidosa parsial dan komplit. Pembagian ini didasarkan atas morfologi makroskopis, histopatologis dan kariotipe.⁴

Penyakit ini dibagi menjadi 2 yaitu mola hidatidosa parsial dan komplit. Pembagian ini didasarkan atas morfologi makroskopis, histopatologis dan kariotipe.⁴

Penyakit ini masih kurang disadari dan dimengerti oleh banyak orang. Hal ini ditandai

dengan kebiasaan penderita yang datang ke rumah sakit saat ia telah menderita perdarahan, anemia berat bahkan syok sampai perkembangan menjadi degenerasi malignan.⁵ Angka kejadian degenerasi malignan sebesar 9 – 20 % pada mola komplit dan 1 % pada mola parsial.⁶

Oleh karena hal tersebut maka dibutuhkan deteksi dini yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan pelayanan primer melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, serta pemahaman patofisiologi, dan manajemen yang baik agar didapatkan hasil yang efektif dan efisien.^{7,8}

Kasus

Seorang pasien G₂P₁A₀ berusia 30 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan utama keluarnya darah melalui kemaluan pasien sejak 1 hari SMRS. Darah yang keluar berwarna merah segar tanpa disertai dengan adanya gumpalan darah berwarna seperti hati (-), gelembung seperti mata ikan (+). Darah yang keluar sebanyak 3x ganti pembalut dan tidak berbau. Keluhan disertai nyeri pada perut (+) namun tidak ada keluhan keputihan atau nyeri pada daerah kelamin.

Pasien mengatakan sebelumnya sudah dikatakan hamil 4 bulan. Riwayat berhubungan seksual sebelumnya selama kehamilan ini (-), riwayat diurut – urut sebelumnya (-), riwayat penggunaan obat-obatan (-), riwayat perut kencang sebelumnya (-). Riwayat penggunaan KB (+) sejak 3 bulan yang lalu. Riwayat kelainan menstruasi (-).

Riwayat persalinan dan kehamilan sebelumnya, anak pertama lahir spontan dengan kehamilan cukup bulan. Anak pertama lahir spontan dibantu bidan dan terdapat riwayat perdarahan post partum akibat sisa plasenta dan sudah dilakukan kuretase. Jarak kehamilan pertama dengan kehamilan sekarang adalah 8 bulan. Pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh bidan dan tidak ke dokter.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan keadaan tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis, tanda vital : TD 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, laju pernafasan 24x/menit, suhu 36,7°C. Status gizi normal. Pada status generalis, pemeriksaan kepala, thoraks, abdomen dan ekstremitas dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan status obstetrik didapatkan, pada pemeriksaan luar berupa perut sedikit cembung, lemas dan striae (+). Pada palpasi nyeri tekan (+), massa (-), uterus setinggi pusar, *ballottement* (-), denyut jantung janin (-). Pada pemeriksaan inspekulo didapatkan portio livid, orifium uterus eksternum tertutup (-), fluksus (+) darah tidak aktif, flour (-), erosi/laserasi/polip (-), cavum douglas tidak menonjol.

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb= 10,7 gr/dl, Ht= 31 %, trombosit= 208.000/ul, leukosit = 15.400/ul, ureum= 13 mg/dl, kreatinin= 0,5 mg/dl, GDS = 100 mg/dl, T3= 0,7 nmol/l, T4= 20 nmol/l, TSH= <0,05 uiU/ml dan pemeriksaan kehamilan didapatkan tes kehamilan positif. Kemudian pasien dilakukan pula pemeriksaan USG dan didapatkan gambaran *vesicular pattern*, dan kista lutein berukuran 5x6 cm.

Diagnosis yang ditetapkan pada pasien adalah P₁A₁ dengan mola hidatidosa komplit. Pasien didiagnosa banding dengan koriokarsinoma. Tatalaksana yang dilakukan pada pasien berupa observasi tanda vital dan tanda perdarahan, pemeriksaan kadar β HCG serum dan urin, serta rencana kuretase. Terapi yang diberikan berupa infus cairan Ringer Laktat gtt xx/menit, ceftriaxon iv 2 x 1 g serta asam traneksamat 2 x 500 mg.

Pembahasan

Mola hidatidosa adalah suatu penyakit kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stroma villus korialis langka vaskularisasi, dan edematus. Janin biasanya akan meninggal, akan tetapi villus-villus yang membesar dan edematus itu akan tetap hidup dan tumbuh terus.⁹

Berdasarkan anamnesis, pasien wanita usia 30 tahun datang ke rumah sakit adanya keluhan keluar darah lewat kemaluan sejak 1 hari SMRS. Darah berwarna merah segar, kadang terdapat gelembung seperti mata ikan (+), gumpalan darah (-). Darah yang keluar tanpa disertai nyeri pada kemaluannya ataupun keputihan.

Berdasarkan hal tersebut, ia mengalami perdarahan pada kehamilan muda (*early pregnancy bleeding*). Beberapa penyakit yang dapat terjadi pada periode ini antara lain kehamilan ektopik, abortus baik imminens, insipiens, inkomplik, maupun komplik, selain itu dapat pula penyakit trofoblastik

gestasional seperti mola hidatidosa, mola invasif, koriokarsinoma, dapat pula kelainan eksternal seperti vaginitis, servisitis dll.¹¹ Berdasarkan anamnesa penyakit kehamilan ektopik dapat disingkirkan dengan tidak ditemukannya anemia dan nyeri akut abdomen.¹² Abortus komplit maupun inkomplit dapat pula disingkirkan karena pada abortus tidak ada keluhan keluar bentuk gelembung seperti mata ikan, yang merupakan ciri khas dari mola hidatidosa.

Pada pemeriksaan fisik, kesadaran compos mentis dan tanda vital stabil. Hasil pemeriksaan status obstetrik, didapatkan pada pemeriksaan luar berupa perut sedikit cembung, palpasi nyeri tekan (+), uterus setinggi umbilikus, denyut jantung janin (-). Pada pemeriksaan dalam berupa inspekulo tampak portio livid, orifium uterus eksternum tertutup (-), fluksus (+), darah tidak aktif, flour (-), erosi/laserasi/polip (-), serta cavum douglas yang tidak menonjol.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut dugaan terjadinya infeksi pada genitalia eksterna dapat disingkirkan. Pada pasien didapatkan beberapa hal yaitu adanya gelembung berbentuk mata ikan (+), uterus yang membesar tidak sesuai (lebih besar) dengan usia kehamilan yang ditandai dengan tinggi uterus yang setinggi pusat yang seharusnya 3 jari di atas simfisis pubis.¹⁰ Sehingga dapat dikatakan bahwa penyakit ini termasuk penyakit trofoblastik gestasional yang meliputi mola hidatidosa.^{1,4,9,13}

Kehamilan mola sendiri dibagi menjadi 2 yaitu mola parsial dan mola komplit.¹⁴ Untuk membedakan kedua hal ini perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG), pemeriksaan kadar β -hCG dan dapat pula dilakukan dengan melalui pengambilan sampel vilus korionik, amniosintesis, atau darah fetus.¹⁵

Melalui pemeriksaan USG, mola hidatidosa resiko tinggi dapat didiagnosa secara akurat pada minggu pertama ketika pemeriksaan β -hCG tidak dapat membantu.¹⁶ Melalui pemeriksaan USG, untuk mola hidatidosa komplit biasanya ditemukan gambaran *snowstorm*, *vesicular pattern* yang biasanya muncul pada trimester kedua kehamilan dari isi uterus dan kista lutein fokal. Sementara itu untuk pasien dengan mola hidatidosa parsial sering didiagnosa *missed abortion* biasanya terdapat gambaran janin,

namun kista lutein jarang muncul. Berdasarkan hasil dari USG yang dilakukan menunjukkan terdapatnya gambaran *vesicular pattern* dan disertai dengan adanya kista lutein yang menguatkan diagnosa mola hidatidosa komplit.

Pemeriksaan histologis dari sampel konsepsi adalah *gold standard* dari mola hidatidosa. Pemeriksaan histologis yang dilakukan pada pasien suspek mola hidatidosa akan meningkatkan kualitas dari manajemen penyakit ini.¹⁷ Pemeriksaan histologis ini biasanya dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan β -hCG.¹⁸ Pemeriksaan ini sendiri dapat digunakan bukan hanya untuk diagnosis dan manajemen, namun juga untuk menentukan prognosis pasien.³ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Soheila (2014) yang mengatakan bahwa pemeriksaan β hCG serum dapat digunakan sebagai indikator kuat untuk mengidentifikasi pasien pada stadium awal.¹⁹ Pada pasien ini sendiri pemeriksaan β hCG belum dilakukan karena tidak tersedianya sediaan dan waktu pemeriksaan yang cukup lama.

Beta hCG merupakan hormon yang ada pada kehamilan yang dihasilkan oleh sel sinsitiotrofoblas. Pada kehamilan normal, β hCG akan meningkat sejak minggu ke 2. Hormon ini berfungsi untuk diagnosis dimana pada mola hidatidosa komplit, kadar serum β hCG ≥ 100.000 IU/L. Sementara itu pada mola hidatidosa parsial, kadar β hCG biasanya sama dengan kehamilan normal dan biasanya lebih baik diperiksa dengan pemeriksaan histologis.²⁰ Selain itu, kadar β hCG ini dapat digunakan untuk mendiagnosa penyakit trofoblastik gestasional post mola hidatidosa yang menunjukkan keganasan yaitu :

- a. Kadar β hCG plateau untuk 4 pengukuran selama periode 3 minggu atau lebih, untuk hari ke 1,7,14 dan 21.
- b. Peningkatan dari kadar β hCG untuk 3 pemeriksaan berturut-turut atau lebih lama selama periode sedikitnya 2 minggu atau lebih, pada hari ke 1,7 dan 14.
- c. Diagnosis histologik dari koriokarsinoma
- d. Peningkatan kadar β hCG untuk 6 bulan atau lebih setelah terapi.

Walaupun begitu kadar β hCG juga dapat negatif pada wanita dengan kehamilan ektopik molar untuk waktu yang lebih lama dibandingkan kehamilan ektopik tanpa mola.²¹

Penyakit ini biasanya diakibatkan oleh banyak faktor diantaranya baik usia, jarak antara kehamilan, riwayat abortus sebelumnya, sosial ekonomi, riwayat mola sebelumnya. Pada pasien ini ada beberapa yang mungkin menyebabkan riwayat persalinan sebelumnya yang disertai dengan adanya sisa plasenta, jarak antarkehamilan yang pendek. Malek *et al.* (2015) menunjukkan pasien dengan penyakit trofoblas berasal dari kelas sosial ekonomi tingkat bawah.¹⁶

Pada pasien juga dilakukan pemeriksaan hormone tiroid dengan hasil sebagai berikut: T3= 0,7 nmol/l, T4= 20 nmol/l dan TSH= <0,05 μIU/ml. Pemeriksaan ini dilakukan mengingat β hCG merupakan analog reseptor dari *thyrotrophic hormone* (TSH), dimana kadar β hCG yang tinggi dapat menginduksi hipertiroid sekunder. Dimana bila hipertiroid ini terjadi maka tingkat prognosis akan berkurang.²²

Tatalaksana pada pasien dilakukan pada pasien adalah tindakan kuretase.^{3,4} Kuretase dilakukan bila kondisi yang mempengaruhi keadaan pasien telah dapat diatasi. Kondisi seperti anemia, syok atau bahkan preeklampsia dan tirotoksikosis. Teknik kuretase yang dilakukan adalah kuretase hisap. Tindakan ini dilakukan dengan persiapan servikal sebelumnya, obat oksitosin, dan kuret tajam serta obat – obatan lainnya.

Bila pada pasien ditemukan gejala dimana β hCG yang plateau atau meningkat post kuretase, perdarahan yang hebat, hasil histologis yang mengarah ke koriokarsinoma, metastasis, serum β hCG ≥20.000 IU/L selama >4 minggu maka dapat diberikan terapi kemoterapi pada pasien.^{3,23} Namun, pada pasien tersebut mengingat angka kemungkinan keganasan yang tinggi maka perlu dilakukan pemberian obat kemoterapi profilaksis untuk mengurangi atau menghambat proliferasi sel trofoblastik menjadi ganas.⁵

Pada pasien diberikan terapi lainnya berupa antibiotik, antifibrinolitik, serta terapi cairan. Pemberian obat antibiotik pada pasien diberikan pada pasien berperan baik sebagai profilaksis maupun terapi post kuretase. Hal ini digunakan untuk mencegah infeksi nosokomial dari tindakan. Obat yang diberikan ceftriaxon dengan dosis 2x1 gr dan dosis ini sudah cukup dan sesuai.²⁴ Penggunaan obat antifibrinolitik diberikan untuk mencegah

perdarahan. Obat yang diberikan adalah asam traneksamat dengan dosis 1 gr/hari dengan pemberian 2 kali dalam 1 hari.²⁵ Untuk terapi cairan yang diberikan telah cukup karena perdarahan tidak banyak maka diberikan cairan maintenance dengan jumlah cairan 40–50 ml/kgBB. Dimana kebutuhan pasien antara 1800 cc–2250 cc. Cairan yang tepat pada pasien adalah gtt xxv/menit. Pada kasus ini hanya diberikan xx tetes per menit sehingga kebutuhan cairan masih perlu ditambahkan. Namun, kebutuhan ini sendiri dapat ditambahkan melalui *intake* cairan per oral.

Selain hal tersebut, maka perlu ditentukan kriteria FIGO yang dapat digunakan untuk menentukan prognosis dan malignansi pasien tersebut. Berdasarkan kriteria FIGO pasien dibagi menjadi resiko tinggi dan resiko rendah. Hal ini dapat dilihat dari beberapa hal yaitu usia, kehamilan sebelumnya, jarak kehamilan, β hCG, metastasis, ukuran tumor, dan riwayat kemoterapi. Bila skor FIGO <7 berarti rendah dan ≥7 berarti resiko tinggi. Berdasarkan hal tersebut pada pasien tersebut belum dapat dinilai secara FIGO sehingga masih perlu dilengkapi kembali.²⁶

Sementara itu melihat diagnosa pasien maka angka kemungkinan timbul keganasan pada pasien cukup tinggi namun karena masih bentuk jinak sehingga prognosis pasien secara umum yaitu *dubia ad bonam*.

Simpulan

Pasien ini didiagnosis mola hidatidosa komplik dengan ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda, disertai dengan adanya gelembung seperti mata ikan (+). Pemeriksaan fisik didapatkan adanya pembesaran uterus melebihi usia kehamilan yang seharusnya, serta DJJ (-).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan berupa pemeriksaan USG yang menunjukkan gambaran *snowstorm, vesicular pattern*, dan ditemukan kista lutein. Namun, pemeriksaan ini belum tepat karena masih perlu dilakukan pemeriksaan β hCG untuk diagnosanya. Pemeriksaan fungsi tiroid perlu dilakukan untuk mengetahui kemungkinan komplikasi yang mungkin timbul.

Terapi yang diberikan adalah kuretase dan terapi farmakologis. Tatalaksana pasien sudah cukup baik hanya saja mungkin perlu ditambahkan jumlah cairan untuk kebutuhan maintenancenya.

Daftar Pustaka

1. Wiknjosastro H. Mola Hidatidosa. Dalam: Anwar, Editor. Ilmu kandungan. Edisi ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2006. hlm. 262 – 266.
2. Nguyen NMP, Slim R. Genetics and epigenetics of recurrent hydatidiform moles: Basic science and genetic counselling. *Curr Obstet Gynecol Rep* [Internet]. 2014 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 3:55–64. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4460063/>
3. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher R a., Golfier F, Massuger L, Sessa C. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 2013 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 24(suppl 6):vi39–50. Tersedia dari: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/annonc/mdt345>
4. Berkowitz RS GD. Molar pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 1:360.
5. Pradjatmo H, Dasuki D, Dwianingsih EK, Triningsih E. Malignancy risk scoring of hydatidiform moles. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16:2441–5.
6. 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). *Br J Cancer*. 2010; 102(5):810–4.
7. Goldstein DP, Berkowitz RS, Bernstein MR. Management of molar pregnancy. *J Reprod Med*. 1981; 26(4):208–12.
8. Riadh BT, Abdellatif C, Wissal H, Leila A, Taher M, Abdelhamid K. Clinical analysis and management of gestational trophoblastic diseases : A 90 cases study. 2009; 5(4):321–5.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, et al. *William Obstetrics*. 22nd ed. New York: Mc Graw Hill; 2007.
10. Hanafiah GA. Diagnosis Kehamilan. Dalam: Abdul BS, Editor. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Edisi ke-3. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010. hlm. 213–20.
11. Chingkoe C. First trimester bleeding. *Ultrasound Quarterly*. 2012; 79(11):985–92.
12. Heidar Z, Sarfjoo FS, Zademedares S, Habibollahi M, Kheiri N. Molar ectopic pregnancy after tubectomy. *Acta Med Iran*. 2012; 50(8):565–7.
13. Alan H, De Cherney NL. Gestational trophoblastic disease. Dalam: Alan H, Editor. *Current Obstetric Gynecologic Diagnose and Treatment*. 10th ed. New York: Mc Graw Hill; 2007. hlm. 184–200.
14. Al-Ghamdi A. Recurrent hydatidiform mole: A case report of six consecutive molar pregnancies complicated by choriocarcinoma, and review of the literature. *J Fam Community Med*. 2011; 18(3):159.
15. Lee SW, Kim MY, Chung JH, Yang JH, Lee YH, Chun YK. Clinical findings of multiple pregnancy with a complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *J Ultrasound Med*. 2010; 29(2):271–80.
16. Malek M, Moradi B, Mousavi AS, Ahmadinejad N, Kazemi MA, Gity M. Complementary role of ultrasound in management of gestational trophoblastic disease. *Iran J Radiol* [Internet]. 2014 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 12(2). Tersedia dari: http://www.iranjradiol.com/?page=article&article_id=13955
17. Golfier F, Clerc J, Hajri T, Massardier J, Frappart L, Duvillard P, et al. Contribution of referent pathologists to the quality of trophoblastic diseases diagnosis. *Hum Reprod*. 2011; 26(10):2651–7.
18. Dhanda S, Ramani S, Thakur M. Gestational trophoblastic disease: a multimodality imaging approach with impact on diagnosis and management. *Radiol Res Pract* [Internet]. 2014 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 2014:842751. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122023/>
19. Aminimoghaddam S, Yarandi F, Nejadsalami F. Human chorionic gonadotrophin as an indicator of persistent gestational trophoblastic neoplasia. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28:44.

20. Van Trommel NE, Sweep FCGJ, Schijf CPT, Massuger LF, Thomas CMG. Diagnosis of hydatidiform mole and persistent trophoblastic disease: Diagnosis accuracy of total human chorionic gonadotropin (hCG), free hCG-and-subunits, and their ratios. *Eur J Endocrinol.* 2005; 153(4):565–75.
21. Tasha I, Kroi E, Karameta a, Shahinaj R, Manoku N. Prevalence of gestational trophoblastic disease in ectopic pregnancy. *J Prenat Med [Internet].* 2010 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 4(2):26–9. Tersedia dari: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2439057>
22. Almeida CED De, Curi EF, Almeida CRD De, Vieira DF. Crise Tireot??xica Associada ?? Doen??a Trofobl??stica Gestacional. *Rev Bras Anestesiol [Internet].* 2011 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 61(5):604–9. Tersedia dari: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094\(11\)70071-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094(11)70071-X)
23. Ngu S-F, Chan KKL. Management of chemoresistant and quiescent gestational trophoblastic disease. *Curr Obstet Gynecol Rep [Internet].* 2014 [diakses tanggal 7 Juli 2015]; 3(1):84–90. Tersedia dari: <http://link.springer.com/10.1007/s13669-013-0071-6>
24. Mehrdad A, Ali RM. Letters to the editor prophylactic antibiotic therapy in gynecologic obstetric procedures: Experience from three. *Indian J Med Sci.* 2006; 60(6):71345.
25. Shakur H, Elbourne D, Gülmezoglu M, Alfirevic Z, Ronsmans C, Allen E, et al. The woman trial (world maternal antifibrinolytic trial): tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage: an international randomised, double blind placebo controlled trial. *Trials.* 2010; 11:40.
26. Kohorn E. The new FIGO 2000 staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease Description and critical assessment. *Int J Gynecol Cancer.* 2001; 11:73–7.