

## Hydatidiform Mole Complicated by Gestational Hyperthyroidism in a 9-Week Pregnancy (G6P4A1): A Case Report

Aliyyu Halin<sup>1\*</sup>, Maulina Fita<sup>2</sup>, Syanty Darma<sup>2</sup>, Margaretha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta, Indonesia;

<sup>2</sup>RS dr. Drajat Prawiranegara, Serang Banten, Indonesia;

### Article History

Received : January 26<sup>th</sup>, 2026

Revised : February 14<sup>th</sup>, 2026

Accepted : April 07<sup>th</sup>, 2026

\*Corresponding Author: **Aliyyu**

**Halin**, Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi, Jakarta, Indonesia;

Email:

[halinaliyyu05@gmail.com](mailto:halinaliyyu05@gmail.com)

**Abstract:** Gestational trophoblastic disease is an abnormal form of pregnancy characterized by excessive proliferation of trophoblastic tissue, with hydatidiform mole being the most common presentation. Gestational hyperthyroidism is a rare but clinically significant complication resulting from markedly elevated  $\beta$ -human chorionic gonadotropin ( $\beta$ -hCG) levels that stimulate thyroid hormone production. Objective: To report a case of a complete hydatidiform mole complicated by gestational hyperthyroidism and to highlight the importance of early diagnosis and appropriate management. Methods This study presents a case report of a 40-year-old woman (G6P4A1) at 9 weeks of gestation who presented with vaginal bleeding, hyperemesis, and palpitations. Clinical examination, laboratory investigations, ultrasonography, and histopathological analysis were performed to establish the diagnosis. Ultrasonography demonstrated a characteristic honeycomb appearance consistent with a complete hydatidiform mole. Laboratory findings revealed suppressed thyroid-stimulating hormone (TSH) levels and elevated thyroxine (T4) levels, indicating gestational hyperthyroidism. The diagnosis was confirmed by histopathological examination following uterine evacuation. The patient was managed with antithyroid medications, beta-blockers, preoperative stabilization, and suction curettage, resulting in a favorable clinical outcome. Conclusion: A complete hydatidiform mole may be associated with gestational hyperthyroidism due to excessive  $\beta$ -hCG production. Early recognition and comprehensive management are essential to prevent maternal complications. Recommendation: Routine assessment of thyroid function should be considered in patients with suspected or confirmed hydatidiform mole to optimize maternal outcomes.

**Keywords:**  $\beta$ -hCG, complete hydatidiform mole, curettage, gestational trophoblastic disease, gestational hyperthyroidism.

### Pendahuluan

Penyakit trofoblastik gestasional (PTG) merupakan kelainan kehamilan akibat proliferasi abnormal trofoblas dan degenerasi vili korialis. Mola hidatidosa sebagai salah satu bentuk PTG dibagi menjadi mola komplit dan parsial (Amelia, 2020; Maitsa, 2024; Gustuti & Putra, 2025). Mola komplit ditandai dengan tidak adanya embrio dan perubahan hidropik menyeluruh, sedangkan mola parsial masih menunjukkan keberadaan embrio dengan kariotipe triploid (Papatungan et al., 2016).

Insidensi mola hidatidosa di Indonesia relatif tinggi, dengan angka kejadian sekitar 1:80–85 kehamilan dan risiko keganasan lebih

besar pada mola komplit dibandingkan parsial (Djusad et al., 2024). Faktor risiko meliputi multiparitas, malnutrisi, status sosial ekonomi rendah, dan usia ibu lanjut (Hamidiyanti et al., 2023). Hipertiroidisme gestasional merupakan komplikasi yang jarang namun penting pada mola hidatidosa, terjadi akibat peningkatan  $\beta$ -hCG yang merangsang produksi hormon tiroid (Soraya et al., 2022). Kondisi ini dilaporkan pada sekitar 5–10% kasus mola hidatidosa komplit di Indonesia dan memerlukan perhatian khusus dalam tatalaksana klinis. Kadar hCG yang tinggi memicu kelenjar tiroid, yang menyebabkan peningkatan hormon tiroid dalam serum, sehingga menyebabkan tirotoksikosis (Nusution & Kusumaningsih, 2024).

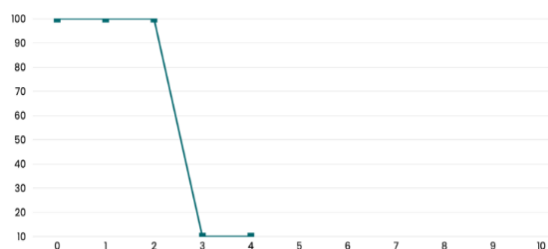
Gejala dapat bervariasi dari tanpa gejala hingga mengalami krisis tiroid. Ciri-ciri klinis mungkin termasuk kelelahan, penurunan berat badan, kelemahan otot, ketidaknyamanan terhadap panas, keringat berlebihan, detak jantung cepat, dan sedikit pembengkakan tiroid (Jameson & Weetman, 2008; Kopp & Jameson, 1998). Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan meliputi kadar hCG, T4 bebas (FT4), dan hormon perangsang tiroid (TSH) untuk menilai hipertiroidisme (Albernande et al., 2024). Pemeriksaan tambahan yang dapat membantu dalam diagnosis meliputi USG, rontgen dada, dan analisis histopatologi untuk mengkonfirmasi kehamilan mola (Friadi, 2019; Gustuti & Afifah, 2025). Identifikasi didasarkan pada riwayat pasien, pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan pemeriksaan tambahan. Pendekatan pengobatan melibatkan penanganan hipertiroidisme dan mola hidatidiform secara bersamaan. Bentuk hipertiroidisme sekunder ini akan membaik dengan cepat setelah pengangkatan jaringan mola.

## Bahan dan Metode

Pasien Ny. I usia 40 tahun datang ke IGD Maternal RSUD dr. Drajat Prawiranegara merasa hamil 9 minggu, saat ini pasien hamil ke-6, anak hidup 4, dan riwayat keguguran 1x (G6P4A1) dengan keluhan perdarahan sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien awalnya mengeluhkan lemas sejak dua minggu sebelum masuk rumah sakit, disertai dengan mual dan muntah terus menerus. Keluhan sering merasa berdebar dirasakan pasien sehingga merasa tidak nyaman sejak awal kehamilan. Pasien mengetahui dirinya hamil hasil saat tanggal 20 Juni 2025, namun tidak ke fasilitas kesehatan. Dari pemeriksaan fisik yang dilakukan di IGD Maternal RSUD dr. Drajat Prawiranegara keadaan tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis, dengan tanda vital yaitu tensi 110/70 mmHg, nadi 109 kali/menit, napas 20 kali/menit, suhu 36 C. Dengan pemeriksaan status gizi tinggi badan 149cm, berat badan 45kg, dengan BMI 20,3, lingkar lengan atas 21 cm.

Status gizi pasien sebelum hamil adalah berat badan 48 kg, tinggi badan 149 cm, dan BMI 21,6. Status generalis mata tampak conjungtiva anemis, sklera ikterik tidak ada, Cor BJ I-II normal, tidak ada murmur dan gallop, Pulmo Vesikuler di kedua lapang paru, rhonki negatif, wheezing negatif, abdomen: supel, bising usus

positif, defans muskular negatif, nyeri tekan negatif, ekstremitas: akral hangat, CRT kurang dari 2 detik. Serta pada status Ginekologi TFU teraba 3 jari diatas symphysis pubis, Inspeksi vulva vagina tidak terlihat perdarahan aktif namun tampak keluar jaringan menyerupai telur ikan, pada pemeriksaan inspekulo porsio licin, OUE terbuka, fluor (-), VT : portio teraba lunak, pembukuan seujung jari , darah positif. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil sebagai berikut:



Tabel X : kadar hormon beta-hCG  
Tabel Y : Waktu pasca evakuasi

Gambar 1. Grafik Kadar b-hCG

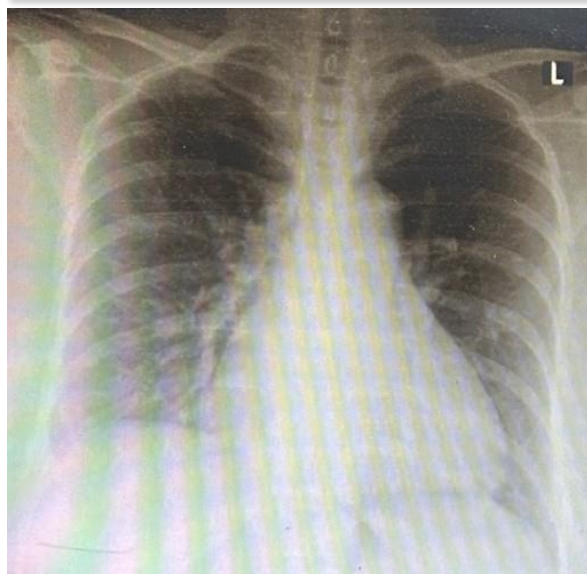
Kemudian dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil uterus antefleksi dan terdapat pembesaran uterus. Miometrium homogen. Kavum uteri terdapat gambaran seperti sarang lebah atau *honey comb appearance*. Endoserviks dan portio normal. Kedua ovarium normal. Tidak tampak massa abnormal di kedua adneksa.

Kesimpulan: Suspek mola hidatidosa kompli.

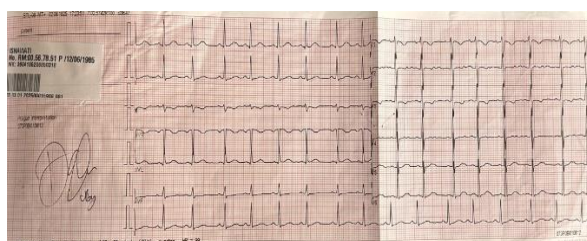


Gambar 2. USG Ny. I

Pasien juga dilakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, kadar b-hCG, TSH, T4, rontgen thoraks, EKG, dan setelah kuretase dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Dengan hasil rontgen thoraks tidak terdapat pembesaran jantung, sinus dan diafragma normal, hillus normal, corakan broncovaskular bertambah, namun tidak terdapat infiltrate



Gambar 3. Rontgen Thoraks Ny. I



Gambar 4. EKG Ny. I

**Jenis pemeriksaan**

Jenis pemeriksaan laboratorium dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Pemeriksaan Laboratorium

HEMATOLOGI 03/08/35			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Hasil jurukan
Hb	11.1	g/dl	11.6-16.1
Ht	32	%	35-47
Leukosit	6.750	6.750	4.4.00-11.300
Trombosit	318.000	318.000	150.000-450.000
HEMATOLOGI 03/08/35			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Hasil jurukan
PT	14.3	Detik	11-18
PT kontrol	14.5	Detik	
INR	1.01		
APTT	25.4	Detik	
APTT Kontrol	31.2		27.0-42.0
HORMON 03/08/35			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Hasil jurukan
TSH	0.05	uIU/mL	0.27-4.20
T4	>23.4	Ug/dL	4-12
Titer HCG	1/100		Negative

HORMON 03/08/35			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Hasil jurukan
TSH	>0.28	uIU/mL	0.27-4.20
T4	12	Ug/dL	4-12
Titer HCG	1/10		Negative
HORMON 03/08/35			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Hasil jurukan
TSH	0.45	uIU/mL	0.27-4.20
T4	>9	Ug/dL	4-12
Titer HCG	Negative0		Negative

**Hasil dan Pembahasan**

**Hasil**

Hasil pemeriksaan patologi anatomi ditemukan hasil mikroskopis sediaan terdiri dari villi chorialis yang seluruhnya mengalami degenerasi hidrofilik avascular dilapisi sel-sel sitotropoblast dan sinsitiotropoblast yang hiperplasti. Inti dalam batas normal, tampak bekuan darah, tidak tampak sel tumor ganas dengan kesimpulan mola hidatidosa komplit. Saat di IGD pasien mendapatkan terapi resusitasi cairan dengan menggunakan RL 500ml 20 tetes permenit, diberikan oksigen 4 lpm, pemasangan cateter urin, dan dipantau untuk tanda vital. Pasien dilaporkan ke dokter obgyn dan direncanakan melakukan kuretase besok hari, serta dilakukan persiapan operasi dan dikonsulkan ke dokter spesialis jantung, dokter spesialis anestesi, dan dokter spesialis penyakit dalam.

Diberikan terapi PTU 3x200mg, propanolol 3x10 mg, persiapan darah PRC 500ml oleh dokter spesialis penyakit dalam dengan pertimbangan gejala klinis pasien serta hasil laboratorium. Pasien direncanakan pemberian misoprostol 400 mcg 3 jam sebelum dilakukan kuretase. Pemberian misoprostol 400 mcg 3 jam dilakukan karena saat datang ke rumah sakit pasien sudah mengalami pembukaan. Pasien dilakukan kuretase dengan pembiusan general, pemberian premedikasi iv ondansetron 8mg, medikasi dengan pemberian asam traneksamat 500mg dan midazolam 2mg. Durante kuretase didapatkan sondase 12cm anteflexi uterus lalu dilakukan kuretase dengan menggunakan sendok kuret nomor 4 sejarah jarum jam sampai bersih kurang lebih 300cc, perdarahan negatif kuret selesai. Hal ini dilakukan karena operator menginginkan hasil kuretase yang maksimal.



**Gambar 6.** Jaringan Mola Hidatidosa

Setelah kuretase pasien diberikan amoksilin 3x500 mg PO, Asam mefenamat 3x500 mg PO, asam traneksamat 3x500 mg po, dan pantau tanda vital. Dipersiapkan juga darah 1 prc. Pasien dibawa ke ruang rawat inap kembali setelah pasien membaik kemudian dilakukan rencana program KB seperti penggunaan KB hormonal baik pil ataupun implan untuk menunda kehamilan sementara, karena pertimbangan penggunaan IUD akan meningkatkan risiko perforasi uterus.

## Pembahasan

Mola hidatidosa atau dikenal juga dengan hamil anggur adalah proliferasi abnormal sel trofoblas, yaitu jaringan pembentuk plasenta, pada tahap awal kehamilan yang menimbulkan massa berbentuk kistik menyerupai gerombolan anggur di dalam kavum uteri, umumnya tanpa disertai janin atau dengan janin yang mengalami kelainan berat, hingga janin dalam uterus tidak berkembang, hal ini ditandai dengan terdapatnya degenerasi hidropik dari vili korialis. Biasanya mola hidatidosa dapat terjadi karena terdapat kromosom yang tidak normal, kromosom 46 XX atau diploid ditemukan pada mola hidatidosa komplit (Ananda et al., 2024). Terbentuk suatu gelembung yang berisi air yang berbentuk bulat sehingga mola hidatidosa disebut juga hamil anggur. Faktor yang dapat menyebabkan mola hidatidosa adalah terlambatnya ovum keluar, faktor ekonomi dan sosial turut menjadi faktor risiko, malnutrisi, riwayat abortus sebelumnya, dan usia pada saat kehamilan (Nasution et al., 2024).

Mola hidatidosa di klasifikasikan menjadi 2 yaitu mola hidatidosa parsial dan komplit menurut *Federation International of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Pada mola hidatidosa komplit terlihat seperti anggur disebabkan oleh vili korialis yang membengkak secara menyeluruh, serta tidak terdapat adanya embrio

atau janin. Namun, pada mola hidatidosa partial terdapat adanya embrio atau janin disertai adanya degenerasi hidropik, edema vili, dan proliferasi sel trofoblast (Maita, 2024).

Wanita disertai amenore, perdarahan pervaginam, uterus yang terlihat lebih besar dari usia kehamilannya, serta terdapat adanya detak jantung dan tanda pasti kehamilan tidak ditemukan. Untuk memperkuat diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan USG, namun dapat terlihat spesifik pada trimester ke-2 dengan gambaran badai salju atau gambaran sarang lebah. Pemeriksaan kadar hCG dapat dilakukan dengan sampel darah atau urin, dilakukan dengan radioimmunoasay, immunoasay, atau bioasay, pada pemeriksaan hCG akan terlihat peningkatan yang signifikan (Ananda et al., 2024).

hCG dihasilkan oleh plasenta yang dapat dikeluarkan melalui urin, hCG dapat diperiksa dengan 2 metode yaitu dengan metode latex dan metode strip test. hCG disekresikan oleh tubuh 7 hari setelah terjadinya ovulasi dan akan meningkat pada trimester pertama (Maita, 2024). Sekresi hormon hCG akan mempengaruhi hormon tiroid selama trimester 1 dalam kehamilan, sehingga jika sekresi hCG berlebihan akan menyebabkan terjadi peningkatan hormon tiroid. Hal ini ditandai dengan peningkatan T4 atau T4 bebas, serta dapat menyebabkan penurunan kadar TSH. Masa kehamilan pula kelenjar tiroid dapat mengalami pembesaran bentuk 10-40% (Suparman, 2021). Hal ini dapat ditinjau dari kriteria mola hidatidosa dan hipertiroidisme gestasional, yaitu :

### Anamnesis

- a. Amenore disertai perdarahan pervaginam (spotting hingga perdarahan banyak).
  - b. Uterus membesar lebih cepat dan lebih besar dari usia kehamilan normal.
  - c. Hiperemesis gravidarum akibat kadar  $\beta$ -hCG yang sangat tinggi.
  - d. Tidak ada gerakan janin, disertai kemungkinan hipertensi atau preeklampsia sebelum 24 minggu.
  - e. Gejala tirotoksikosis ( $\pm 7\%$  kasus): hipertensi, takikardia, gelisah, labil emosional, rasa panas pada kulit.
  - f. Jarang: keluarnya jaringan vesikular menyerupai buah anggur/mata ikan.
2. Pemeriksaan Fisik
    - a. Wajah pucat kekuningan (mola face) atau tampak gelembung mola keluar pervaginam.
    - b. Uterus membesar tidak sesuai usia kehamilan, disertai perdarahan trimester

- pertama.
- c. Fenomena “tegangan harmonika” saat darah dan vesikel mola keluar; TFU menurun lalu meningkat kembali akibat akumulasi darah.
  - d. Bagian janin tidak teraba, balotemen janin tidak ada.
  - e. Denyut jantung janin (DJJ) tidak terdengar, kecuali pada mola parsial; kadang terdengar bising khas dari uterus (Labi and Novida, 2023).

Pasien ini tegak diagnosis yaitu G6P4A1 hamil 9 minggu dengan molahidatidosa dan hipertiroidisme gestasional. Diagnosis tersebut dapat tegak karena dilakukannya anamnesis serta pemeriksaan fisik. Pada anamnesis didapatkan terdapat perdarahan, mual muntah yang berlebihan sejak awal kehamilan, serta hasil testpack positif, dan pada pemeriksaan fisik ditemukan terdapat adanya TFU teraba 3 jari diatas simpisis pubis, Inspeksi vulva vagina tidak terlihat perdarahan aktif namun tampak keluar jaringan menyerupai telur ikan, pada pemeriksaan inspekulo porsio licin, OUE terbuka, fluor ( ), VT : teraba lunak, pembukaan seujung jari, darah positif. Yang mana dari kasus ini sesuai dengan kriteria diagnosis mola hidatidosa.

Tanda-tanda klinis yang dapat mengindikasikan hipertiroid pada kehamilan meliputi adanya pembesaran tiroid (goiter), orbitopati Graves, takikardia, gejala yang menyerupai gagal jantung, penurunan berat badan, intoleransi panas, maupun ansietas berlebihan. Apabila gejala tersebut dijumpai, perlu dilakukan pemeriksaan fungsi tiroid lanjutan (Anggraeni and Aryasa Em, 2022).

Penilaian klinis juga dapat dibantu dengan Wayne score, yaitu sistem skoring yang digunakan untuk menegakkan diagnosis hipertiroid. Skor >19 menunjukkan hipertiroid, skor <11 mengarah pada euthyroid, sedangkan nilai 11–19 bersifat meragukan (equivocal) (Anggraeni and Aryasa Em, 2022).

Selain pemeriksaan klinis, diagnosis hipertiroid pada kehamilan ditegakkan berdasarkan evaluasi kadar serum TSH, T4, dan T3, serupa dengan penatalaksanaan pada wanita tidak hamil, dengan penyesuaian terhadap nilai rujukan tiap trimester. Pada trimester pertama, TSH cenderung menurun akibat peningkatan hCG, sehingga kadar TSH normal yang direkomendasikan adalah 0,1–2,5 mIU/L,

sedangkan pada trimester kedua dan ketiga berkisar antara 0,3–3,0 mIU/L. Peningkatan free T4 merupakan penanda utama hipertiroid pada kehamilan, mengingat pada kondisi tirotoksikosis transien jarang terjadi peningkatan bersamaan T4 dan T3 (Anggraeni and Aryasa Em, 2022).

Apabila diagnosis penyakit hipertiroid belum jelas, pemeriksaan antibodi reseptor TSH (TRAb) dapat dilakukan, sekaligus untuk menilai risiko hipertiroid janin. Skrining TRAb dianjurkan pada wanita dengan riwayat terapi ablasi untuk Graves atau pasien yang saat ini eutiroid, baik dengan maupun tanpa terapi levotiroksin. TRAb positif menunjukkan kemungkinan hipertiroid janin sehingga memerlukan pemantauan ketat, termasuk pemeriksaan serial hingga setiap dua bulan selama kehamilan. *Endocrine Society* juga merekomendasikan evaluasi fungsi tiroid janin dengan USG (usia kehamilan 18–22 minggu) pada wanita dengan kadar TRAb meningkat  $\geq 2$ –3 kali lipat nilai normal atau yang sedang menggunakan obat antitiroid (Ananda *et al.*, 2024).

Kasus ini dilakukan pemeriksaan penunjang dengan menggunakan USG, pada gambaran USG terlihat gambaran vesikuler pada cavum uteri atau ditemukan ‘badai salju’ atau disebut juga dengan honeycomb appearance. Saat pasien dilakukan pemeriksaan USG didapatkan hasil uterus antefleksi dan ukuran membesar. Miometrium homogen. Kavum uteri terdapat gambaran seperti sarang lebah atau *honey comb appearance*. Endoserviks dan portio normal. Kedua ovarium normal. Tidak tampak massa abnormal di kedua adneksa. Kesimpulan: Suspek mola hidatidosa.

Kemudian dilakukan juga pemeriksaan rontgen thoraks, EKG, dan setelah kuretase dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Dengan hasil rontgen toraks tidak terdapat pembesaran jantung, sinus dan diafragma normal, hillus norma, corakan broncovaskular bertambah, namun tidak terdapat infiltrat. Pada hasil pemeriksaan patologi anatomi ditemukan hasil mikroskopis sediaan terdiri dari villi choralis yang seluruhnya mengalami degenerasi hidrofilik avascular dilapisi sel-sel sitotropoblast dan sinsitiotropiblast yang hiperplastik. Inti dalam batas normal, tampak bekuan darah, tidak tampak sel tumor ganas dengan kesimpulan mola hidatidosa komplik.

Dalam melakukan terapi pada pasien

dengan mola hidatidosa harus memperhatikan status keadaan umumnya, jika keadaan umum pasien belum baik harus dilakukan perbaikan terlebih dahulu sebelum mengeluarkan jaringan mola hidatidosa. Jika keadaan umum pasien sudah baik jaringan harus segera dievakuasi karena dapat berdampak buruk pada ibu.

Terdapat 2 metode evakuasi yang biasa dilakukan yaitu kuretase dan histerektomi. Metode kuretase biasanya cenderung lebih aman dan efektif untuk evakuasi jaringan mola, namun jika terdapat kecurigaan jaringan sisa kuretase dapat dilakukan ulang, berbeda dengan metode histerektomi yang lebih invasive, metode ini mengangkat rahim baik sebagian maupun seluruhnya, metode ini biasanya dilakukan pada pasien dengan usia lanjut. Selain itu, metode histerektomi ini dapat menjadi profilaksis gestasional trophoblastic neoplasia (Ananda *et al.*, 2024).

Selain tatalaksana untuk mengeluarkan jaringan mola hidatidosa, terdapat tatalaksana untuk menangani komplikasi yang timbul seperti perforasi usus dan ruptur kista teka lutein, terapi yang dapat diberikan yaitu dengan melakukan observasi, laparoskopi, laparotomi, hingga dilakukan histerektomi (Braga *et al.*, 2025). Kasus ini pasien mendapatkan terapi pertama saat di IGD loading RL500ml, dengan preinstrumentasi misoprostol 400 mcg 3 jam sebelum dilakuka kuretase, PTU 3x200mg, propranolol 3x10 mg, persiapan darah PRC 500ml, Amoxiciline 3x500 mg PO, Asam mefenamat 3x500 mg PO, asam traneksamat 3x500 mg po. Pasien disiapkan untuk melakukan kuretase.

Penatalaksanaan tindakan pada kasus ini adalah tindakan kuretase. Tindakan ini dilakukan dengan persiapan servikal sebelumnya, obat misoprostol, kuretase serta obat – obatan lainnya. Selanjutnya, pasien dilakukan tranfusi darah berupa PRC untuk menaikkan HB awal pasien. Setelah pasien membaik kemudian dilakukan rencana program KB untuk menunda kehamilan sementara, yaitu pasien menggunakan pil KB atau dengan pemasangan IUD. Lalu pasien juga sudah tidak ada keluhan flek memanjang dan siklus mens yang teratur pasca dilakukannya tindakan kuretase.

## Kesimpulan

Laporan kasus yang disusun ini membahas mengenai pasien dengan molahidatidosa disertai

dengan hipertiroid gravidarum pada usia 40 tahun dengan usia kehamilan 9 minggu. Anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang dapat menegakan diagnosis mola hidatidosa. Pasien ditegakkan diagnosis mola hidatidosa yang disertai dengan hipertiroidisme klinis akibat peningkatan kadar hCG yang diproduksi oleh jaringan mola. Pemilihan terapi bergantung pada ketersediaan waktu untuk persiapan praoperasi, tingkat keparahan tirotoksikosis, serta pengaruh terapi yang sedang atau pernah diberikan.

## Ucapan Terima Kasih

Kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan ungkapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Fakultas Kedokteran Universitas YARSI yang telah memberikan fasilitas selama pembuatan tugas akhir.

## Referensi

- Albermande, A., Sutrisno, M. A. F., Lestari, P. M., Mafiana, R., Kusnadi, Y., Indrayadi, I., & Aditiawati, A. (2024). Penanganan Kasus Kehamilan 32 Minggu dengan Hipertiroid Janin-Fetal Goiter. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 7(1), 8-18.  
<http://dx.doi.org/10.24198/obgynia.v7i1.609>
- Amelia, V., & PS, R. D. (2020). Penyakit Trofoblastik Gestasional: Varian Histopatologi Mola Hidatidosa. *Medical Profession Journal of Lampung*, 10(3), 514-519.
- Ananda, T., Nandini, S., Nabila, T., Utari, A., 2024. Tinjauan Pada Mola Hidatidosa. *Stetoskop J. Health Sci.* 1, 1–5.  
<https://doi.org/10.70656/stjhs.v1i2.235>
- Anggraeni, R., & EM, T. A. (2022). Manajemen hipertiroid pada kehamilan. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*, 5(2), 127-34.  
<https://doi.org/10.47507/obstetri.v5i2.102>
- Braga, A., Chagas, M., Asrani, M., Soares, J. P., Sun, S. Y., Araujo Júnior, E., ... & Berkowitz, R. S. (2025). Diagnosis and surgical treatment of hydatidiform mole. *Diagnostics*, 15(16), 2068.  
<https://doi.org/10.3390/diagnostics15162068>
- Djusad, S., Shahnaz, P., Hadiwinata, D., Herianti, H.F. (2024). The characteristics of

- hydatidiform mole pregnant patients at Cipto Mangunkusumo National General Hospital 2020 – 2023. *Bali Med. J.* 14, 153–156.  
<https://doi.org/10.15562/bmj.v14i1.5405>
- Friadi, A. (2019). Update on the diagnosis of gestational trophoblastic disease. *UMI Medical Journal*, 4(2), 20-30. <https://doi.org/10.33096/umj.v4i2.68>
- Gustuti, R., & Putra, M. B. (2025). Laporan Kasus: Diagnosis Dan Penatalaksanaan Mola Hidatidosa Komplet Dengan Manifestasi Badai Tiroid. *JUBIDA-Jurnal Kebidanan*, 4(1), 146-154. <https://rumahjurnal.or.id/index.php/jubida/article/view/1539/816>
- Hamidiyanti, B.Y.F., Cory'ah, F.A.N., Gumilang Pratiwi, I., Lm, S.N.K., (2023). Studi Kasus: Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.A Dengan Mola Hidatidosa. *Indones. Health Issue* 2, 38–47. <https://doi.org/10.47134/inhis.v2i1.34>
- Labi, M., & Novida, H. (2023). Transient hyperthyroidism in a woman with hydatidiform mole: a case report on unusual clinical presentation and management. *Bali Medical Journal*, 12(3), 3045-3050.  
<https://doi.org/10.15562/bmj.v12i3.4762>
- Maitsa, N. A. (2024). Mola Hidatidosa Komplit dan Hipertiroid pada Multigravida: Laporan Kasus. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(8), 1645-1651.
- Nasution, M. P., & Kusumaningsih, P. (2024). Anestesi spinal pada pasien hipertiroid berat akibat kehamilan mola hidatidosa: Laporan kasus. *Indonesian Red Crescent Humanitarian Journal*, 3(2), 127-133. <https://doi.org/10.56744/irchum.v3i2.66>
- Nasution, R. A., Algifari, M. Z., & Zulfadli, Z. (2024). Laporan Kasus: Usia Lebih dari 40 Tahun sebagai Faktor Risiko Mola Hidatidosa. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(6), 1185-1189.
- Paputungan, T. V., Wagey, F. W., & Lengkong, R. A. (2016). Profil penderita mola hidatidosa di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCI)*, 1, 215-222. <https://doi.org/10.35790/ecl.v4i1.10958>
- Soraya, R. P., Liazmi, M. C., & Islamy, N. (2022). G3P2A0 Hamil 26 Minggu Inpartu dengan Perdarahan Trimester II ec Mola Hidatidosa Parsial Janin Tunggal Hidup Intrauterin. *Medical Profession Journal of Lampung*, 12(4), 667-673. <https://doi.org/10.53089/medula.v12i4.524>
- Suparman, E. (2021). Hipertiroid dalam Kehamilan. *e. CliniC*, 9(2), 479. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i2.34907>