

SKRIPSI

DESEMBER 2018

**KARAKTERISTIK PENDERITA TUMOR
PAYUDARA DI RSUP WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR
TAHUN 2015-2017**



OLEH:

YUSTIN MARINTA

C11115081

Pembimbing :

Dr. dr. William Hamdani, Sp. B(K)Onk

dr. Nilam Smaradhania, Sp. B(K)Onk

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2018

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

KARAKTERISITIK PASIEN TUMOR PAYUDARA DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR TAHUN 2015-2017

Hari, Tanggal : Rabu, 7 November 2018

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Departemen Bedah FK Unhas

Makassar, 7 November 2018

Pembimbing



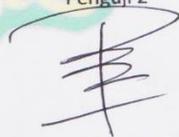
dr. Nilam Smaradhania Thaufix, Sp. B(K)Onk

Penguji 1



dr. Salman Ardy Syamsu, Sp.B(K)Onk

Penguji 2



Dr.dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk

PANITIA SIDANG UJIAN

FAKULTAS KEDOKTERAN UIVERSITAS HASSANUDDIN

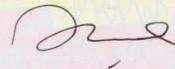
Skripsi dengan judul "Karakteristik Pasien Tumor Payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015-2017" telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada :

Hari, Tanggal : Rabu, 7 November 2018

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Departemen Bedah FK Unhas

Pembimbing



dr. Nilam Smaradhania Thaufix, Sp. B(K)Onk

Penguji 1



dr. Salman Ardy Syamsu, Sp.B(K)Onk

Penguji 2



Dr.dr. Prihantono, Sp.B(K)Onk

BAGIAN BEDAH FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASSANUDDIN

2018

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi

**KARAKTERISTIK PASIEN TUMOR PAYUDARA DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
TAHUN 2015-2017**

Makassar, 7 November 2018

Pembimbing



dr. Nilam Smaradhania Thaufix, Sp. B(K)Onk

Yustin Marinta, C11115081

**Dr. dr. William Hamdani, Sp.B (K)Onk , dr. Nilam Smaradhania, Sp. B(K)Onk
Karakteristik Penderita Tumor Payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo
Makassar tahun 2015-2017**

ABSTRAK

Latar Belakang : Kanker payudara adalah masalah kesehatan masyarakat yang utama bagi wanita di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, kanker payudara tetap menjadi kanker paling sering pada wanita dan penyebab kematian kanker paling sering kedua. Penderita tumor payudara jinak di Indonesia sangat tinggi, hal ini terlihat dari data Jakarta Breast Center, klinik di Jakarta yang mengkhususkan penanganan keluhan pada payudara, menunjukkan bahwa dari 2.495 pasien yang datang pada tahun 2001 sampai 2002, ternyata 79% menderita tumor payudara jinak dan hanya 14% yang menderita kanker **Tujuan** : Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita tumor payudara di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2015-2017. **Metode** : Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional dengan metode penelitian deskriptif. Sampel diambil sesuai dengan jumlah populasi dari data rekam medis pasien tumor payudara di bagian bedah onkologi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dengan teknik *total sampling*. Data dicatat dan diolah dengan *Microsoft Word* dan *Microsoft Excel*. **Hasil**: Jumlah penderita kanker payudara yang sesuai dengan kriteria inklusi adalah sebanyak 234 orang. Dari Penelitian diketahui bahwa distribusi penderita tumor ganas yakni 89.27% dan tumor jinak sebanyak 11.16%. Gambaran kejadian tumor jinak payudara adalah sebagai berikut 96.15% perempuan, 34.62% pada kelompok umur 20-29 tahun, fibroadenoma dan fibrocystic change masing-masing 42.31% pada jenis histopatologi. Gambaran kejadian tumor ganas payudara 97.60% perempuan, 34.62% pada kelompok umur 40-49 tahun, 62.02% merupakan IDC pada jenis histopatologi, dan 55.77% pada kelompok penanganan kemoterapi. **Simpulan** : Prevalensi tumor ganas lebih besar daripada tumor jinak di RSUP Wahidin Sudirohusodo tahun 2015-2017.

Kata kunci : tumor payudara, jenis histopatologi, umur, penanganan, jenis kelamin

Yustin Marinta, C11115081

*Dr. dr. William Hamdani, Sp.B (K)Onk , dr. Nilam Smaradhania, Sp. B(K)Onk
Characteristic of Breast Tumor Patients in RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Makassar 2015-2017*

ABSTRACT

Background : Breast cancer is a major public health problem for women around the world. In the United States, breast cancer remains the most common cancer in women and the second most common cause of cancer's death. Patients with benign breast tumors in Indonesia are very high, in the Jakarta Breast Center Jakarta that specialize in handling complaints in the breast, showing that of 2,495 patients who came from 2001 to 2002, 79% had benign breast tumors and only 14% suffer from cancer. **Method:** This study is a descriptive observational study. Samples were obtained based on the population from the medical record of breast tumor patients in Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital using total sampling technique. Data were recorded and analyzed using Microsoft Word and Microsoft Excel. **Result :** The number of breast cancer sufferers who fit the inclusion criteria were 234 people. The prevalence of breast tumor was 89.27% are malignant tumors and 11.16% are benign tumors. Depiction of benign breast tumor incidents as follows 96.15% woman, 34.62% in the age group 20-29 years old, 42.31% of the histopathology type is fibroadenoma and fibrocystic change. Depiction of malignant breast tumor incidents as follows 97.60% woman, 34.62% in the age group 40-49 years old, 62.02% of the histopathology type is IDC, and 55.77% is chemotherapy. **Conclusion :** The prevalence of malignant tumor are larger than benign tumors.

Keywords : breast tumor, histopathology, age , therapy, gender

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan anugerah-Nya kepada kita semua dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Karakteristik Penderita Tumor Payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo Tahun 2015-2017”** sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada program studi pendidikan dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudddin.

Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan anugerahNya Penulis dapat menyelesaikan skripsi ini
2. Kedua orang tua penulis dan keluarga yang senantiasa membantu dalam memotivasi, mendorong dan mendukung penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Dr. dr. William Hamdani, Sp.B(K)Onk dan dr. Nilam Smaradhania Thaufix, Sp.B(K)Onk selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam pembuatan skripsi ini dan membantu penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.

4. Teman-teman Brainstem (Angkatan 2015 FK Unhas) dan kakak-kakak yang sudah membantu melalui sumbangsih pikiran maupun bantuan fisik dan moril secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan secara satu per satu yang terlibat dalam memberi dukungan dan doanya kepada penulis

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga dengan rasa tulus penulis akan menerima kritik dan saran serta koreksi membangun dari semua pihak.

Makassar, 6 November 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN CETAK	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
 BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
 BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Tumor Payudara	5
2.1.1 Anatomi Payudara	5
2.1.2 Definisi Tumor Payudara	7
2.1.3 Epidemiologi Tumor Payudara	8

2.1.4 Klasifikasi Tumor Payudara	9
2.1.5 Stadium	25
2.1.6 Diagnosis	32
2.1.7 Tatalaksana	34
2.2 Faktor Resiko	37
2.3 Definisi Operasional	40

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Alur Penelitian	43
3.2 Desain Penelitian.....	44
3.3 Populasi dan sampel.....	44
3.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	45
3.5 Pengumpulan data	45
3.6 Manajemen data	45

BAB 4. ANGGARAN PENELITIAN

4.1 Anggaran Penelitian.....	27
------------------------------	----

BAB 5. HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian.....	49
---------------------------	----

BAB 6. PEMBAHASAN

6.1 Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara berdasarkan Jenis Kelamin	55
---	----

6.2	Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara berdasarkan usia . .	35
6.3	Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara berdasarkan jenis Histopatologi	56
6.4	Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara berdasarkan Jenis Kelamin	57
6.5	Distribusi Pasien Tumor Gaanas Payudara berdasarkan usia	58
6.6	Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara berdasarkan jenis Histopatologi.....	59
6.7	Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara berdasarkan Penanganan.....	61

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan.....	62
7.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
LAMPIRAN.....	70

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Breast carcinoma TNM anatomic stage group AJCC UICC 2017	31
Tabel 4.1 Anggaran Penelitian	48
Tabel 5.1 Distribusi pasien tumor payudara berdasarkan tumor jinak dan tumor ganas payudara	50
Tabel 5.2 Gambaran Tumor Jinak Payudara	51
Tabel 5.3 Gambaran Kejadian Tumor Ganas Payudara	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Penelitian	70
Lampiran 2 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik.....	71
Lampiran 3 Surat Penugasan Ujian Akhir.....	72
Lampiran 4 Data Diri Penulis	74

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor terbagi menjadi dua, yaitu tumor jinak dan tumor ganas. Tumor jinak memiliki ciri-ciri, yaitu tumbuh secara terbatas, memiliki selubung, tidak menyebar dan bila dioperasi, dapat dikeluarkan secara utuh sehingga dapat sembuh sempurna, sedangkan tumor ganas memiliki ciri-ciri, yaitu dapat menyusup ke jaringan sekitarnya, dan sel kanker dapat ditemukan pada pertumbuhan tumor tersebut (depkes,2013). Tumor payudara merupakan benjolan di payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. (Sihombing,2014) Sejumlah 25% dari wanita yang memeriksakan diri ke dokter atau rumah sakit disebabkan karena mereka khawatir dengan adanya benjolan atau kelainan yang terdapat pada payudaranya. Secara patologi tumor dibagi menjadi tumor jinak dan tumor ganas, hal ini didasarkan pada potensi perilaku klinik neoplasma. (Baswedan,2014)

Kanker payudara adalah masalah kesehatan masyarakat yang utama bagi wanita di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, kanker payudara tetap menjadi kanker paling sering pada wanita dan penyebab kematian kanker paling sering kedua. Pada tahun 2012, diperkirakan ada 226.870 kasus baru kanker payudara, dengan 39.510 kematian. Di seluruh dunia, kanker payudara adalah kanker yang paling sering didiagnosis dan penyebab utama kematian kanker di antara perempuan, terhitung

23% dari total kasus kanker dan 14% dari kematian akibat kanker, meskipun ada variasi lima kali lipat dalam insiden antara daerah dengan insiden tinggi seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat, dan area insiden rendah seperti Afrika dan Asia. Sejak tahun 1990, tingkat kematian akibat kanker payudara memiliki menurun di Amerika Serikat sebesar 24%, dan pengurangan serupa telah diamati di negara lain. (Devita, 2015)

Penderita tumor payudara jinak di Indonesia sangat tinggi, hal ini terlihat dari data Jakarta Breast Center, klinik di Jakarta yang mengkhususkan penanganan keluhan pada payudara, menunjukkan bahwa dari 2.495 pasien yang datang pada tahun 2001 sampai 2002, ternyata 79% menderita tumor payudara jinak dan hanya 14% yang menderita kanker (Sidauruk dkk, 2011). Penyakit kanker serviks dan payudara merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi di Indonesia pada tahun 2013, yaitu kanker serviks yakni sebesar 0,8‰ dan kanker payudara sebesar 0,5‰. Provinsi Kepulauan Riau, Provinsi Maluku Utara, dan Provinsi D.I. Yogyakarta memiliki prevalensi kanker serviks tertinggi yaitu sebesar 1,5‰, sedangkan prevalensi kanker payudara tertinggi terdapat pada Provinsi D.I. Yogyakarta, yaitu sebesar 2,4‰

Dalam kurun waktu 10 tahun sedikitnya 16% wanita datang dengan keluhan benjolan di payudara dan 8% dari jumlah tersebut adalah tumor ganas, terutama pada usia di atas 40 tahun. Pada usia muda, sebagian besar (80-90%) benjolan di payudara adalah jinak dan biasanya disertai keluhan. Menurut World Health Organization (WHO) tumor ganas atau kanker payudara merupakan jenis kanker yang sering

ditemui dikalangan wanita sedunia, meliputi 16% daripada semua jenis kanker yang diderita oleh kaum wanita dan sebanyak 508.000 wanita dilaporkan mengalami kematian akibatnya pada tahun 2013. Kanker payudara merupakan kanker tertinggi yang diderita oleh wanita Indonesia dengan angka kejadian 26 per 100.000 perempuan.

Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2007, kanker payudara menempati urutan pertama pada pasien rawat inap di seluruh RS di Indonesia (16,85%)(Paramita,2015). Berdasarkan laporan Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2011, di kota Makassar kasus penyakit kanker yang ditemukan sebanyak 464, terdiri dari kanker payudara 152 kasus, kanker serviks 137 kasus, limfoma non hodgkin 90 kasus, kanker prostat sebanyak 44 kasus, kanker kepala dan leher 30 kasus, kanker kolorektal 5 kasus, kanker cerebrum / sistem saraf pusat dan kanker kulit sebanyak 3 kasus. (Ardawati, 2014)

Banyak faktor yang berhubungan dengan terjadinya tumor payudara. Diantaranya adalah usia, mensturasi di usia <12 tahun, menopause yang terlambat pada usia > 55 tahun, hamil anak pertama pada usia > 35 tahun, tidak pernah melahirkan, tidak menyusui, riwayat penggunaan kontrasepsi oral, riwayat keluarga yang mengalami kanker payudara, konsumsi minuman alcohol dan seringnya terkena radiasi sinar-X pada bagian dada, serta adanya perubahan gen yang berhubungan dengan kanker payudara gen BRCA-1 atau gen BRCA-2 (American Cancer Society, 2013). Berdasarkan latar belakang di atas, penelitian dilakukan

terhadap karakteristik tumor payudara yang terdapat di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo periode 2015-2017.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah di atas, maka penulis berniat mengangkat rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana karakteristik pasien tumor payudara di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2015-2017”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui karakteristik pasien tumor payudara di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2015-2017

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui karakteristik penderita tumor payudara berdasarkan umur pasien.
2. Untuk mengetahui karakteristik penderita tumor payudara berdasarkan jenis kelamin pasien.
3. Untuk mengetahui karakteristik penderita tumor payudara berdasarkan jenis histopatologi tumor payudara.
4. Untuk mengetahui karakteristik penderita tumor payudara berdasarkan penanganan yang diberikan

1.4 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam melakukan penelitian kesehatan dan tambahan ilmu mengenai topik yang dibahas yaitu karakteristik tumor payudara.
2. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi bagi tenaga kesehatan dan mahasiswa mengenai karakteristik tumor payudara
3. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi peneliti-peneliti lain yang tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai karakteristik tumor payudara

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tumor Payudara

2.1.1 Anatomi Payudara

Payudara dewasa terletak di antara rusuk kedua dan keenam di bidang vertikal dan di antara tepi sternum (medial) dan garis midaksilaris (lateral). Payudara terdiri dari tiga struktur utama: kulit, jaringan lemak subkutan, dan jaringan payudara (parenkim dan stroma). Kulit mengandung folikel rambut, kelenjar sebaceous, dan kelenjar keringat ektrin. Payudara kelenjar dibagi 15 hingga 20 segmen (lobus) yang dipisahkan oleh jaringan ikat dan berkumpul di puting dalam pengaturan radial. Lobus ini terdiri dari 20 hingga 40 lobulus, yang pada gilirannya terdiri dari 10 hingga 100 alveoli (unit sekretor tubulosaccular). Lima hingga sepuluh saluran pengumpul susu utama mengeringkan setiap segmen dan membuka pada puting menjadi sinus subaru lactiferous.

Fasia pektoralis superfisial menyelimuti payudara; permukaan bawah payudara terletak di fascia pektoral yang dalam. Antara dua lapisan fascia ini adalah pita fibrosa yang dikenal sebagai ligamen suspensori Cooper, yang memberikan dukungan untuk payudara. Ruang antara lapisan dalam fascia superfisial payudara dan fascia investasi yang dalam dari pektoralis adalah bursa retromammary. Epidermis puting susu (papilla vagina) dan areola berpigmen dan berkerut dan terdiri dari epitel skuamosa berlapis keratin, bertingkat yang mengandung serat otot polos pada

jaringan ikat padat. Serat-serat ini bertanggung jawab untuk pemasangan puting. Dua ujung saraf tipe reseptor (tubuh mirip Ruffini dan ujung umbi Krause) terdapat pada puting dan berhubungan dengan penerimaan peregangan dan tekanan taktil.

Areola tidak memiliki folikel rambut; ia memiliki kelenjar sebaceous (di bagian tepi), kelenjar keringat apokrin, dan kelenjar aksesori areolar (kelenjar Montgomery) yang terbuka di permukaan areola sebagai elevasi kecil yang disebut tuberkulum Morgagni. Suplai darah pada payudara sebagian besar berasal dari pembuluh superfisial. Suplai darah utama berasal dari arteri torakalis interna (mamaria) dan lateral torakalis dan anak-anak sungainya. Arteri interkostalis posterior dari ruang interkostal kedua hingga keempat juga mengeluarkan anak-anak sungai yang dikenal sebagai cabang mamaria.

Vena superfisial mengikuti arteri dan mengalir melalui cabang perforata vena torakalis interna, anak-anak sungai dari vena aksila, dan cabang perforating vena interkostal posterior. Pembuluh darah beranastomosis melingkar di sekitar puting, yang diberi nama *circulus venosus*. (Devita, 2015)

2.1.2 Definisi Tumor Payudara

Tumor payudara merupakan benjolan di payudara. Timbulnya benjolan pada payudara dapat merupakan indikasi adanya jenis tumor/kanker payudara. Namun, untuk memastikannya perlu dilakukan pemeriksaan patologis. Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar, saluran kelenjar dan jaringan penunjang payudara yang ditandai dengan adanya benjolan di payudara, dan pada stadium lanjut terasa sakit. Meskipun ilmu pengetahuan semakin canggih akan tetapi

hingga saat ini belum diketahui secara pasti faktor penyebab utama penyakit tumor/kanker payudara, diperkirakan multifactorial. (Sihombing,2014)

Meskipun epitel mammae normal hanya terdiri dari sebagian kecil dari total massa jaringan payudara, sebagian besar penyakit yang menyerang payudara timbul dari epitel. Epitel disusun dalam bentuk 10 hingga 15 segmen, masing-masing terdiri dari struktur percabangan yakni duktus yang bermuara ke saluran pengumpul yaitu sinus laktiferus. Epitelium pada saluran terdiri dari lapisan epitel dalam dan lapisan myoepithelial luar. Evaluasi lapisan sel ganda ini adalah salah satu panduan utama untuk membedakan antara lesi jinak dan ganas.(Mills,2014)

2.1.3 Epidemiologi Tumor Payudara

Dalam kurun waktu 10 tahun sedikitnya 16% wanita datang dengan keluhan benjolan di payudara dan 8% dari jumlah tersebut adalah tumor ganas, terutama pada usia di atas 40 tahun. Pada usia muda, sebagian besar (80-90%) benjolan di payudara adalah jinak dan biasanya disertai keluhan. Menurut World Health Organization (WHO) tumor ganas atau kanker payudara merupakan jenis kanker yang sering ditemui dikalangan wanita sedunia, meliputi 16% daripada semua jenis kanker yang diderita oleh kaum wanita dan sebanyak 508.000 wanita dilaporkan mengalami kematian akibatnya pada tahun 2013.Kanker payudara merupakan kanker tertinggi yang diderita oleh wanita Indonesia dengan angka kejadian 26 per 100.000 perempuan. Berdasarkan data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) tahun 2007,

kanker payudara menempati urutan pertama pada pasien rawat inap di seluruh RS di Indonesia (16,85%)(Paramita,2015).

2.1.4 Klasifikasi Tumor Payudara

WHO mengklasifikasikan Tumor Payudara pada tahun 2012 sebagai berikut :

- **Epithelial tumors**
 - Microinvasive carcinoma

- **Invasive breast carcinoma**
 - Invasive carcinoma of no special type (NST)
 - Pleomorphic carcinoma
 - Carcinoma with osteoclast like stromal giant cells
 - Carcinoma with choriocarcinomatous features
 - Carcinoma with melanotic features
 - Invasive lobular carcinoma
 - Classic lobular carcinoma
 - Solid lobular carcinoma
 - Alveolar lobular carcinoma
 - Pleomorphic lobular carcinoma
 - Tubulolobular carcinoma
 - Mixed lobular carcinoma
 - Tubular carcinoma
 - Cribriform carcinoma

- Mucinous carcinoma
- Carcinoma with medullary features
 - Medullary carcinoma
 - Atypical medullary carcinoma
 - Invasive carcinoma NST with medullary features
- Carcinoma with apocrine differentiation
- Carcinoma with signet ring differentiation
- Invasive micropapillary carcinoma
- Metaplastic carcinoma of no special type
 - Low-grade adenosquamous carcinoma
 - Fibromatosis like metaplastic carcinoma
 - Squamous cells carcinoma
 - Spindle cell carcinoma
 - Metaplastic carcinoma with mesenchymal differentiation
 - Chondroid differentiation
 - Osseous differentiation
 - Other types of mesenchymal differentiation
 - Mixed metaplastic carcinoma
 - Myoepithelial carcinoma
- Rare types
 - Carcinoma with neuroendocrine features
 - Neuroendocrine tumor, well differentiated
 - Neuroendocrine carcinoma, poorly differentiated (small cell carcinoma)

- Carcinoma with neuroendocrine differentiation
- Secretory carcinoma
- Invasive papillary carcinoma
- Acinic cell carcinoma
- Mucoepidermoid carcinoma
- Polymorphous carcinoma
- Oncocytic carcinoma
- Lipid rich carcinoma
- Glycogen rich clear cell carcinoma
- Sebaceous carcinoma
- Salivary gland / skin adnexal type tumors
 - Cylindroma
 - Clear cell hidradenoma
- **Epithelial-myoepithelial tumors**
 - Pleomorphic adenoma
 - Adenomyoepithelioma
 - Adenomyoepithelioma with carcinoma
 - Adenoid cystic carcinoma
- **Precursor lesions**
 - Ductal carcinoma in situ
 - Lobular neoplasia

- Lobular carcinoma in situ
- Classic lobular carcinoma in situ
- Pleomorphic lobular carcinoma in situ
- Atypical lobular hyperplasia

- **Intraductal proliferative lesions**
 - Usual ductal hyperplasia
 - Columnar cell lesions including flat epithelial atypia
 - Atypical ductal hyperplasia

- **Papillary lesions**
 - Intraductal papilloma
 - Intraductal papilloma with atypical hyperplasia
 - Intraductal papilloma with ductal carcinoma in situ
 - Intraductal papilloma with lobular carcinoma in situ
 - Intraductal papillary carcinoma
 - Encapsulated papillary carcinoma
 - Encapsulated papillary carcinoma with invasion
 - Solid papillary carcinoma
 - In situ
 - Invasive

- **Benign epithelial proliferations**
 - Sclerosing adenosis

- Apocrine adenosis
- Microglandular adenosis
- Radial scar / complex sclerosing lesion
- Adenomas
 - Tubular adenoma
 - Lactating adenoma
 - Apocrine adenoma
 - Ductal adenoma
- **Mesenchymal tumors**
 - Nodular fasciitis
 - Myofibroblastoma
 - Desmoids type fibromatosis
 - Inflammatory myofibroblastic tumor
 - Benign vascular lesions
 - Haemangioma
 - Angiomatosis
 - Atypical vascular lesions
 - Pseudoangiomatous stromal hyperplasia
 - Granular cell tumor
 - Benign peripheral nerve sheath tumors
 - Neurofibroma
 - Schwannoma

- Lipoma
 - Angiolipoma
- Liposarcoma
- Angiosarcoma
- Rhabdomyosarcoma
- Osteosarcoma
- Leiomyoma
- Leiomyosarcoma

- **Fibroepithelial tumors**
 - Fibroadenoma
 - Phyllodes tumor
 - Benign
 - Borderline
 - Malignant
 - Periductal stromal tumor, low grade
 - Hamartoma

- **Tumors of the nipple**
 - Nipple adenoma
 - Syringomatous adenoma
 - Paget disease of the nipple

- **Malignant lymphoma**
 - Diffuse large B cell lymphoma
 - Burkitt lymphoma
 - T cell lymphoma
 - Anaplastic large cell lymphoma, ALK negative
 - Extranodal marginal-zone B cell lymphoma of MALT-type
 - Follicular lymphoma

- **Metastatic tumors**

- **Tumors of the male breast**
 - Gynaecomastia
 - Carcinoma
 - Invasive carcinoma
 - In situ carcinoma

- **Clinical patterns**
 - Inflammatory carcinoma
 - Bilateral breast carcinoma

Klasifikasi Tumor payudara jinak

Tumor payudara jinak mewakili spektrum gangguan yang menjadi perhatian klinis karena kelainan pencitraan atau lesi teraba yang ditemukan pada pemeriksaan fisik. Setelah pembentukan diagnosis jinak, pengobatan secara umum ditujukan pada

gejala dan edukasi pasien. *Benign epithelial breast lesions* dapat diklasifikasikan secara histologi kedalam tiga kategori : non proliferative, proliferative tanpa atipia, dan atipia hyperplasia. (Sabel,2017)

1.Nonproliferative Breast Lesions

Lesi epitel nonproliferatif umumnya tidak terkait dengan peningkatan risiko kanker payudara . Perlu diperhatikan bahwa istilah-istilah seperti perubahan fibrokistik, penyakit fibrokistik, mastitis kistik kronis, dan displasia mamma mengacu pada lesi nonproliferatif dan tidak berguna secara klinis, karena mereka mencakup kelompok diagnosis heterogen . Lesi payudara nonproliferatif yang paling umum adalah kista payudara. Lesi nonproliferatif lainnya termasuk perubahan apokrin papiler, kalsifikasi terkait epitel, dan hiperplasia ringan tipe biasa . Apokrin metaplasia (juga disebut sebagai "perubahan epitel jinak") juga merupakan perubahan nonproliferatif yang sekunder akibat beberapa bentuk iritasi, biasanya terkait dengan kista payudara.

- **Kista Payudara**

Kista payudara adalah massa bulat atau ovoid berisi cairan yang berasal dari *terminal duct lobular unit* (TDLU). Kista dimulai sebagai akumulasi cairan di TDLU karena distensi dan obstruksi dari duktus eferen. Pasien mencari perhatian medis karena massa yang teraba atau rasa sakit atau ketidaknyamanan yang ditimbulkan. Kista payudara mungkin pertama kali diidentifikasi pada pemeriksaan klinis atau pemeriksaan payudara sendiri, atau sebagai kepadatan mamografi. Kista payudara

dapat berfluktuasi dalam ukuran, jumlah, dan besarnya gejala. Kista payudara dipengaruhi oleh fungsi dan fluktuasi hormonal. Oleh karena itu, dapat terjadi selama perkembangan lobular, perubahan siklus menstruasi, dan involusi lobular pada wanita premenopause dan perimenopause.

tidak ada peningkatan risiko terjadinya kanker payudara dalam massa yang memenuhi kriteria diagnostik USG sebagai *simple cyst* dan kanker payudara yang muncul sebagai *complicated cyst* jarang terjadi (<1 persen). Namun, risiko keganasan pada *complicated cyst* biasanya berkisar antara 1 hingga 23 persen. Berbagai temuan ganas mungkin disebabkan, sebagian karena keakuratan teknis USG untuk membedakan padat dari komponen kistik massa payudara dan interpretasi temuan USG. (Collins, 2017)

- Perubahan Apokrin Papiler

Perubahan apokrin papillary adalah proliferasi sel epitel duktus yang menunjukkan fitur apokrin, ditandai oleh sitoplasma eosinofilik.

- Hiperplasia ringan

Hiperplasia ringan dari tipe biasa adalah peningkatan jumlah sel epitel dalam saluran yang lebih dari dua, tetapi tidak lebih dari empat, sel terletak di dalamnya. Sel-sel epitel tidak melewati lumen dari tempat yang terlibat.

2. PROLIFERATIVE BREAST LESIONS WITHOUT ATYPIA

Lesi proliferasi tanpa atypia termasuk hiperplasia duktus biasa, papilloma intraduktal, sclerosing adenosis, bekas luka radial, dan fibroadenoma. Lesi ini terkait

dengan peningkatan risiko terkena kanker payudara, sekitar 1,5 hingga 2 kali lipat dari populasi umum.

- Hiperplasia ductal

Hiperplasia duktus tanpa atypia adalah diagnosis patologis, biasanya ditemukan sebagai temuan insidental pada biopsi kelainan mamografi atau massa payudara, ditandai dengan peningkatan jumlah sel dalam ruang duktal. Meskipun sel-sel bervariasi dalam ukuran dan bentuk, mereka mempertahankan fitur sitologi sel jinak. Tidak diperlukan perawatan tambahan untuk hiperplasia duktus. Risiko kanker payudara berikutnya pada wanita dengan hiperplasia duktus biasa kecil, dan kemoprevensi tidak diindikasikan.

- Papiloma intraductal

Papiloma intraductal terdiri dari susunan sel papilaris monoton yang tumbuh dari dinding kista ke lumennya. Papilloma dapat terjadi sebagai lesi soliter atau multipel. Papilloma intraductal dapat memiliki area atypia atau ductal carcinoma in situ (DCIS). Karena risiko keganasan ini, bedah eksisi dianjurkan. Namun, data yang lebih baru menunjukkan bahwa tidak semua papilloma yang didiagnosis oleh CNB membutuhkan eksisi. Ketika CNB menunjukkan papiloma dengan sel atipikal, eksisi bedah dapat dilakukan. Setelah eksisi, jika tidak ada peningkatan di luar atypia, dapat diberikan terapi endokrin untuk pencegahan kanker payudara.

- Sclerosing adenosis

Sclerosing adenosis adalah lesi lobular dengan peningkatan jaringan fibrosa dan sel-sel kelenjar diseling. Ini dapat hadir sebagai massa atau temuan yang mencurigakan pada mammogram. Tidak diperlukan perawatan untuk sclerosing adenosis. Risiko kanker payudara berikutnya pada populasi ini kecil, dan kemoprevensi tidak diindikasikan.

- Radial scars

Radial scars juga disebut lesi sklerosis kompleks, adalah diagnosis patologis, biasanya ditemukan secara kebetulan ketika massa payudara atau kelainan radiologi dihilangkan atau dibiopsi. Kadang-kadang, Radial scars cukup besar untuk dideteksi oleh mamografi, yang tidak dapat digunakan untuk membedakan antara lesi ini dan karsinoma spikula. Radial scars dicirikan secara mikroskopis oleh inti fibroelastik dengan duktus memancar dan lobulus. (Sabel,2017)

- Fibroadenoma

Fibroadenoma adalah tumor padat jinak payudara yang paling umum. Lesi ini biasanya terjadi pada wanita di dekade kedua dan ketiga kehidupan mereka tetapi juga telah ditemukan pada wanita di usia 40-an dan 50-an tahun. Secara klinis, pasien-pasien ini datang dengan massa yang padat, bulat, dan bergerak. Temuan pencitraan menunjukkan ciri khas dari massa yang terdefinisi dengan baik, halus, dan padat dengan margin yang ditentukan. Kebanyakan lesi berukuran antara 1 dan 3 cm dan tidak berubah ukurannya; Namun, 15% lesi mengalami kemunduran spontan, dengan penelitian menunjukkan hingga 10% lesi meningkat dalam ukuran. Fibroadenoma dengan temuan karakteristik pada pencitraan dapat diikuti secara klinis

dengan observasi, CNB dapat dilakukan untuk mengkonfirmasi diagnosis, atau lesi dapat dipotong berdasarkan preferensi pasien.

Fibroadenoma tidak terkait dengan peningkatan risiko kanker payudara, dan karsinoma yang timbul dalam fibroadenoma jarang. Eksisi dianjurkan jika lesi tumbuh atau lebih besar dari 3 cm, yang mungkin sulit dibedakan dari tumor phyllodes jinak secara radiologi. Secara histologi, fibroadenoma adalah pseudoencapsulated dan dapat dengan jelas digambarkan dari parenkim payudara di sekitarnya dan mereka memiliki komponen epitel dan stromal. Beberapa fibroadenoma telah diketahui terjadi pada sekitar 15% wanita dan harus dikelola sama dengan pasien dengan lesi tunggal. Eksisi lesi multipel dapat menyebabkan deformitas payudara yang signifikan dan tidak mencegah pembentukan lesi baru.(Curtis,2014)

Kebanyakan pasien dengan FA juvenil yang hadir dengan massa tunggal, tanpa rasa sakit, yang dapat tumbuh dengan cepat dan kadang-kadang menjadi cukup besar untuk menyebabkan kelainan asimetri yang dapat terlihat. FA dan kista dapat dibedakan pada palpasi dan juga oleh mamografi . Ukuran yang besar dan kalsifikasi yang kasar tidak jarang terjadi di FA setelah menopause. Kebanyakan FA memiliki fitur ultrasound dari tumor jinak. (Hoda, 2014)

3. ATYPICAL HYPERPLASIA

ATYPICAL HYPERPLASIA (AH) mencakup *Atypical ductal hyperplasia* (ADH) dan *Atypical lobular hyperplasia* (ALH). AH adalah diagnosis patologis, biasanya ditemukan sebagai temuan insidental pada biopsi kelainan mamografi atau massa payudara. Lesi ini memiliki beberapa, tetapi tidak semua, dari fitur *ductal carcinoma in situ* (DCIS) atau *lobular carcinoma in situ* (LCIS).

- *Atypical ductal hyperplasia*

ADH ditandai oleh proliferasi sel epitel seragam dengan bagian nuklei bulat monomorfik, tetapi tidak keseluruhan, dari saluran yang terlibat. ADH memiliki beberapa fitur sitologi dan arsitektur yang mirip *low-grade* DCIS.

- *Atypical lobular hyperplasia*

ALH ditandai oleh monomorfik, sel-sel disfungsi yang merata, mengisi bagian, tetapi tidak semua dari lobulus yang terlibat. ALH juga bisa mengenai lobulus. ALH memiliki kemiripan dengan fitur sitologi dan arsitektur LCIS. (Sabel,2017).

KANKER PAYUDARA

Sebagian besar keganasan payudara timbul dari unsur-unsur epitel dan dikategorikan sebagai karsinoma. Karsinoma payudara adalah kelompok berbagai lesi yang berbeda secara mikroskopik dan perilaku biologis.

1. DUCTAL CARCINOMA IN SITU

DUCTAL CARCINOMA IN SITU (DCIS) merupakan kelompok heterogen lesi neoplastik yang terbatas pada duktus dan lobulus payudara. Diagnosis telah meningkat secara dramatis dengan adanya skrining kanker payudara menggunakan mamografi. Risiko DCIS meningkat seiring bertambahnya usia. Ini jarang terjadi pada wanita yang lebih muda dari 30 tahun dan perbandingan 88 per 100.000 wanita berusia 50 hingga 64 tahun. Sebagian besar kasus DCIS hanya terdeteksi pada pemeriksaan radiologi (paling sering dengan adanya microcalcifications pada mamografi). *Percutaneous core biopsy* dengan menggunakan USG sebagai panduan lebih disarankan dalam evaluasi mikrokalsifikasi yang diidentifikasi melalui pemeriksaan mammografi. FNAB tidak memadai untuk diagnosis DCIS, karena tidak dapat membedakan antara penyakit invasif dan DCIS. Dalam kasus-kasus stereotaktik yang menantang secara teknis, *wire localization biopsy* lebih dianjurkan. (Collins,2017)

2. INFILTRATING DUCTAL CARCINOMA

Infiltrating ductal carcinoma adalah jenis kanker payudara invasif yang paling umum, terhitung 70 hingga 80 persen dari lesi invasif. Pada pemeriksaan patologi, lesi ini biasanya keras, abu-abu-putih, massa berpasir yang menyerang jaringan sekitarnya untuk menciptakan bentuk tidak beraturan yang khas dan tidak beraturan. Lesi ini ditandai secara mikroskopis seperti tali dan sarang sel tumor dengan berbagai jumlah pembentukan kelenjar, dan fitur sitologi yang berkisar dari lemah hingga sangat ganas. Sel-sel ganas menginduksi respon seperti berserat ketika mereka menyusup ke parenkim payudara, dengan reaksi ini sebagian besar bertanggung

jawab untuk massa yang secara klinis dapat teraba, kepadatan radiologis, dan karakteristik sonografi yang solid dari karsinoma invasif yang khas. Infiltrasi karsinoma duktal dibagi menjadi tiga kelas berdasarkan kombinasi fitur arsitektur dan sitology

- Well-differentiated (grade 1)

Well-differentiated tumor memiliki sel yang menginfiltrasi stroma sebagai sarang kelenjar yang padat. Inti relatif seragam dengan sedikit atau tidak ada bukti aktivitas mitosis.

- Moderately differentiated (grade 2)

Moderately differentiated tumor memiliki sel yang menyusup sebagai sarang padat dengan beberapa diferensiasi kelenjar. Ada beberapa pleomorfisme nuklir dan tingkat mitosis sedang.

- Poorly differentiated (grade 3)

Poorly differentiated tumor terdiri dari sarang padat sel-sel neoplastik tanpa adanya pembentukan kelenjar. Ditandai dengan atypia nuklir dan aktivitas mitosis yang cukup besar .

3. INFILTRATING LOBULAR CARCINOMA

Infiltrating lobular carcinoma adalah jenis kanker payudara invasif kedua yang paling umum, terhitung sekitar 5 hingga 10 persen dari lesi invasif. Tingkat kejadian kanker lobular meningkat lebih cepat daripada tingkat karsinoma duktal di

Amerika Serikat, dan terapi hormon pascamenopause mungkin lebih terkait erat dengan risiko kanker lobular dibandingkan dengan risiko kanker ductal.

Beberapa *infiltrating lobular carcinoma* memiliki penampilan makroskopis identik dengan kanker duktal infiltratif. Namun, dalam banyak kasus tidak ada lesi massa yang sangat jelas, dan jaringan payudara yang dipotong dapat memiliki konsistensi yang normal atau hanya sedikit yang memiliki konsistensi keras . Dengan demikian, ukuran mikroskopis karsinoma lobular invasif mungkin secara signifikan lebih besar daripada yang diukur secara kasar.

JENIS HISTOLOGIS LAINNYA

Sejumlah jenis histologis lainnya bertanggung jawab untuk kanker payudara invasif yang tersisa. Ini termasuk karsinoma tubular, karsinoma musinosum, karsinoma meduler, karsinoma mikropapiler invasif, karsinoma metaplastik, karsinoma kistik adenoid, dan lain-lain (Bleiweiss,2017).

2.1.5 Stadium

American Joint Committee on Cancer (AJCC) menyusun panduan penentuan stadium dan derajat tumor ganas menurut system TNM edisi ke-8 yang mulai berlaku sejak 1 januari 2018.

1. Klasifikasi Tumor Primer
 - Tx - Tumor primer tidak dapat dinilai.
 - T0 - Tidak ada bukti tumor primer.
 - Tis - Karsinoma in situ.

- Tis (DCIS) - Karsinoma duktal in situ.
- Tis (Paget) - Penyakit Paget pada puting tidak terkait dengan karsinoma invasif dan / atau DCIS pada parenkim payudara yang mendasarinya. Karsinoma pada parenkim payudara yang berhubungan dengan penyakit Paget dikategorikan berdasarkan ukuran dan karakteristik penyakit parenkim, meskipun kehadiran penyakit Paget harus tetap diperhatikan.
 - T1 - Tumor ≤ 20 mm dalam dimensi terbesar.
 - T1mi - Tumor ≤ 1 mm dalam dimensi terbesar.
 - T1a - Tumor > 1 mm tetapi ≤ 5 mm dalam dimensi terbesar (putaran setiap pengukuran 1,0 hingga 1,9 mm hingga 2 mm).
 - T1b - Tumor > 5 mm tetapi ≤ 10 mm dalam dimensi terbesar.
 - T1c - Tumor > 10 mm tetapi ≤ 20 mm dalam dimensi terbesar.
 - T2 - Tumor > 20 mm tetapi ≤ 50 mm dalam dimensi terbesar.
 - T3 - Tumor > 50 mm dalam dimensi terbesar.
 - T4 - Tumor dengan ukuran apa saja dengan ekstensi langsung ke dinding dada dan / atau kulit (nodul kulit makroskopis atau ulserasi) *.
 - T4a - Perluasan ke dinding dada, tidak termasuk hanya kepatuhan / invasi otot pectoralis.
 - T4b - Ulserasi dan / atau nodul satelit ipsilateral dan / atau edema (termasuk peau d'orange) pada kulit, yang tidak memenuhi kriteria untuk karsinoma inflamasi.
 - T4c - Keduanya (T4a dan T4b).
 - T4d - Karsinoma inflamasi **.

* Invasi dermis saja tidak memenuhi syarat sebagai T4.

** Karsinoma inflamasi terbatas pada kasus-kasus dengan perubahan kulit yang khas yang melibatkan sepertiga atau lebih besar dari kulit payudara. Sementara temuan histologis karsinoma invasif yang menyerang limfatik dermis mendukung diagnosis, tidak diperlukan, maupun invasi limfatik dermal tanpa temuan klinis yang cukup untuk diagnosis *inflammatory breast cancer*.

2. Nodus limfatik regional (N)

Penunjukan cN didasarkan pada penilaian secara klinis dan pN dinilai berdasarkan pemeriksaan patologi.

a. Klasifikasi klinis kelenjar getah bening regional

- cNX * - kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai (misalnya, sebelumnya dihapus).

- cN0 - Tidak ada metastasis kelenjar getah bening regional (baik oleh pencitraan maupun pemeriksaan klinis).

- cN1 - Metastasis ke tingkat ipsilateral bergerak I, kelenjar getah bening aksila II (s).

- cN1mi ** - Micrometastases (kira-kira 200 sel, lebih besar dari 0,2 mm, tetapi tidak lebih besar dari 2,0 mm).

- cN2 - Metastasis ke tingkat ipsilateral I, kelenjar getah bening aksila II yang secara klinis diperbaiki atau kusut; atau di kelenjar mammary internal ipsilateral dengan tidak adanya metastasis nodus aksila yang terbukti secara klinis.

- cN2a - Metastasis ke ipsilateral level I, II kelenjar getah bening aksila menempel satu sama lain (kusut) atau ke struktur lain.

- cN2b - Metastasis hanya di nodus mamaria interna ipsilateral, dan tanpa adanya metastasis nodus aksila yang terbukti secara klinis.

- cN3 - Metastasis pada kelenjar getah bening ipsilateral infraklavicular (level III axillary) dengan atau tanpa level I, keterlibatan kelenjar getah bening aksiler; atau di kelenjar getah bening ipsilateral kelenjar mammae (s) dengan tingkat yang jelas secara klinis I, II metastasis kelenjar getah bening aksila; atau metastasis di kelenjar getah bening supraclavicular ipsilateral (s) dengan atau tanpa keterlibatan kelenjar getah bening aksila atau kelenjar aksila.

- CN3A - Metastasis ke nodus limfatik infraklavicular ipsilateral (s).

- cN3b - Metastasis ke ipsilateral kelenjar getah bening mammae internal dan kelenjar getah bening aksila.

- cN3c - Metastasis pada nodus limfosit supraclavicular ipsilateral.

* Kategori cNX digunakan dengan hemat dalam kasus di mana kelenjar getah bening regional sebelumnya telah diangkat secara operasi atau di mana tidak ada dokumentasi pemeriksaan fisik aksila.

** cN1mi jarang digunakan tetapi mungkin tepat dalam kasus di mana biopsi node sentinel dilakukan sebelum reseksi tumor (seperti pada kasus-kasus tertentu diobati dengan neoadjuvantly)

b. Klasifikasi patologis kelenjar getah bening regional

- pNX - kelenjar getah bening regional tidak dapat dinilai (misalnya, sebelumnya dihapus, atau tidak dihapus untuk studi patologis).
- pN0 - Tidak ada metastasis kelenjar getah bening regional.
 - pN0 - Tidak ada metastasis kelenjar getah bening regional yang teridentifikasi atau sel tumor yang terisolasi (ITC) saja.
 - pN0 (i +) - Sel ganas di kelenjar getah bening regional (s) tidak lebih dari 0,2 mm (terdeteksi oleh hematoxylin dan eosin stain [H & E] atau imunohistokimia [IHC] termasuk ITC).
 - pN0 (mol +) - Temuan molekuler positif (reverse transcription polymerase chain reaction [RT-PCR]), tetapi tidak ada metastasis kelenjar getah bening regional yang dideteksi oleh histologi atau IHC.
- pN1 - Micrometastasis, atau metastasis pada satu hingga tiga kelenjar getah bening aksila, dan / atau nodus mamaria internal yang secara klinis negatif dengan mikro atau makrometastasis yang dideteksi oleh biopsi kelenjar getah bening sentinel.
 - pN1mi - Micrometastasis (sekitar 200 sel, lebih besar dari 0,2 mm, tetapi tidak lebih dari 2,0 mm).
 - pN1a - Metastasis dalam satu hingga tiga kelenjar getah bening aksila, dengan setidaknya satu metastasis lebih besar dari 2,0 mm.
 - pN1b - Metastasis pada nodus sentinel mammae ipsilateral internal, kecuali ITC.
 - kombinasi pN1c - pN1a dan pN1b.

- pN2 - Metastase dalam empat sampai sembilan kelenjar getah bening aksila, atau kelenjar getah bening kelenjar mammary internal ipsilateral positif oleh pencitraan dengan tidak adanya metastasis kelenjar getah bening aksila.

- pN2a - Metastasis di empat sampai sembilan kelenjar getah bening aksila (setidaknya satu tumor deposit lebih besar dari 2,0 mm).

- pN2b - Metastasis hanya di nodus mamaria internal yang terdeteksi secara klinis dengan atau tanpa konfirmasi mikroskopis; dengan nodus aksilaris patologis negatif.

- pN3 - Metastase di 10 atau lebih kelenjar getah bening aksila; atau di kelenjar getah bening infraklavikula (tingkat III aksiler); atau di kelenjar getah bening ipsilateral kelenjar getah bening internal dengan pencitraan di hadapan satu atau lebih tingkat positif I, kelenjar getah bening aksiler II; atau di lebih dari tiga kelenjar getah bening aksila dan di kelenjar getah bening mammae interna dengan micrometastases atau macrometastases terdeteksi oleh sentinel biopsi kelenjar getah bening tetapi tidak terdeteksi secara klinis; atau di kelenjar getah bening supraslavikula ipsilateral.

- N3a - Metastasis di 10 atau lebih kelenjar getah bening aksila (setidaknya satu tumor deposit lebih besar dari 2,0 mm); atau metastasis ke kelenjar infraklavicular (level III axillary lymph).

- pN3b - pN1a atau pN2a dengan adanya cN2b (nodus mamaria internal positif melalui pencitraan); atau pN2a di hadapan pN1b.

- pN3c - Metastase di kelenjar getah bening supraslavikula ipsilateral.

3. Metastasis (M)

- M0 - Tidak ada bukti klinis atau radiografi dari metastasis jauh (tidak ada M0 patologis; studi pencitraan tidak diperlukan untuk menetapkan kategori cM0).

- cM0 (i +) - Tidak ada bukti klinis atau radiografi metastasis jauh, tetapi endapan sel tumor yang terdeteksi secara molekuler atau mikroskopis yang tidak lebih besar dari 0,2 mm terdapat dalam sirkulasi darah, sumsum tulang, atau jaringan nodus nonregional lainnya pada pasien tanpa gejala. atau tanda-tanda metastasis.

- M1 - metastasis terdeteksi jauh seperti yang ditentukan oleh sarana klinis dan radiografi klasik dan / atau metastasis yang terbukti secara histologis lebih besar dari 0,2 mm.

Breast carcinoma TNM anatomic stage group AJCC UICC 2017

Tabel 2.1 Klasifikasi Stadium Kanker Payudara

T	N	M	Stadium
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T0	N1mi	M0	IB
T1	N1mi	M0	IB
T0	N1	M0	IIA
T1	N1	M0	IIA
T2	N0	M0	IIA
T2	N1	M0	IIB
T3	N0	M0	IIB
T0	N2	M0	IIIA
T1	N2	M0	IIIA
T2	N2	M0	IIIA
T3	N1	M0	IIIA
T3	N2	M0	IIIA

T4	N0	M0	IIIB
T4	N1	M0	IIIB
T4	N2	M0	IIIB
T apapun	N3	M0	IIIC
T apapun	N apapun	M1	IV

Sumber : Breast carcinoma TNM anatomic stage group AJCC UICC 2017

2.1.6 Diagnosis

a. Mamografi

Mamogram adalah gambaran X-ray dari payudara. Screening mammogram dilakukan untuk mendeteksi payudara kanker pada wanita yang tidak memiliki gejala yang jelas. Diagnostik mammogram digunakan setelah hasil yang mencurigakan pada pemeriksaan mammogram atau setelah beberapa tanda kanker payudara memandu dokter untuk memeriksa jaringan. Segmentasi citra adalah sebuah cara efektif untuk mendeteksi daerah kanker payudara di mammogram, karenanya, diagnosis yang lebih baik. Segmentasi mengacu pada operasi mempartisi suatu gambar menjadi bagian-bagian komponen, atau menjadi objek yang terpisah, dan ada lebih dari satu pendekatan untuk segmentasi gambar. (Badawy,2017)

b. Magnetic resonance imaging (MRI)

MRI payudara tidak secara rutin digunakan dalam diagnosis payudara. Jaringan Kanker Komprehensif Nasional menganggap MRI payudara sebagai tambahan yang berguna untuk mamografi diagnostik, jika diperlukan, dalam beberapa situasi tertentu karena selektivitas yang buruk dan ketergantungan terhadap media kontras. Terlepas dari selektivitasnya yang rendah, MRI sensitivitas tinggi memungkinkan diagnosis dini kanker payudara. Neovaskularisasi dari jaringan tumor ditandai dengan permeabilitas tinggi dan ekstavasasi kontras ke dalam jaringan tumor.

c. Molecular breast imaging (MBI)

MBI menggunakan radioaktif untuk mendeteksi jaringan kanker payudara, divisualisasikan oleh pemindai obat nuklir. Teknik ini juga disebut Tes Miraluma, tes sestamibi, scintimammography, atau spesifik pencitraan gamma. MBI terutama bergantung pada sestamibi Tc-99m, yang disetujui untuk pencitraan kanker payudara. MBI memiliki perbandingan kepekaan terhadap MRI dan kekhususan yang lebih tinggi yang dapat mendeteksi lesi payudara kecil.

d. Biopsi

Satu-satunya metode definitif untuk mendiagnosis kanker payudara adalah dengan biopsi payudara. Ada beberapa yang berbeda jenis biopsi payudara. Untuk meningkatkan akurasi diagnostik dan menghilangkan sebanyak mungkin hasil negatif yang salah, pemeriksaan klinis payudara, pencitraan payudara, dan biopsi dilakukan secara bersamaan (tes triple). Dua jenis biopsi jarum digunakan untuk mendiagnosis kanker payudara: *Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)* dan *Core Needle Biopsy (CNB)* .

FNAC adalah metode biopsi payudara yang paling tidak invasif. Dengan FNAC, jarum tipis dimasukkan ke dalam payudara untuk mendapatkan sel-sel dari lesi yang mencurigakan. Hasilnya kemudian diserahkan ke laboratorium untuk analisis lebih lanjut. FNAC dapat dilakukan dengan cepat dan mudah. CNB menggunakan jarum yang lebih besar dari FNAC, dan memungkinkan pemindahan sampel jaringan dalam jumlah yang lebih besar dengan pengambilan sampel silinder dari jaringan tumor.

e. Biomarker Tumor

Biomarker payudara adalah CA 15-3, antigen carcinoembryonic (CEA), dan CA 27-29. Semua memiliki sensitivitas rendah dan spesifisitas, dan dengan demikian tidak membantu dalam deteksi kanker payudara. The American Society of Clinical Oncology merekomendasikan penggunaan CEA, CA 15-3, dan CA 27-29 hanya dalam kasus metastatik. (Nounou, 2015)

2.1.7 Tatalaksana

1. Terapi Pembedahan

- Modified radical mastectomy (MRM)

Seluruh payudara bersama dengan lemak di bawah kulit dihilangkan, dan begitu juga kelenjar getah bening di aksila. Sesuai dengan rekomendasi standar, setidaknya 10 kelenjar harus diangkat untuk pemeriksaan kanker. Setelah operasi, ahli patologi melaporkan ukuran tumor dan jumlah kelenjar yang terkena kanker, sehingga stadium dapat ditentukan.

- Breast conservation surgery (BCS)

BCS juga dikenal sebagai mastektomi segmental. Biasanya, tumor kurang dari atau sama dengan 2 cm diameter disarankan prosedur BCS. Namun, jika ada beberapa tumor kecil yang berukuran kurang dari 2 cm, maka disarankan total mastektomi. Seiring dengan tumor, nodus di aksila juga dihilangkan untuk pemeriksaan metastasis.

2. Terapi Radiasi

Radioterapi setelah terapi pembedahan sangat penting karena adanya kemungkinan beberapa sel kanker yang tersisa di jaringan yang lebih dalam atau terdapat di kelenjar getah bening sekitar dada atau kelenjar di bawah leher (supraklavikula). Durasi radiasi berkisar antara 20 hingga 25 hari dan total dosis yang diberikan adalah sekitar 40 hingga 45 Gray (Gy), yang merupakan satuan unit untuk radiasi. Pemberian fraksi harian dengan dosis minimal untuk mengurangi kemungkinan kerusakan jaringan dan reaksi kulit akibat radiasi. Metode yang digunakan oleh ahli onkologi radiasi adalah *intensity-modulated radiation therapy* (IMRT) atau *image-guided radiation therapy* (IGRT). Pasien post-BCS harus menerima radiasi kuratif untuk seluruh payudara, aksila, dan leher di sisi yang sama, namun pasien post-MRM, terapi radiasi mungkin tidak diberikan jika tumor <5 cm dan nodus aksila negatif untuk kanker. Di antara efek samping radiasi umum adalah dermatitis radiasi (radang kulit), yang kadang-kadang dapat menyebabkan terkelupasnya lapisan luar kulit. Perlu diingat bahwa pemberian terapi radiasi saja pada tumor payudara tanpa pembedahan atau kemoterapi, tidak akan dianggap sebagai terapi standar atau kuratif. Radiasi yang diberikan dalam pengobatan paliatif

digunakan untuk mengurangi nyeri tulang ketika kanker telah menyebar ke tulang. Ini biasanya diberikan selama 10 hingga 12 hari saja.

3. Kemoterapi

Kanker payudara adalah penyakit sistemik, yang berarti bahwa sel-sel kanker ditemukan di dalam darah atau bagian lain tubuh baik saat diagnosis atau saat perawatan, terlepas dari stadium penyakit. Kemoterapi adalah terapi sistemik, yang biasanya diberikan secara intravena pada interval periodik (mingguan, setiap 15 hari, atau setiap 3 minggu sekali) dengan tujuan menyerang sel kanker dalam darah atau bagian tubuh lain yang jauh (hati, tulang, paru-paru, atau otak). Dalam kebanyakan kasus, ini diberikan secara intravena, tetapi beberapa dapat diberikan secara oral. Kebanyakan obat kemoterapi bekerja pada DNA sel yang membelah dan membunuh sel. Obat-obat ini juga menghancurkan DNA sel-sel normal dari tubuh yang ditemukan di sumsum tulang, kulit, rambut, mukosa saluran pencernaan, dan sebagainya. Oleh karena itu, kemoterapi memiliki efek samping pada sumsum tulang (supresi), lapisan mukosa, dan folikel rambut (rambut rontok). Sebelum kemoterapi, ada pemeriksaan wajib yang akan diminta oleh ahli onkologi selain dari yang dilakukan untuk diagnosis. Tes laboratorium seperti hemogram (hemoglobin, jumlah sel darah putih, jumlah trombosit), tes fungsi hati (bilirubin, SGPT) dan tes fungsi ginjal (kreatinin, urea darah) wajib sebelum siklus kemoterapi. Selain itu, ekokardiografi dilakukan sebelum kemoterapi untuk melihat status jantung karena beberapa obat kemoterapi toksik bagi jantung.

4. Terapi Target

Terapi target adalah obat-obatan (oral atau intravena) yang hanya bekerja pada beberapa sel kanker tergantung pada karakteristiknya. Hanya sel dan tumor yang memiliki penanda spesifik yang sensitif terhadap obat tersebut. Sebagai contoh, *epidermal growth factor receptor* (EGFR) adalah gen yang diekspresikan pada beberapa kanker paru, dan terapi anti-EGFR seperti gefitinib atau erlotinib adalah obat oral yang bertindak khusus pada tumor tersebut. HER2 neu adalah gen yang diekspresikan pada beberapa tumor payudara dan tumor semacam itu biasanya lebih agresif dan cenderung kambuh atau menyebar lebih cepat. Terapi anti-HER telah meningkatkan peluang untuk bertahan hidup dan mengurangi risiko kekambuhan. Karena mahal dan memiliki toksisitas jantung, pemilihan pasien yang harus tepat. Seorang pasien harus dapat menggunakannya selama satu tahun untuk mendapatkan manfaat yang maksimal. Perlu diperhatikan bahwa pemberian terapi target tidak bisa diberikan sendiri, karena tidak memiliki peran dalam pengobatan awal kanker payudara tetapi digunakan sebagai terapi pemeliharaan. Obat baru lainnya seperti pertuzumab diberikan sebagai bagian dari regimen neoadjuvant dengan regimen TCH. Obat ini sangat mahal, tetapi karena hasil yang sangat menggembirakan, U.S. Food and Drug Administration (FDA) menyetujui pemberian obat tersebut.

2.2 Faktor Resiko

1. Usia

Beberapa hasil penelitian melaporkan risiko tumor/kanker payudara meningkat sejalan dengan bertambahnya umur, kemungkinan kanker payudara berkembang pada umur di atas 40 tahun. Dari hasil penelitian di Indonesia

melaporkan bahwa penderita kanker payudara terbanyak pada umur 40-49 tahun sedang di negara Barat biasanya pada usia pascamenopause (Sihombing,2013). Penelitian yang dilakukan di RS Dharmais sebanyak 103 sampel didapatkan bahwa mayoritas pasien kanker payudara berumur 51-60 tahun (Amandito,2013). Bertambahnya umur merupakan salah satu faktor risiko tumor/kanker payudara, diduga karena pengaruh pajanan hormonal dalam waktu lama terutama hormon estrogen dan juga ada pengaruh dari faktor risiko lain yang memerlukan waktu untuk menginduksi terjadinya kanker. Faktor risiko tumor payudara pada perempuan berumur ≥ 40 tahun memiliki risiko 8,82 kali menyebabkan tumor payudara. Kejadian kanker payudara pada umur 40 tahun sebesar 40% dan umur 30 tahun sekitar 20% sedang pada umur 20 tahun hanya 2%, dan diperkirakan kanker payudara terjadi pada perempuan sekitar umur 40-50 tahun. Penyebab pasti terjadinya tumor/kanker payudara belum diketahui, namun dasarnya adalah pertumbuhan sel yang tidak normal dalam kelenjar payudara. (Sihombing,2014).

2. Jenis kelamin

Kanker payudara merupakan salah satu jenis kanker yang sering terjadi pada wanita meskipun laki-laki juga bisa menderita kanker payudara, tetapi dengan kasus yang sangat jarang. Frekuensi kanker payudara relatif tinggi, terutama pada wanita usia 40 tahun ke atas, menyerang lebih banyak pada payudara sebelah kiri dan pada bagian atas payudara yang mendekati lengan. Pada tahun 2018, estimasi kematian pada perempuan berkisar 40.920 dan pada laki-laki sebanyak 480. (Rahmatari,2014). Perempuan 100 kali lebih berisiko dibandingkan dengan laki-laki (Sihombing,2014).

3. Genetika dan riwayat keluarga

Wanita yang memiliki riwayat keluarga penyakit kanker payudara, memiliki resiko kanker payudara 2 kali lipat dibanding wanita dengan keluarga yang tidak memiliki riwayat penyakit kanker payudara.

4. Usia menarche dan siklus menstruasi

Menarche dini pada usia relative muda (kurang dari 12 tahun) berhubungan peningkatan resiko kanker payudara. Siklus menstruasi yang kurang dari 26 hari pada usia 18-22 tahun diprediksi mengurangi resiko kanker payudara dan menopause terlambat atau mati haid pada usia lebih dari 50 tahun dapat meningkatkan resiko kanker payudara 3%.

5. Obesitas

Obesitas berhubungan dengan penurunan resiko kanker pada pramenopause dan peningkatan resiko kanker payudara selama masa pascamenopause.

6. Pemakaian obat-obatan

Terapi obat hormone pengganti seperti hormone eksogen akan bisa menyebabkan peningkatan resiko mendapat penyakit kanker payudara.

7. Intake alkohol

Alkohol dapat menyebabkan hiperinsulinemia yang akan merangsang faktor pertumbuhan pada jaringan payudara. Hal ini akan merangsang pertumbuhan yang tergantung pada estrogen pada lesi prakanker dan akan memasuki fase dominan, dimana pada fase ini dapat diaktifasi oleh adanya faktor pemicu seperti alcohol.

8. Faktor lain yang diduga sebagai penyebab payudara adalah tidak menikah, menikah tapi tidak punya anak, melahirkan anak pertama sesudah 35 tahun, tidak pernah menyusui anak. (Indrianti,2013)

2.3 Definisi Operasional

1. Pasien Tumor Payudara

a. Definisi: Semua pasien yang dinyatakan menderita tumor payudara yang di rawat inap, berdasarkan diagnosa dokter yang tercatat dalam rekam medik.

2. Umur

a. Definisi : Lamanya seseorang hidup mulai saat pertama dilahirkan sampai usianya pada saat pertama masuk rumah sakit pertama kali, yang dinyatakan dalam satuan tahun.

b. Alat ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti

c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel umur sesuai dengan tercantum pada rekam medik

d. Hasil ukur :

1. <10 tahun
2. 10-19 tahun
3. 20-29 tahun
4. 30-39 tahun
5. 40-49 tahun
6. >50 tahun

3. Jenis Kelamin

a. Definisi: Perbedaan seksual yang terdiri dari laki-laki dan perempuan

b. Alat ukur : Tabel observasi yang diisi oleh peneliti

c. Cara ukur : Dengan mencatat variabel jenis kelamin sesuai dengan

yang tercantum pada rekam medik

d. Hasil ukur :

1. Laki-laki
2. Perempuan

4. Jenis histopatologi tumor payudara

a. Definisi : diagnosis berdasarkan pemeriksaan histopatologi yang telah dilakukan sebelumnya

b. Alat ukur : Kuisisioner yang diisi oleh peneliti.

c. Cara ukur : Dengan mencatat sesuai dengan diagnosis pada rekam medis

d. Hasil Ukur :

1. Tumor Jinak :
 - Fibroadenoma
 - Tumor jinak filoides
 - Papilloma intraduktus
 - Adenoma tubular
 - Fibrokistik mammae
2. Tumor Ganas
 - Ductal carcinoma in situ
 - Infiltrating ductal carcinoma
 - Infiltrating lobular carcinoma
5. Penanganan

- a. Defenisi : terapi yang diberikan pada pasien
- b. Alat ukur : Kuisisioner yang diisi oleh peneliti.
- c. Cara ukur : Dengan mencatat sesuai dengan diagnosis pada rekam

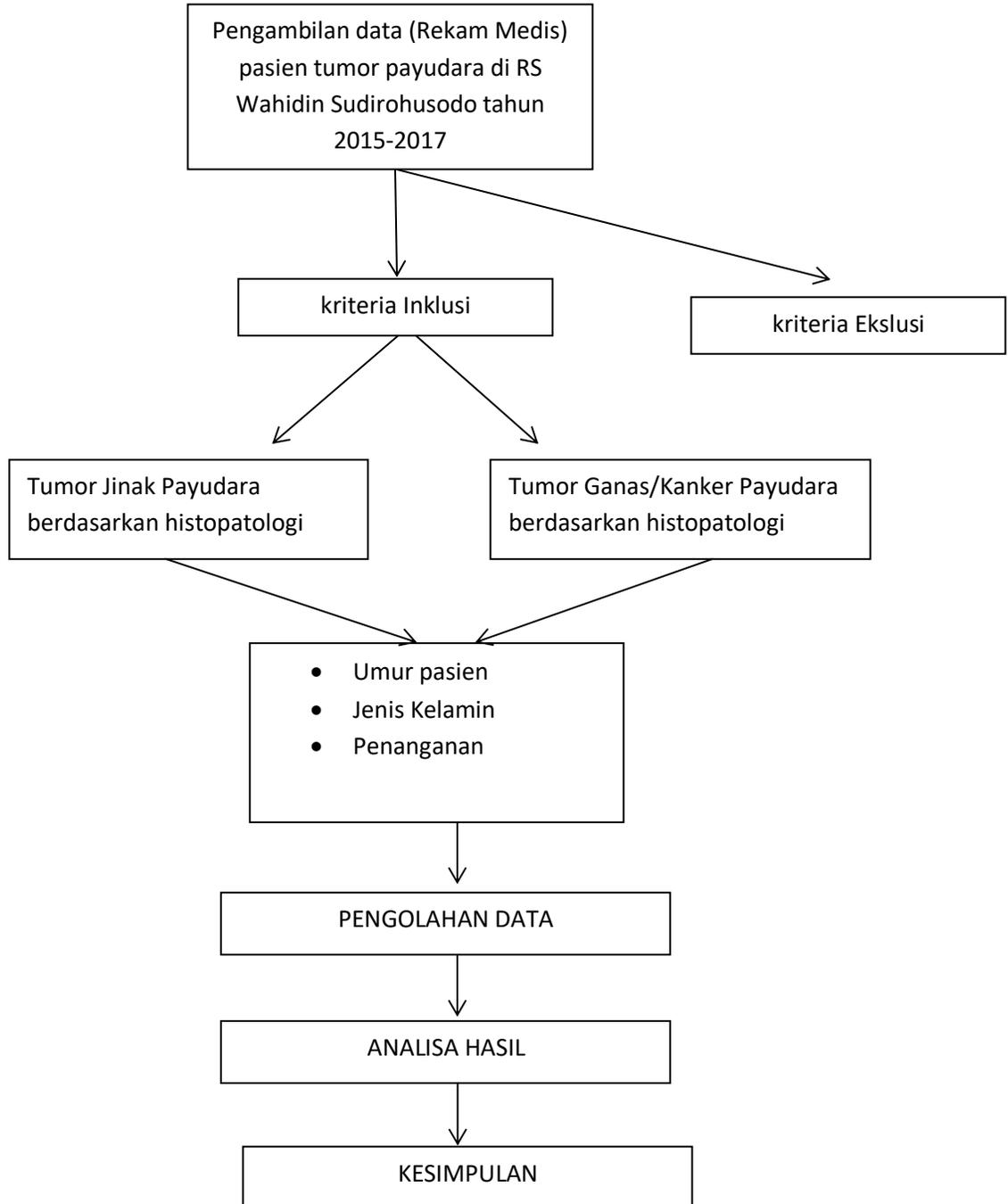
medis

- d. Hasil Ukur :
 - o Operasi
 - o Kemoterapi
 - o Biopsi

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Alur Penelitian



3.2 Desain penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif untuk memberikan gambaran mengenai beberapa karakteristik penderita Tumor payudara di Rumah Wahidin Sudirohusodo Makassar.

3.3 Populasi dan sampel

3.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua penderita rawat inap tumor payudara di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar bagian onkologi bedah pada periode 2015-2017 yang memiliki rekam medis.

3.3.2 Sampel

Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah rekam medis pasien-pasien rawat inap tumor payudara di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah yang dipilih dengan memenuhi kriteria seleksi sampel :

A) Kriteria inklusi

Pasien rawat inap yang telah terdiagnosis tumor payudara di RS Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah dan telah dilakukan pemeriksaan histopatologi

B) Kriteria eksklusi

Pasien yang terdiagnosis tumor payudara namun rekam mediknya tidak terbaca atau tidak jelas tulisannya dan atau tidak lengkap.

3.4 Tempat dan waktu penelitian

Tempat : Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo di Makassar

Waktu : September- Oktober 2018

3.5 Pengumpulan data

Data yang digunakan adalah data sekunder yang diambil dari pencatatan pasien rawat inap kasus baru di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo di Makassar bagian onkologi bedah periode 2015-2017.

3.6 Manajemen data

3.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan dilakukan setelah pencatatan data rekam medis dengan menggunakan program Microsoft Excel dan SPSS untuk memperoleh hasil statistik deskriptif yang diharapkan. Statistik deskriptif merupakan metode atau cara – cara yang digunakan untuk meringkas dan mendafta dalam bentuk tabel, grafik atau ringkasan numeric data. Statistik deskriptif merupakan statistik menggunakan data suatu kelompok untuk menjelaskan atau menarik kesimpulan mengenai kelompok tersebut.

3.6.2 Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk tabel disertai penjelasan yang disusun sesuai dengan tujuan penelitian

3.7 Etika Penelitian

- Sebelum melakukan penelitian, peneliti membawa surat izin kepada institusi yang terkait.
- Menjaga kerahasiaan identitas subjek penelitian dengan tidak menuliskan nama pasien tetapi hanya berupa inisial dan nomor rekam medis sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan atas penelitian yang dilakukan.

BAB 4

ANGGARAN PENELITIAN

4.1. Anggaran Penelitian

No	Jenis Pengeluaran	Volume	Harga Satuan	Biaya
1.	Alat dan Bahan			
	- Kertas A4	1 rim	Rp 30.000,-	Rp 30.000,-
	- Tinta print	2set	Rp 50.000,-	Rp 100.000,-
	- Map kertas	1 pack	Rp 60.000,-	Rp 60.000,-
	- Map plastik	1 pack	Rp 30.000,-	Rp 30.000,-
	- Buku catatan	4 buah	Rp 12.000,-	Rp 48.000,-
	- Pulpen	1 pack	Rp 20.000,-	Rp 20.000,-
2.	Administrasi			
	- Administrasi izin etik penelitian		Rp 75.000,-	
	- Administrai izin di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar	1 penelitian	Rp 500.000,-	Rp 75.000,-
	- Biaya rekam medis	1 penelitian		Rp 500.000,-
		?	Rp. 2.000,-	
3.	Perjalanan	5 kali		

	- Pengambilan data sampel penelitian di Rumah Sakit	kunjung rumah sakit	Rp 50.000,-	Rp. 250.000,-
4.	Lain-lain - Biaya Tak Terduga		Rp 500.000,-	Rp. 500.000,-
Total				Rp. 1.613.000

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian mengenai karakteristik penderita tumor payudara di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo makassar periode 2015-2017. Penelitian ini dilakukan dengan mengambil data sekunder dari laporan pasien onkologi bedah yang menjalani rawat inap pada kasus baru pasien dengan tumor payudara yang datang berobat pertama kali di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2015-2017.

Jumlah pasien tumor payudara yang menjalani rawat inap pada kasus baru di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo makassar periode 2015-2017 didapatkan sebanyak 355 orang. Namun, karena ada data yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi maka sampel yang diambil berjumlah 234 orang, 26 diantaranya pasien dengan diagnosis tumor jinak payudara dan 208 lainnya pasien dengan diagnosis tumor ganas payudara (cancer). Penelitian dilakukan dengan mengambil data dari laporan pasien onkologi bedah dan pengolahan data pada penelitian ini menggunakan program Microsoft Office Excel 2010.

Data yang diambil adalah seperti nomor rekam medik, usia, tanggal masuk dan keluar rumah sakit, pemeriksaan histopatologi, penanganan, dan diagnosis pasien. Berdasarkan data yang diperoleh setelah diteliti data

yang diambil, maka hasil yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

5.1 Prevalensi Tumor Jinak dan Tumor Ganas Payudara di bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar periode 2015-2017

Distribusi pasien tumor payudara berdasarkan tumor jinak dan tumor ganas payudara di bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dapat dilihat pada tabel di berikut ini:

Tabel 5.1 Distribusi pasien tumor payudara berdasarkan tumor jinak dan tumor ganas payudara

Variabel	Frekuensi	Presentase
Tumor Jinak	26 orang	11.16%
Tumor Ganas	208 orang	89.27%
Jumlah	234 orang	100

Sumber: Laporan kasus baru bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin

Sudirohusodo

Dari tabel 5.1. didapatkan bahwa prevalensi tumor jinak payudara (11.16%) lebih sedikit dibandingkan dengan tumor ganas payudara (89.27%).

5.2 Gambaran kejadian Tumor Jinak Payudara

Tabel 5.2 Gambaran kejadian Tumor Jinak Payudara

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	1	3.85
	Perempuan	25	96.15
umur	<20	4	15.38
	20-29	9	34.62
	30-39	2	7.69
	40-49	7	26.92
	50-59	6	23.08
	60-69	0	0.00
Tumor Jinak	Phyloides Tumor	4	15.38
	Fibroadenoma	11	42.31
	Fibrocystic Change	11	42.31

Sumber: Laporan kasus baru bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin

Sudirohusodo

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan bahwa jumlah pasien tumor jinak payudara berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 3.85% merupakan laki-laki dan sebanyak 96.15% merupakan perempuan. Berdasarkan usia, kelompok pasien yang terbanyak adalah pada kelompok usia 20-29 tahun yaitu sebesar 34.62%. Terbanyak kedua adalah kelompok usia 40-49 sebesar 26.92%. Kelompok usia yang paling sedikit adalah kelompok usia 60-69 tahun yang mencatat tidak ada kasus. Kemudian diikuti dengan kelompok usia 30-39 tahun sebesar 7.69%.

Berdasarkan jenis histopatologi pada tabel 5.2, kelompok pasien yang terbanyak pada tumor jinak payudara adalah *Fibroadenoma mammae* yakni sebanyak 42.31%. Yang menempati urutan ke dua adalah *Fibrocystik change mammae* yakni sebanyak 42.31%, kemudian *Benign Phyloide Tumor* yakni sebanyak 15.38 %.

5.3 Gambaran kejadian Tumor Ganas Payudara

Tabel 5.3 Gambaran kejadian Tumor Ganas Payudara

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	5	2.40
	Perempuan	203	97.60
umur	<20	3	1.44

	20-29	15	7.21
	30-39	55	26.44
	40-49	72	34.62
	50-59	50	24.04
	>60	13	6.25
Histopatologi	IDC	129	62.02
	Invasive Lobular	5	2.40
	Adenocarcinoma	65	31.25
	SCC mamma	2	0.96
	Malignant Epithelial Tumor	1	0.48
	Malignant fibrous histiocyoma	1	0.48
	Mix Carcinoma ductal dan lobular	3	1.44
	fibrosarcoma	2	0.96
Penanganan	Kemoterapi	116	55.77
	biopsi	68	32.69
	MRM	19	9.13

	Simple Mastectomi	2	0.96
	Eksisi Luas	3	1.44

Sumber: Laporan kasus baru bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin

Sudirohusodo

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan bahwa jumlah pasien tumor ganas payudara berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 2.40% merupakan laki-laki dan sebanyak 97.60% merupakan perempuan. Berdasarkan usia, kelompok pasien yang terbanyak adalah pada kelompok usia 40-49 tahun yaitu sebesar 34.62%. Terbanyak kedua adalah kelompok usia 30-39 sebesar 26.04%. Kelompok usia yang paling sedikit adalah kelompok usia <20 tahun sebanyak 1.44%. Kemudian diikuti dengan kelompok usia >60 tahun sebesar 6.25%.

Berdasarkan jenis histopatologi pada tabel 5.3, kelompok pasien yang terbanyak pada tumor ganas payudara adalah IDC yakni sebanyak 62.02%. Yang menempati urutan ke dua adalah *Adenocarcinoma* yakni sebanyak 31.25% kemudian *Invasive Lobular Carcinoma* yakni sebanyak 2.40%. Berdasarkan penanganan yang diberikan selama perawatan rawat inap pada pasien tumor ganas payudara adalah kemoterapi merupakan yang paling banyak diberikan pada kasus baru tumor ganas payudara sebanyak 55.77%. Kemudian biopsi sebanyak 32.69%, dan disusul oleh MRM sebanyak 9.13%.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian Karakteristik kasus baru tumor payudara di bagian onkologi bedah RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo makassar periode 2015-2017 maka akan dibahas sesuai dengan variabel yang diteliti.

6.1 Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin pasien tumor jinak yaitu sebanyak 3.45% merupakan laki-laki dan sebanyak 96.55% merupakan perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh American Cancer Society mengenai faktor resiko kanker payudara lebih banyak pada wanita, kejadian laki-laki berkisar sekitar 1%. Kecenderungan wanita menderita tumor payudara dibandingkan pria kemungkinan disebabkan oleh sel-sel pada payudara wanita yang terus tumbuh dan berkembang karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone. Hormon ini merupakan hormon dominan yang dimiliki wanita, dan hanya dalam jumlah yang sangat kecil terdapat pada lakilaki.

6.2 Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara Berdasarkan Usia

Berdasarkan usia, diperoleh nilai terendah paada usia 18 tahun dan tertinggi pada usia 56 tahun. Kelompok pasien yang terbanyak adalah pada kelompok usia 20-29 tahun yaitu sebesar 34.62%.

Hasil temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Oktaviana Dn dkk di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta tahun 2012 yang melaporkan bahwa kejadian tumor payudara terbanyak pada kelompok usia 40-49 tahun yaitu sebesar 41,7 % (Oktaviana DN dkk, 2012). Hasil ini berbeda pada penelitian Zebua JI (2010) di RSUP Haji Adam Malik Medan bahwa kasus tumor payudara jinak tertinggi pada usia 10-19 tahun.

Kejadian tumor jinak payudara mempunyai perbedaan kejadian berdasarkan usia. Berdasarkan laporan dari NSW Breasts Cancer Institute, Fibroadenoma mammae umumnya terjadi pada wanita dengan usia 21-25 tahun, kurang dari 5% terjadi pada usia di atas 50, sedangkan prevalensinya menurut Euhus (2008) lebih dari 9% populasi wanita terkena Fibroadenoma mammae., fibrokistik mammae dapat timbul pada berbagai usia akibat adanya ketidakseimbangan hormonal, mastitis lebih sering dialami wanita pada umur 21-35 daripada dibawah umur 21 tahun (Prasetyo,2010) dan tumor filoides terdapat pada semua usia, namun lebih sering pada usia sekitar 30 tahun (Septarini,2014).

6.3 Distribusi Pasien Tumor Jinak Payudara Berdasarkan Jenis histopatologi

Berdasarkan jenis histopatologi, kelompok pasien yang terbanyak pada tumor jinak payudara adalah *Fibroadenoma mammae* yakni sebanyak 41.38%. Yang menempati urutan ke dua adalah *Fibrocistik change mammae* yakni sebanyak 34.48%, kemudian *Benign Phylloides Tumor* yakni sebanyak 13.79 %. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Bagale P *et al* (2013) didapatkan bahwa

fibroadenoma mammae mempunyai insidensi tertinggi (44,53%) (Begale P dkk, 2013). Pada laporan penelitian oleh M Ajitha *et al* (2012) fibroadenoma mammae biasanya terjadi pada wanita usia muda, umumnya terjadi pada usia 16-30 tahun dan sekitar 6 % terjadi pada usia >45 tahun (M Ajitha dkk, 2012). Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bafakeer *et al* (2010) di Yaman Selatan, fibroadenoma mammae sering terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun (Bafakeer SS, 2010). Hal ini sesuai dengan teori bahwa fibroadenoma mammae sering terjadi pada usia muda yang dipengaruhi oleh faktor hormonal yaitu siklus menstruasi dan pada saat kehamilan (Robbins et al, 2014).

6.4 Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jumlah pasien tumor ganas payudara berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 2.40% merupakan laki-laki dan sebanyak 97.60% merupakan perempuan. Hasil penelitian ini sesuai yang diungkapkan Crew KD bahwa kanker payudara pada laki-laki jarang terjadi hanya sekitar 0,5-1% dari semua pasien dengan kanker payudara. Alasan tingkat insiden rendah ini adalah jumlah jaringan payudara yang sedikit disertai tingkat perbedaan hormonal yang rendah. Jumlah jaringan payudara kurang pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, namun faktor-faktor yang dapat menyebabkan keganasan pada keduanya hampir sama.

6.5 Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara Berdasarkan Usia

Berdasarkan usia, kelompok pasien yang terbanyak adalah pada kelompok usia 40-49 tahun yaitu sebesar 34.62%. Terbanyak kedua adalah kelompok usia 30-39 sebesar 26.04%. Kelompok usia yang paling sedikit adalah kelompok usia <20 tahun sebanyak 1.44%. Kemudian diikuti dengan kelompok usia >60 tahun sebesar 6.25%.

Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Azamris (2006) di RS.M.Djamil Padang, Leong *et al* (2010) di Sabah Malaysia dan Oktaviana dkk (2012) di RS. Kanker Dharmais Jakarta menyebutkan bahwa kanker payudara banyak ditemukan pada kelompok usia 40-49 tahun (Oktaviana DN dkk, 2012 & Leong BDK dkk, 2007). Pada perempuan yang berusia >30 tahun atau usia reproduktif kejadian kanker payudara akan meningkat cepat, berlipat ganda setiap 10 tahun dan akan menurun setelah masa menopause (Sjamsuhidajat R, 2010 & Indrati R, 2005). Tiap penambahan usia 1 tahun diatas usia 40 tahun mempunyai angka penambahan insiden baru 1-2 % untuk risiko terjadinya kanker payudara. Hal ini diduga berhubungan dengan pengaruh paparan hormonal dalam waktu lama serta paparan faktor-faktor risiko lain yang dapat memicu terjadinya kanker (Azamris, 2006).

Setiap perempuan mempunyai faktor risiko yang berbeda untuk terkena kanker payudara. Faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya kanker payudara pada perempuan diantaranya adalah frekuensi tinggi konsumsi lemak, riwayat kanker pada keluarga, lama menggunakan kontrasepsi oral lebih dari 10 tahun,

menarache di usia dini, dan adanya riwayat tumor jinak payudara yang dapat berkembang menjadi tumor ganas. Sehingga perlunya intervensi terhadap faktor-faktor risiko tersebut. Risiko untuk kanker payudara pada perempuan seumur hidupnya (hingga usia 85 tahun) adalah 1 berbanding 8 (Price SA, 2005 & Indrati R, 2005).

Dari kepustakaan lain mengatakan bahwa usia juga merupakan faktor yang penting dalam terjadinya kanker. Di Amerika, lebih dari 60% dari kanker terdiagnosis pada pasien yang berusia diatas 65 tahun. Secara keseluruhan, risiko terjadinya kanker di Amerika meningkat 2 kali lipat setiap 5 tahun setelah usia 25 tahun. Meningkatnya resiko kanker pada usia lanjut mungkin merupakan gabungan dari meningkatnya dan bertambahnya lamanya waktu pemaparan terhadap karsinogen serta makin melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat usia.

6.6 Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara Berdasarkan Jenis histopatologi

Berdasarkan jenis histopatologi, kelompok pasien yang terbanyak pada tumor ganas payudara adalah IDC yakni sebanyak 62.02%. Yang menempati urutan ke dua adalah *Adenocarcinoma* sebanyak 31.25% kemudian *Invasive Lobular Carcinoma* yakni sebanyak 2.40%..

Hal ini sesuai dengan penelitian Zebua JL (2011) dengan jenis histopatologi terbanyak adalah Invasif ductal karsinoma mammae sebanyak 151 kasus (77,8%) dan terbanyak yang kedua adalah karsinoma lobular invasif 36

kasus (18,6%) (Zebua JL, 2011). Pada studi yang dilakukan oleh Ebughe *et al* (2013) juga mendapatkan hasil jenis histopatologi yang sama yaitu invasif ductal karsinoma (85,2%) sering ditemukan (Ebughe G et all, 2013). Selain itu penelitian oleh Dauda *et al* (2011) di Nigeria yang melakukan penelitian jenis histopatologi berdasarkan usia menyebutkan bahwa karsinoma duktal invasif lebih sering terjadi pada kelompok usia 60-80 tahun sedangkan karsinoma lobular invasif lebih sering pada kelompok usia 20-40 tahun (Dauda AM, 2011). Pada teori lain juga disebutkan bahwa karsinoma duktal invasif ini merupakan jenis kanker tersering yaitu 80% dari semua kanker payudara (Sjamsuhidajat R, 2010). Karsinoma duktal mempunyai prognosis lebih buruk dibandingkan dengan jenis kanker yang lain (Robbins et all, 2014). Sedangkan pada kejadian karsinoma lobular invasif relatif lebih berisiko meningkat dibandingkan dengan karsinoma duktal invasif terhadap hubungannya dengan peningkatan pemakaian terapi pengganti hormon (Eheman CR et all, 2009).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartaningsih (2013), dimana kasus terbanyak adalah karsinoma duktus invasif dengan total 163 kasus atau sebesar 81,9%. Secara histopatologi kanker payudara dibagi menjadi karsinoma noninvasif dan invasif. Sekitar 70 – 80% kasus termasuk ke dalam kategori *invasive ductal carcinoma*, diikuti dengan *invasive lobular carcinoma* sekitar 5 – 15%. *Invasive lobular carcinoma* sering mengenai perempuan berusia lebih dari 50 tahun, berbeda dengan *invasive ductal carcinoma* yang lebih sering mengenai usia muda. Pola metastasis jauh antara keduanya juga

berbeda, dimana pada *invasive lobular carcinoma* cenderung terjadi penyebaran ke tulang, saluran pencernaan, meningen, uterus, dan lain-lain. *Invasive ductal carcinoma* menyebar lebih sering terjadi ke paru (Tavasolli, 2013).

6.7 Distribusi Pasien Tumor Ganas Payudara Berdasarkan Penanganan

Berdasarkan penanganan yang diberikan selama perawatan rawat inap pada pasien tumor ganas payudara adalah kemoterapi pada kasus baru tumor ganas payudara yakni sebesar 55.77%. Kemudian biopsi sebanyak 32.69%, dan disusul oleh MRM sebanyak 9.13%. Operasi pada umumnya dilakukan pada stadium dini. Semakin dini kanker payudara ditemukan kemungkinan sembuh dengan operasi semakin besar. Pada stadium lanjut wanita penderita kanker payudara masih ada yang operasi, hal ini dikarenakan kemungkinan untuk mengurangi rasa sakit bagi penderita. (Sinaga,2015)\

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian mengenai karakteristik penderita tumor payudara di RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo makassar bagian onkologi bedah periode 2015-2017, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Prevalensi tumor ganas lebih besar daripada tumor jinak payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo makassar bagian onkologi bedah periode 2015-2017
2. Distribusi penderita tumor jinak payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan jenis kelamin paling banyak dialami oleh perempuan dibanding laki-laki.
3. Distribusi penderita tumor jinak payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan usia mencapai puncak pada usia 40-49 tahun.
4. Distribusi penderita tumor jinak payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan jenis histopatologi yang tertinggi adalah Fibroadenoma mammae.

5. Distribusi penderita tumor ganas payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan jenis kelamin paling banyak dialami oleh perempuan dibanding laki-laki.
6. Distribusi penderita tumor ganas payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan usia mencapai puncak pada usia 40-49 tahun
7. Distribusi penderita tumor ganas payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan pemeriksaan histopatologi yang tertinggi adalah Invasif Ductal Carcinoma.
8. Distribusi penderita tumor ganas payudara di RSUP Wahidin Sudirohusodo bagian onkologi bedah berdasarkan penanganan yang paling tinggi diberikan adalah kemoterapi.

7.2 Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan data primer agar mendapatkan hasil yang lebih lengkap, mengingat penelitian dengan mengkaji data sekunder akan terdapat beberapa kekurangan akibat terbatasnya informasi yang tercantum dalam rekam medis pasien
2. Masalah tumor jinak dan tumor ganas payudara merupakan masalah yang kompleks, sehingga diharapkan ada penelitian lanjutan yang mengkaji aspek berbeda dan penelitian ini bisa menjadi salah satu literturnya.

3. Diharapkan adanya penyuluhan ataupun upaya publikasi lainnya mengenai faktor risiko dari tumor jinak dan tumor ganas payudara, sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan maupun pemeriksaan lebih dini.
4. Hendaknya masyarakat senantiasa rutin memeriksakan kesehatan di pelayanan kesehatan agar dapat mendeteksi dini ada atau tidaknya risiko tumor jinak ataupun tumor ganas payudara.

DAFTAR PUSTAKA

Amandito, R. Cynthia,V., Fabianto,S., Gautami, W. & Panigoro,S.S. (2013).
The Characteristics of Breast Cancer Patients in “Dharmais” Hospital National
Cancer Center Jakarta Based on Occupational and Environmental Status. Indonesian
Journal of Cancer Vol. 7, No. 2 April - June 2013.

American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2013-2014. Atlanta:
American Cancer Society Inc. (2013). 1-40

American Cancer Society. Cancer facts and figures 2011. Accessed online
November 4 2014, at:
[http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/doc
ument/acspc-030975.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-030975.pdf)

Ardawati, S. (2014) “Karakteristik Penderita Nyeri Kanker di RS Dr. Wahidin
Sudirohusodo Makassar”, Jurnal Ilmiah Kesehatan, Vol. 3, No. 6; 111-112

Azamris. Analisis faktor risiko pada pasien kanker payudara di rumah sakit
Dr. M. Djamil Padang. Maj Cermin Dunia Kedokteran 2006;152:53-56

Bafakeer SS, Bahafa NS, Aram FO. *Breast disease in southren Yemen*.
Saudi Med J 2010; 31 (9) : 1011-14.

Baswedan, R.H. & Listiowati, E. (2014) Hubungan tingkat pengetahuan
tentang pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) dengan perilaku sadari pada

mahasiswa non kesehatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Biomedika, Volume 6 Nomor 1.p 1-6

Begale P, NV Dravid, Begale S, Ahire. Clinicopathological study of benign breast diseases. *Int J Health Sci Res* 2013;3(2): 47-54.

Bleiweiss, Ira J, et al. (2016) Phyllodes tumours of the breast: a consensus review.

Collins, L.C., Laronga, C. & Wong, J. (2017) Breast ductal Carcinoma in situ: Epidemiology, Clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate.[Accessed 28th May 2018]

Crew KD, Neugut AI, Wang X, Jacobson JS, Grann VR, Raptis G, Hershman DL. Racial disparities in treatment and survival of male breast cancer. *J Clin Oncol* 2007; 25:1089-1098. (PMID: 17369572)

Curtis, M. G., Linares, S. T. & Antoniewicz, L.(2014) Glass office gynecology. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA.

DeVita, V. T. Lawrence, T.S. & Rosenberg, S.A. (2015) DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA.

Ebughe G, Ugare GU, Nnoli MN, Bassey IA, Nwagbara VJ, Udosen Je, et al. Histological type and tumour grade in Nigerian breast cancer: Relationship to

menarche, family history of breast cancer, parity, age, at first birth, and age menopause. *Isojournal* 2013;7(5): 58-63.

Euhus, David M. 2008. Breast Disease. In: Schorge, John, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Barbara L. Hoffman, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, eds. *Williams Gynecology*. United States of America: McGraw-Hill

Hoda, S.A. Brogi, E. Koerner, F. C. & Rosen, Paul P. (2014) *Rosen's breast pathology*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA.

Indrianti, A. (2013) Perbedaan tingkat kualitas hidup pasien kanker payudara ditinjau dari tingkat pendidikan di ruang bugenvil RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO. Available from :

http://repository.ump.ac.id/603/3/BAB%20II_AGUSTINA%20INDRIANTI_KEPERAWATAN%20713.pdf. [Accessed May 30th,2018].

Mills, S. E., Greenson, J. K., Hornick,, J. L., Longacre, T. A. & Reuter, V. E. (2014) *Stenberg's diagnostic surgical pathology*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia USA.

M Ajitha, Srinivasan, Shivaswamy BS, Abhishek V. A systematic study on fibroadenoma of the breast. *IJBAR*. 2012.

Nounou, M,I, et al. (2015) *Breast Cancer: Conventional Diagnosis and Treatment Modalities and Recent Patents and Technologies Supplementary Issue*:

Targeted Therapies in Breast Cancer Treatment. Breast Cancer (Auckl). 2015; 9(Suppl 2): 17–34.

Oktaviana, et al. 2012. *Faktor risiko kanker payudara pada pasien wanita di Rumah Sakit Kanker Dharmais, Jakarta*. Indonesian Journal of Cancer; Vol.6(1).

Paramita,S,I., Makmur, A. & Tripriadi, E,S. (2015) Kesesuaian hasil pemeriksaan ultrasonografi dan histopatologi pada pasien tumor payudara di RSUD Arifin Achmad periode 1 oktober 2013-30 september 2014.JOM FK Volume 2 No. 2 Oktober 2015.

Price SA. Gangguan sistem reproduksi, In : Hartanto H, editor. *Patofisiologi :konsep klinis proses-proses penyakit*. Ed 6. Vol 2. Jakarta : EGC; 2005. pp.303.

Rahmatari, A. (2014) Anggapan kesehatan yang dirasakan wanita usia subur dalam memeriksakan payudara sejak dini. *Jurnal Berkala Epidemiologi* Vol. 2, No. 3 September 2014: 309-320.

Robbins SL, Cotran RS, Kumar V., 2014. *Buku Ajar Patologi*. Volume 2. Edisi 7. Diterjemahkan oleh : Awal Prasetyo. EGC: Jakarta, pp.788-801.

Sabel, M. S. (2017) Overview of benign breast disease. This topic last updated: Jul 05, 2017. UpToDate. [Accessed 25th May 2018]

Santen,JR, Mansel R. Benign breast disorders. *N Engl J med* 2005; 353: 275-85.

Septarini, H. 2014. *Gambaran Kejadian Tumor Payudara di RSUD Serang Tahun 2013*. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.

Sidauruk, HA., Rasmaliah & Hiswani. (2013) *Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (Fam) Rawat Inap Di Rs Santa Elisabeth Medan Tahun 2007-2011*. Program Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

Sinaga LE, Muda S, Rasmaliah (2015). *Karakteristik penderita kanker payudara yang dirawat inap di RS St. Elisabeth Medan tahun 2011 – 2013*.

[http://download.portalgaruda.org/article.php?article=299225&val=4108
&title=KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20KANKER%20PAYU
DARA%20YANG%20DIRAWAT%20INAP%20DI%20RS%20St.%20
ELISABETH%20MEDAN%20TAHUN%202011-2013](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=299225&val=4108&title=KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20KANKER%20PAYUDARA%20YANG%20DIRAWAT%20INAP%20DI%20RS%20St.%20ELISABETH%20MEDAN%20TAHUN%202011-2013)

Sjamsuhidjaat R, Karnadihardja W, Prasetyono TOH, Rudiman R., 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC: Jakarta, pp.176-177, 471-97.

WHO classification of breast tumors. PathologyOutlines.com website.
Available from :
<http://www.pathologyoutlines.com/topic/breastmalignantwhoclassification.html>.
[Accessed April 16th, 2018].

Zebua , J., 2011. *Gambaran Histopatologi Tumor Payudara Di Instalasi Patologi Anatomi RSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2009-2010*. Skripsi FKM USU

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Penelitian

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS HASANUDDIN FAKULTAS KEDOKTERAN PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER	
<small>Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax. (0411) 586297</small>		
Nojnor	: 10933/UN4.6.8/TP.02.02/2018	Makassar, 2 Agustus 2018
Lamp	: ---	
Hal	: Permohonan Izin Penelitian	
 Yth. Direktur RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar		
 Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :		
N a m a	: Yustin Marinta	
N i m	: C11115081	
 bermaksud melakukan penelitian di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo dengan Judul Penelitian " Karakteristik Pasien Tumor Payudara di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2015-2017 ".		
 Sehubungan hal tersebut kiranya yang bersangkutan dapat diberi izin untuk melakukan penelitian dalam rangka penyelesaian studinya.		
 Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.		
 Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Unhas dr. Agussalim Bukhari, M.Med,Ph.D,Sp.GK(K) Nip. 19700821 199903 1 001		
 <u>Tembusan :</u>		
1. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Pengembangan FK Unhas		
2. Kasubag. Pendidikan FK Unhas		
3. Arsip		

Lampiran 2 Surat Rekomendasi Persetujuan Etik



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.
Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed,PhD, SpGK TELP. 081225704670 e-mail : agussalimbukhari@yahoo.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 576 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2018

Tanggal: 27 Agustus 2018

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH18080476	No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Yustin Marinta	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Karakteristik Pasien Tumor Payudara di RS Wahidin Sudirohusodo Tahun 2015-2017		
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	23 Agustus 2018
No Versi PSP		Tanggal Versi	
Tempat Penelitian	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar		
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 27 Agustus 2018 sampai 27 Agustus 2019	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 3 Surat Penugasan Ujian Akhir



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
DEPARTEMEN ILMU BEDAH
KOORDINATOR PENDIDIKAN MAHASISWA
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10, Tamalanrea – Makassar 90245
Telp/Fax: 0411- 585771, E-mail: kpm_ilmubedah@yahoo.com

SURAT PENUGASAN

No.17355/UN.4.6.7/DA.08.04/2018

Dari : Ketua Departemen Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas
Hasnuddin.

Kepada : Mereka yang tersebut namanya dalam lampiran surat penugasan ini.

- Isi :
1. Dalam rangka kelancaran pelaksanaan kepanitraan klinik Mahasiswa pendidikan dokter ujian proposal skripsi yang berlangsung pada hari Rabu 07 November 2018, maka saudara di tugaskan untuk menjadi penguji ujian Proposal skripsi.
 2. Bahwa yang tersebut namanya dalam daftar lampiran surat penugasan ini di anggap cakap dan mampu melaksanakan tugas tersebut.
 3. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal 07 November 2018. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam surat penugasan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Makassar
Pada Tanggal : 06 November 2018

Ketua Departemen Ilmu Bedah


Dr. dr. Warsingih, Sp.B-KBD
NIR.196202211990021002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
DEPARTEMEN ILMU BEDAH
KOORDINATOR PENDIDIKAN MAHASISWA
RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10, Tamalanrea – Makassar 90245
Telp/Fax: 0411- 585771, E-mail: kpm_ilmubedah@yahoo.com

Lampiran : 17355/UN.4.6.7/DA.08.04/2018

**DAFTAR NAMA PENGUJI UJIAN PROPOSAL SKRIPSI
DEPARTEMEN ILMU BEDAH FKUH
SEMESTER AWAL 2018/2019**

NO	NIM	NAMA	PENGUJI
1	C111 15 081	Yustin Marinta	1. Dr.dr. William Hamdani.Sp.B(K)Onk 2. Dr.dr. Prihantono.Sp.B(K)Onk
2	C111 15 082	Andi Juliana Ramdani	3. dr. Salman Ardy Syamsu.Sp.B(K)Onk 4. dr. Nilam Smaradhani,Sp.B(K)Onk

Lampiran 4 Data Diri Penulis

CURRICULUM VITAE

1. Nama : Yustin Marinta
2. Tempat/Tgl Lahir : 16 Januari 1998
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Katolik
5. Alamat Sekarang : Jalan Perintis Kemerdekaan IV
6. Alamat Asal : Tana Toraja
7. Nomor HP : 0852428489155
8. Email : yustinm82@gmail.com
9. Pendidikan Terakhir : SMA
10. Riwayat Pendidikan



No.	Institution	Jurusan	Tahun
1	SDN 283 SOPAI	-	2003-2009
2	SMPN 1 SOPAI	-	2009-2012
3	SMAN 2 RANTEPAO	IPA	2012-2015
4	UNIVERSITAS HASANUDDIN	Pendidikan Dokter Umum	2015-sekarang