

SKRIPSI
DESEMBER 2018

**KARAKTERISTIK TUMOR TROFOBLASTIK GESTASIONAL DI
RS WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR TAHUN 2017**



Oleh:

MUHAMMAD SYAFIQ IZZUDDIN BIN AZMAN
C111 15 853

Pembimbing :

Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, Sp.OG

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Syafiq Izzuddin bin Azman

NIM : C111 15 853

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya tulis yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kemudian hari terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain sebagai hasil pemikiran saya sendiri, maka gelaran dan ijazah yang telah diberikan oleh universitas batal saya diterima.

Makassar, 29 November 2018

Yang menyatakan,

Muhammad Syafiq Izzuddin bin Azman

LEMBAR PENGESAHAN

Telah dipersetujui untuk dilaksanakan

Judul Skripsi Penelitian

**KARAKTERISTIK TUMOR TROFOBLASTIK GESTASIONAL DI RS
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR TAHUN 2017**

OLEH:

MUHAMMAD SYAFIQ IZZUDDIN BIN AZMAN

C111 15 853

MAKASSAR, 28 DESEMBER 2018

DOSEN PEMBIMBING

Dr. dr Sharvianty Arifuddin, SpOG (K)

NIP. 19730831 200604 2 001

BAGIAN ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2018

TELAH DISETUJUI DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi:

**“KARAKTERISTIK TUMOR TROFOBLASTIK GESTASIONAL DI
RS WAHIDIN SUDIROHUSODO TAHUN 2017”**

Makassar, 28 Desember 2018

Dosen Pembimbing



Dr. dr Sharvianty Arifuddin, SpOG (K)

NIP. 19730831 200604 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini di ajukan:

Nama : Muhammad syafiq Izzuddin bin Azman

Nim : C111 15 853

Fakultas/Program Studi: kedokteran/Pendidikan Dokter

Judul Skripsi : KARAKTERISTIK TUMOR TROFOBLASTIK
GESTASIONAL DI RS WAHIDIN SUDIROHSODO TAHUN 2017

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, SpOG (K)

(Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, SpOG (K))

Penguji I : Dr. dr. Masita Fujiko, SpOG. K

(Dr. dr. Masita Fujiko, SpOG. K)

Penguji II : dr. Nuraini Abidin, SpOG. K

(dr. Nuraini Abidin, SpOG. K)

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul **“KARAKTERISTIK TUMOR TROFOBLASTIK GESTASIONAL DI RS WAHIDIN SUDIROHUSODO TAHUN 2017”** oleh:

Nama : Muhammad Syafiq Izzuddin bin Azman

NIM : C111 15 853

Telah disetujui untuk dibacakan pada Seminar Hasil di Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada:

Hari/Tanggal : Jumat / 28 Desember 2018

Pukul : 11.00 WITA

Tempat : RSUH/UPF Dept. OBGIN Lt. 3

Makassar, 28 Desember 2018

Mengetahui,

Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, SpOG (K)

NIP. 19770831 200604 2 001

ABSTRAK

Penyakit trofoblas gestasional (PTG) adalah sekelompok tumor yang ditandai dengan proliferasi trofoblas abnormal. PTG terdiri dari mola hidatidosa dan bentuk keganasan yaitu tumor trofoblastik gestasional (TTG). Tumor trofoblastik gestasional (TTG) merupakan suatu tumor ganas yang berasal dari sito dan sinsitotrofoblas yang menginvasi miometrium, merusak jaringan disekitarnya dan pembuluh darah sehingga menyebabkan perdarahan.

Penelitian ini bertujuan mencari angka kejadian dan karakteristik pasien tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif, besar sampel sebanyak 8 rekam medis dengan teknik pemilihan sampel menggunakan *total sampling*. Informasi tentang usia penderita, keluhan utama, status gizi (IMT), riwayat pemakaian kontrasepsi, riwayat obstetrik (kehamilan sebelum), riwayat pengobatan, staging & skoring prognostik, kadar TSh dan penatalaksanaan diambil berdasarkan data-data sekunder yang telah tercatat dalam rekam medis pada tahun 2017 dimana hasil penelitian disajikan tabel distribusi frekuensi untuk setiap karakteristiknya.

Kejadian TTG di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar sepanjang tahun 2017 adalah sebanyak 8 kasus. Karakteristik pasien TTG paling banyak adalah pada kelompok usia penderita 20 – 40 tahun (62.5%), keluhan perdarahan beserta nyeri perut (62.5%), status gizi (IMT) normal (50.0%), riwayat tidak pernah menggunakan kontrasepsi (62.5%), kehamilan mola sebelumnya (62.5%), riwayat kemoterapi dengan kontrol β -hCG, tumor dengan stadium 1 (50.0%) dan penatalaksanaan terbanyak adalah kemoterapi tunggal dan operasi.

Terdapat perbedaan antara hasil yang didapat pada penelitian dengan teori yang pernah dikeluarkan dan dibahas. Perlu dilakukakn penelitian lebih lanjut dalam melihat keseluruhan karakteristik TTG dan lakukan penelitian tentang faktor risiko serta etiologi dari TTG untuk upaya pencegahan kepada masyarakat.

Kata kunci : mola hidatidosa, penyakit trofoblas gestasional (PTG), tumor trofoblastik gestasional (TTG), karakteristik

ABSTRACT

Gestational trophoblastic disease (GTD) is a group of tumors characterized by abnormal trophoblast proliferation. GTD consists of hydatidiform mole and malignant form, namely gestational trophoblastic tumor (GTT). Gestational trophoblastic tumor (GTT) is a malignant tumor originating from cyto and syncytiotrophoblasts which invades myometrium, damaging the surrounding tissue and blood vessels causing bleeding.

This study aims to find out the incidence and characteristics of gestational trophoblastic tumor's patients at RS Wahidin Sudirohusodo Makassar in 2017. This study used a descriptive method, the sample size was 8 medical records with the technique of selecting samples using total sampling. Information about the age of the patient, major complaints, nutritional status (BMI), history of contraceptive use, obstetric history (antecedent pregnancy), medical treatment history, staging & scoring prognostic, TSh levels and management were taken based on secondary data recorded in the medical record at in 2017 where the results of the study are presented in the frequency distribution table for each of its characteristics.

GTT events in RS Wahidin Sudirohusodo Makassar throughout 2017 are as many as 8 cases. The characteristics of most GTT patients were in the age group of 20-40 years (62.5%), bleeding and abdominal pain complaints (62.5%), normal nutritional status (BMI) (50.0%), history of never using contraception (62.5%), previous mole pregnancy (62.5%), history of chemotherapy with b-hCG control, tumor with stadium 1 staging (50.0%) and the most management was single chemotherapy and surgery.

There are differences between the results obtained in the study and the theories that have been issued and discussed. Further research is needed to look at the overall characteristics of the GTT and conduct research on the risk factors and etiology of the GTT for prevention efforts to the community.

Keywords : hydatidiform mole, gestational trophoblastic disease (GTD), trophoblastic gestational tumor (GTT), characteristic

KATA PENGANTAR

Segala kemuliaan hanya bagi Tuhan. Puji Tuhan. akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada program studi pendidikan dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada masa penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyatakan penghargaan dan mengucapkan terima kasih kepada:

1. Tuhan atas berkat dan perkenanan-Nya yang tak terhingga sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar dan tepat waktu.
2. **Prof. dr. Budu, Sp.M(K) M.MedEd**, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. dr. Sharvinty Arifuddin, Sp.OG(K)** selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan, masukan, saran, dan kritik kepada peneliti, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. **Dr. dr. Masita Fujiko, Sp. OG(K)** dan **dr. Nuraini Abidin, Sp. OG(K)** selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan arahan, masukan, saran, dan kritik kepada peneliti sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.
5. **Prof. Dr. Dwi A. Tina Pulubuhu MA** selaku rektor Universitas Hasanuddin atas fasilitas yang diberikan kepada penulis serta kesempatan untuk mengikuti dan

menyelesaikan pendidikan program sarjana pendidikan dokter di Universitas Hasanuddin.

6. **Dr. dr. Irfan Idris MS, Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, Sp.GL, Sp.PD-KGH,** dan **dr. Firdaus Hamid, Ph.D** selaku Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin atas dukungan yang diberikan selama melaksanakan penelitian.
7. **dr. Agussalim Bukhari, M.Ked, PH.D, Sp.GK(K)** selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
8. **En. Azman bin Surip** dan **Pn. Rozita binti Mokhtar** selaku ibubapa saya tidak pernah putus mendoakan kelancaran penelitian dan memberi semangat selama penelitian berjalan.
9. **Anis Nabilah binti Muhammad Razi @ Nor Rozi** sebagai rakan seperjuangan dalam penyusunan skripsi yang selalu mendoakan serta memberikan tunjuk ajar kepada penulis dalam menyelesaikan penelitian.
10. Seluruh pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberi bantuan dalam terlaksananya penelitian dan penulisan skripsi ini.

Peneliti memohon maaf bila masih terdapat kesalahan dalam pembuatan skripsi ini karena penulis hanya manusia biasa yang tak luput dari kesalahan.

Makassar, 28 December 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
BAGIAN ILMU OBSTETRI DAN GINEKOLOGI	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Pertanyaan Masalah	2
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.6 Ruang Lingkup	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Definisi	6
2.2 Etiologi	6
2.3 Patogenesis	7
2.4 Manifestasi Klinis	14
2.5 Pemeriksaan Diagnostik	15
2.6 Stadium & Skoring Prognosis	16
2.7 Penatalaksanaan	18

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN	20
3.1 Dasar Pemikiran Variable yang diteliti	20
3.2 Kerangka Teori	21
3.3 Kerangka Konsep	22
3.4 Definisi Operasional Variable	23
BAB 4 METODE PENELITIAN	27
4.1 Desain Penelitian	27
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	27
4.3 Populasi dan Sample Penelitian	27
4.4 Jenis Data dan Instrumen Penelitian	28
4.5 Manajemen Data	28
4.6 Etika Penelitian	29
BAB 5 HASIL PENELITIAN	30
BAB 6 PEMBAHASAN	48
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	54
7.1 Kesimpulan	54
7.2 Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	17
Tabel 2.2	18
Tabel 5.1	30
Tabel 5.2	31
Tabel 5.3	33
Tabel 5.4	34
Tabel 5.5	36
Tabel 5.6	37
Tabel 5.7	39
Tabel 5.8	40
Tabel 5.9	42
Tabel 5.10	43
Tabel 5.11	45
Tabel 5.12	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	32
Gambar 5.2	33
Gambar 5.3	35
Gambar 5.4	36
Gambar 5.5	38
Gambar 5.6	39
Gambar 5.7	41
Gambar 5.8	42
Gambar 5.9	44
Gambar 5.10	45
Gambar 5.11	47

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor trofoblastik gestasional (TTG) adalah suatu tumor ganas yang berasal dari sito dan sinsitotrofoblas yang menginvasi miometrium, merusak jaringan disekitarnya dan pembuluh darh sehingga menyebabkan perdarahan.

Penyakit ini dapat didahului oleh proses fertilisasi (mola hidatidosa, kehamilan biasa, abortus, kehamilan ektopik) bahkan dapat merupakan produk langsung dari hasil konsepsi atau yang bukan didahului oleh suatu kehamilan. TTG yang didahului proses pembuahan sel telur digolongkan sebagai “koriokarsinoma dengan kehamilan” (*gestational choriocarcinoma*) sedang yang tanpa didahului pembuahan sel telur dikenal sebagai koriokarsinoma tanpa kehamilan (non gestational choriocarcinoma) yakni yang berasal dari tumor sel germina pada ovarium. Dari sini terlihat setiap wanita dihadapkan akan kemungkinan menderita penyakit trofoblas.

Studi epidemiologi melaporkan variasi regional yang luas pada insidensi mola hidatidosa. Studi yang dilakukan di Amerika Utara, Australia, Selandia Baru, dan Eropa menunjukkan insidensi mola adalah 0,57-1,1 per 1.000 kehamilan, sedangkan studi di Asia Tenggara dan Jepang menunjukkan insidensi yang tinggi yaitu 2 dari 1.000 kehamilan. 2-3 Negara-negara dengan frekuensi mola hidatidosa tertinggi adalah Mexico, Iran, dan Indonesia.

Data tentang insidensi koriokarsinoma lebih terbatas karena koriokarsinoma lebih jarang ditemukan dibandingkan dengan mola hidatidosa dan sulit membedakan koriokarsinoma postmolar dari mola invasif. Di Eropa dan Amerika Utara, koriokarsinoma terjadi pada 1 per 40.000 kehamilan² dan 1 per 40 mola hidatidosa⁶, sedangkan di Asia Tenggara dan Jepang angka kejadian lebih tinggi yaitu 9,2 dan 3,3 per 40.000 kehamilan.

Oleh demikian, pelbagai data berhubung faktor risiko penyakit ini adalah penting bagi mengetahui lebih jelas penelitian karakteristik tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar bagi tahun 2017.

1.2 Rumusan Masalah

Belum diketahui karakteristik tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin

Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017.

1.3 Pertanyaan Masalah

- a) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan usia penderita ?
- b) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan keluhan utama ?
- c) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan status gizi (IMT) ?
- d) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan pemakaian kontrasepsi ?

- e) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan riwayat obstetrik (kehamilan sebelum) ?
- f) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan riwayat pengobatan ?
- g) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan staging & skoring prognostik ?
- h) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan kadar hormon TSH dan FT4 ?
- i) Bagaimana distribusi Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan penatalaksanaan ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Bagaimana karakteristik tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017 ?

1.4.2 Tujuan Khusus

- a) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan usia penderita.
- b) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan keluhan utama.
- c) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan status gizi (IMT).

- d) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan pemakaian kontrasepsi.
- e) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan riwayat obstetrik (kehamilan sebelum).
- f) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan riwayat pengobatan.
- g) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan stadium dan skoring prognostik.
- h) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan kadar hormon TSH dan FT4.
- i) Untuk mengetahui distribusi tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 berdasarkan penatalaksanaan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat aplikasi: Sebagai bahan informasi bagi petugas kesehatan RS Wahidin Sudirohusodo dalam rangka melengkapi pelbagai data rekam medik terhadap tumor trofoblastik gestasional.

1.5.2 Manfaat teoritik: Sebagai pengalaman berharga bagi peneliti untuk menambah dan mengembangkan potensi diri dalam bidang penelitian.

1.5.3 Manfaat metodologi: Sebagai bahan rujukan bagi penelitian lain yang ingin mengadakan penelitian tumor trofoblastik gestasional.

1.6 Ruang lingkup

Ruang lingkup penelitian ini dengan menggunakan tilik RS Wahidin Sudirohusodo di pilih sebagai tempat penelitian kerna wilayahnya terjangkau oleh peneliti. Selain itu, rumah sakit ini merupakan rumah sakit pusat rujukan dengan fasilitas pemeriksaan dan penanganan terhadap penyakit trofobas ganas yang lengkap di Sulawesi Selatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi

Trofoblas gestasional adalah sekumpulan penyakit yang berkaitan dengan vili korialis, terutama sel trofoblas dan berasal dari suatu kehamilan. Pada umumnya, setiap kehamilan berakhir dengan kelahiran anak cukup bulan dan tidak cacat, namun hal ini tidak selalu terjadi demikian. Kadang-kadang terjadi kegagalan dalam kehamilan, hal ini bergantung dari bentuk gangguan yang dialami. Salah satunya bentuk kegagalan kehamilan yaitu vili korialis yang seluruhnya atau sebagian berkembang tidak wajar berbentuk gelembung-gelembung seperti anggur. Kelainan ini disebut mola hidatidosa. Lima belas sampai dua puluh persen penderita mola hidatidosa dapat berubah menjadi ganas dan ini dikenal sebagai tumor trofoblas gestasional (Sastrawinata, 2004).

2.2 Etiologi

- a) Usia penderita ;

Risiko terjadi TTG paling besar didapat pada populasi berumur <15 tahun dan >40 tahun.

- b) Kehamilan sebelumnya ;

Risiko TTG meningkat apabila sang ibu pernah memiliki riwayat mengalami TTG sebelumnya yaitu 20-40 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum.

c) Etnik ;

Secara umum, risiko terjadinya TTG lebih sering pada etnik Asia, Afrika dan Afrika Tengah.

d) Genetik ;

Terjadinya kasus TTG rekuren yang bersifat familial telah dilaporkan. Ini menandakan bahwa terdapat dasar genetic untuk terjadinya TTG.

e) Faktor lingkungan ;

Faktor lingkungan yang diduga mendukung terjadinya TTG adalah merokok, menggunakan kontrasepsi oral, dan radiasi.

2.3 Patogenesis

2.3.1 Mola hidatidosa

Di dalam kavum uteri terdapat jaringan vesikular berukuran bervariasi, yang kecil sebesar kacang hijau, yang besar berdiameter hingga 1-3 cm, dindingnya tipis, di dalam vesikel terdapat cairan jernih tak berwarna atau kuning muda. Di antara jaringan vesikular terdapat serat halus saling berhubungan, bentuknya seperti untaian anggur. Pada mola hidatidosa parsial terdapat korion dan jaringan normal fetal lain.

Karakteristik histologinya adalah sel trofoblas mengalami hiperplasia bervariasi derajatnya, edema interstisial vili, vaskular interstisial hilang atau sangat sedikit. Sel trofoblas mengitari vili, sel trofoblas sinsitial di lapisan luar, sel sitotrofoblas di lapisan dalam. Vili tidak menginvasi lapisan otot uterus, tapi dapat menginvasi vaskular.

2.3.2 Mola hidatidosa invasif

Karakteristik mola invasif adalah jaringan mola menginvasi lapisan otot uterus atau timbul metastasis ke bagian lain. Dasar diagnosis patologi adalah pertama, harus menemukan korion atau bayangan korion yang sudah regresi, sel trofoblas dapat mengalami hiperplasia bervariasi : ke dua, terdapat invasi lapisan otot uterus atau metastasis ekstrauterina. Metastasis ekstrauterina terjadi sekitar 60-65%, paling sering ke paru (52,2%), lalu ke vagina (15,9%), parametrium (11,8%), juga dapat terjadi ke otak, medula spinalis, hati, otot rangka. Temuan patologik di lesi metastatik pada dasarnya menyerupai lesi primer di uterus. Tapi ada kalanya lesi primer dan lesi metastatik memiliki manifestasi berbeda, umumnya dianggap bila di suatu lokasi ditemukan korion, maka harus dimasukkan dalam statistik mola invasif.

Menurut Cunningham dalam buku Obstetri, dalam stadium pertumbuhan mola yang dini terdapat beberapa ciri khas yang membedakan dengan kehamilan normal, namun pada stadium lanjut trimester pertama dan selama trimester kedua sering terlihat perubahan sebagai berikut:

a. Perdarahan

Perdarahan uterus merupakan gejala yang mencolok dan bervariasi mulai dari spotting sampai perdarahan yang banyak. Perdarahan ini dapat dimulai sesaat sebelum abortus atau yang lebih sering lagi timbul secara intermiten selama berminggu-minggu atau setiap bulan. Sebagai akibat perdarahan tersebut gejala anemia ringan sering dijumpai. Anemia defisiensi besi merupakan gejala yang sering dijumpai.

b. Ukuran uterus

Uterus yang lebih sering tumbuh lebih besar dari usia kehamilan yang sebenarnya. Mungkin uterus lewat palpasi sulit dikenali dengan tepat pada wanita nullipara, khusus karena konsistensi tumor yang lunak di bawah abdomen yang kenyal. Ovarium kemungkinan mempunyai konsistensi yang lebih lunak.

c. Aktivitas janin

Meskipun uterus cukup membesar mencapai bagian atas symphysis, secara khas tidak akan ditemukan aktivitas janin, sekalipun dilakukan test dengan alat yang sensitive sekalipun. Kadang-kadang terdapat plasenta kembar pada kehamilan mola hidatidosa komplis. Pada salah satu plasentanya sementara plasenta yang lainnya dan janinnya sendiri terlihat normal. Demikian pula sangat jarang ditemukan perubahan mola inkomplit yang luas pada plasenta dengan disertai dengan janin yang hidup.

d. Embolisasi

Trofoblas dengan jumlah yang bervariasi dengan atau tanpa stroma villus dapat keluar dari dalam uterus dan masuk ke dalam aliran darah vena. Jumlah tersebut dapat sedemikian banyak sehingga menimbulkan gejala serta tanda emboli pulmoner akut bahkan kematian. Keadaan fatal ini jarang terjadi. Meskipun jumlah trofoblas dengan atau tanpa stroma villus yang menimbulkan embolisasi ke dalam paru-paru terlalu kecil untuk menghasilkan penyumbatan pembuluh darah pulmoner namun lebih lanjut trofoblas ini dapat menginvasi parenkim paru. Sehingga terjadi metastase yang terbukti lewat pemeriksaan radiografi. Lesi tersebut dapat terdiri dari trofoblas saja (koriokarsinoma metastasik) atau trofoblas dengan stroma villus (mola hidatidosa metastasik). Perjalanan selanjutnya lesi tersebut bisa diramalkan dan sebagian terlihat menghilang spontan yang dapat terjadi segera setelah evakuasi atau bahkan beberapa minggu atau bulan kemudian. Sementara sebagian lainnya mengalami proliferasi dan menimbulkan kematian wanita tersebut bila tidak mendapatkan pengobatan yang efektif.

e. Disfungsi tiroid

Kadar tiroksi plasma pada wanita dengan kehamilan mola biasanya mengalami kenaikan yang cukup tinggi, namun gambaran hipertiroidisme yang tampak secara klinik tidak begitu sering dijumpai. Amir dkk (1984) dan Curry dkk (1975) menemukan hipertiroidisme pada sekitar 2% kasus kenaikan kadar tiroksin plasma, bisa merupakan efek primer estrogen

seperti halnya pada kehamilan normal dimana tidak terjadi peningkatan kadar estrogen bebas dan presentasi triioditironim yang terikat oleh resin mengalami peningkatan. Apakah hormon tiroksin bebas dapat meninggi akibat efek mirip tirotropin yang ditimbulkan oleh korionik gonadotropin atau apakah varian hormon inilah yang menimbulkan semua efek tersebut masih merupakan masalah yang kontroversial (Amir, dkk, 1984, Man dkk, 1986).

f. Ekspulsi spontan

Kadang-kadang gelembung-gelembung mola hidatidosa sudah keluar sebelum mola tersebut keluar spontan atau dikosongkan dari dalam uterus lewat tindakan. Ekspulsi spontan paling besar kemungkinannya pada kehamilan sekitar 16 minggu. Dan jarang lebih dari 28 minggu.

2.3.3 Koriokarsinoma

Koriokarsinoma merupakan tumor sel trofoblas yang sangat ganas. Karakteristiknya adalah sel trofoblas tidak membentuk korion atau mola hidatidosa, tapi secara sporadis menginvasi lapisan otot uterus, menimbulkan destruksi hebat dan dari itu bermetastasis ke jaringan atau organ lain. Progresi penyakit sangat cepat, dan dapat membawa kematian cepat.

Koriokarsinoma dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu jenis gravidarum dan jenis non gravidarum. Koriokarsinoma gravidarum terjadi menyusul kehamilan normal atau pun abnormal, umumnya timbul pada usia reproduktif, dapat dipandang sebagai suatu tumor transplantasi alogenk. Koriokarsinoma non

gravidum tergolong berciri teratoma, berasal dari jaringan tubuh pasien sendiri, prognosinya buruk.

Bentuk tumor trofoblas yang sangat ganas ini dapat dianggap sebagai suatu karsinoma dari epitel korion, walaupun perilaku pertumbuhan dan metastasisnya mirip dengan sarkoma. Faktor-faktor yang berperan dalam transformasi keganasan korion tidak diketahui. Pada koriokarsinoma, kecenderungan trofoblas normal untuk tumbuh secara invasif dan menyebabkan erosi pembuluh darah sangatlah besar. Apabila mengenai endometrium, akan terjadi perdarahan, kerontokan dan infeksi permukaan. Masa jaringan yang terbenam di miometrium dapat meluas keluar, muncul di uterus sebagai nodul-nodul gelap irreguler yang akhirnya menembus peritoneum.

Gambaran diagnostik yang penting pada koriokarsinoma, berbeda dengan mola hidatidosa atau mola invasif adalah tidak adanya pola vilus. Baik unsur sitotrofoblas maupun sinsitium terlibat, walaupun salah satunya mungkin predominan. Dijumpai anplasia sel, sering mencolok, tetapi kurang bermanfaat sebagai kriteria diagnostik pada keganasan trofoblas dibandingkan dengan pada tumor lain. Pada pemeriksaan hasil kuretase uterus, kesulitan evaluasi sitologis adalah salah satu faktor penyebab kesalahan diagnosis koriokarsinoma. Sel-sel trofoblas normal di tempat plasenta secara salah di diagnosis sebagai koriokarsinoma. Metastasis sering berlangsung dini dan umumnya hematogen karena afinitas trofoblas terhadap pembuluh darah.

Koriokarsinoma dapat terjadi setelah mola hidatidosa, abortus, kehamilan ektopik atau kehamilan normal . tanda tersering, walaupun tidak selalu ada, adalah perdarahan irreguler setelah masa nifas dini disertai subinvolusi uterus. Perdarahan dapat kontinyu atau intermitten, dengan perdarahan mendadak dan kadang-kadang masif. Perforasi uterus akibat pertumbuhan tumor dapat menyebabkan perdarahan intraperitonium. Pada banyak kasus, tanda pertama mungkin adalah lesi metatatik. Mungkin ditemukan tumor vagina atau vulva. Wanita yang bersangkutan mungkin mengeluh batuk dan sputum berdarah akibat metastasis di paru. Pada beberapa kasus, di uterus atau pelvis tidak mungkin dijumpai koriokarsinoma karena lesi aslinya telah lenyap, dan yang tersisa hanya metastasis jauh yang tumbuh aktif. Apabila tidak di terapi, koriokarsinoma akan berkembang cepat dan pada mayoritas kasus pasien biasanya akan meninggal dalam beberapa bulan. Kausa kematian tersering adalah perdarahan di berbagai lokasi.

Pasien di golongan beresiko tinggi jika penyakit lebih dari 4 bulan, kadar gonadotropin serum lebih dari 40.000 mIU/ml, metastasis ke otak atau hati, tumor timbul setelah kehamilan aterm, atau riwayat kegagalan kemoterapi, namun menghasilkan anagka kesembuhan tertinggi dengan kemoterapi kombinasi yaitu menggunakan etoposid, metotreksat, aktinomisin, siklofosamid, dan vinkristin (Schorage et al, 2000).

2.3.4 Placental Site Trophoblastic Tumor

(PSTT= *placental site trophoblastic tumor*) sangat jarang ditemukan, dalam belasan tahun terakhir baru secara resmi istilah ini dipakai, merupakan

penyakit trofoblastik jenis keempat selain mola, mola invasif dan koriokarsinoma.

Uterus membesar, tumor tumbuh polipoid, berwarna kuning keputihan, konsistensi lunak, menonjol ke dalam rongga uteri, atau memnembus tunika serosa, di area lesi terdapat fokus perdarahan kecil. Tumor terutama terbentuk dari sel trofoblas intermediet, bentuk sel bundar, poligonal atau spindel, sitoplasma banyak, metakromatik. Inti sel umumnya tunggal, bervariasi ukuran dan bentuknya, mitosis jarang ditemukan, rata-rata 2 buah per 10 lapang pandang besar. Invasi tumor ke lapisan otot memiliki kekhasan, yaitu sel tumor tampak berbentuk sebaran tunggal, korda atau folium kecil menginfiltrasi menelusuri intravaskuler otot uteri, serabut otot polos umumnya intak, di antara sel tumor timbul zat fibrinoid homogen atau terdapat invasi vaskular bervariasi, dapat ditemukan fokus kecil perdarahan. Endometrium tampak bereaksi desidual, tak tampak struktur vili. Pemeriksaan histokimia atau sel tumor positif terhadap hPL, hCG dan SP1, khususnya hPL positif bermakna penting untuk diagnosis dan tindak lanjut.

2.3.5 Epithelioid Trophoblastic Tumor

Tumor ini berbeda dari koriokarsinoma gestasional dan PSTT. Riwayat kehamilan sebelumnya mungkin jauh, atau beberapa diantara kasus, kehamilan sebelumnya tidak dapat dikonfirmasi (Palmer, 2008). Tumor ini berkembang dari transformasi neoplastik oleh *chorionic-type intermediate trophoblast*. Secara mikroskopis, tumor ini menyerupai PSTT tetapi sel-sel lebih kecil dan lebih sedikit sel pleomorfik yang muncul.

Tumor ini tumbuh secara nodular berbanding PSTT yang tumbuh dengan pola infiltratif.

2.4 Manifestasi klinis

Manifestasi yang muncul pada seseorang yang menderita tumor trofoblastik gestasional dapat dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

- a. Keluhan utama yaitu amenore dan perdarahan pervaginam
- b. Perubahan yang menyertai:
 - 1) Perdarahan uterus pada trisemeter pertama
 - 2) Hilangnya denyut jantung fetus (bayi) dan struktur tubuh fetus
 - 3) Pecahnya vesikal
 - 4) Mual muntah pada saat kehamilan
 - 5) Uterus lebih besar dari tuanya kehamilan
 - 6) Kadar hCG (Human Chorionic Gonadotropin) yang jauh lebih tinggi dari kehamilan biasa. Pada kehamilan biasa, kadar hCG darah paling tinggi 100.000 IU/L, sedangkan pada mola hidatidosa bisa mencapai 5000.000 IU/L
 - 7) Adanya kista lutein, baik unilateral maupun bilateral
- c. Adanya penyulit lain, seperti:
 - 1) Preeklamsi
 - 2) Tirotoksikosis
 - 3) Emboli paru (jarang)

Disamping hal ini, manifestasi klinis lainnya yang biasa muncul adalah mual, muntah, dan jarang makan. MHK mempunyai keluhan dan penyulit yang lebih besar dibandingkan dengan MHP (Sastrawinata, 2004).

2.5 Pemeriksaan diagnostik

Alat diagnosis terpenting adalah pemeriksaan fisik yang seksama, karena tumor itu biasanya solid, transiluminasi. Tomografi koputasi (CT) digunakan untuk menilai adanya penyakit metastasis. Pemeriksaan ini diikuti segera tindakan bedah (biasanya orkhidektomi inguinal) dan pemeriksaan histology. Pemeriksaan USG untuk memastikan keberadaan dan lokasi suatu massa harus diikuti dengan CT dada, perut, dan pelvis untuk menentukan stadium tumor. Pemeriksaan pencitraan setiap penderita dengan tanda dan gejala tumor sel benih harus meliputi radiografi polos, CT scan dada, dan scan tulang radionuklida untuk mengenali penyakit metastasis. Untuk penderita dengan tumor sakrokosigeal, MRI lebih jitu daripada CT scan dalam mengidentifikasi ekstensi tumor local ke dalam tulang yang berdekatan atau saluran intraspinal. Diagnosis pasti dikonfirmasi secara histology setelah eksisi bedah atau biopsy. Kadar AFP dan β -HCG serum harus diukur waktu penderita ditemukan dan dipantau selama terapi. Petanda biologic ini amat berguna dalam proses diagnosis dan pada evaluasi efektivitas terapi.

2.6 Stadium dan Skoring Prognosis

2.6.1 Stadium

Pembagian stadium/staging oleh *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) bersifat sederhana, mengacu pada hasil pemeriksaan klinis dan pencitraan, misalnya foto torak.

Tabel 2.1 : Staging klinis menurut FIGO

Stadium I	Tumor trofoblastik gestasional terbatas pada korpus uteri
Stadium II	Tumor trofoblastik gestasional meluas ke adneksa atau vagina, namun terbatas pada struktur genitalia.
Stadium III	Tumor trofoblastik gestasional bermetastasis ke paru, dengan atau tanpa metastasis di genitalia interna.
Stadium IV	Bermetastasis ke tempat lain

2.6.2 Skoring prognosis

Ada beberapa sistem yang digunakan untuk mengkategorikan tumor trofoblastik gestasional. Semua sistem mengkorelasikan antar gejala klinik pasien dan risiko kegagalan pada kemoterapi. Sistem Skoring FIGO tahun 2000 merupakan modifikasi sistem skoring WHO. Perhitungang faktor prognostic dengan skor 0-6 dianggap sebagai pasien dengan resiko rendah, sedangkan dengan skor > 6 maka dianggap sebagai beresiko tinggi.

Tabel 2.2 : Skoring faktor risiko menurut FIGO (WHO) dengan staging FIGO

Skor	0	1	2	4
Usia	< 40	>=40	--	--
Kehamilan sebelumnya	Mola	Abortus	Aterm	--
Interval dengan kehamilan tersebut (bulan)	<4	4-6	7-12	>12
Kadar hCG sebelum terapi (mIU/mL)	< 10 ³	10 ³ -10 ⁴	>10 ⁴ -10 ⁵	>10 ⁵
Ukuran tumor terbesar, termasuk uterus	--	3-4	> 5 cm	--
Lokasi metastasis, termasuk uterus	Paru-paru	Limpa,ginjal	Traktus gastrointestinal	Otak, hepar
Jumlah metastasis yang diidentifikasi	--	1-4	5-8	>8
Kegagalan kemoterapi sebelumnya	--	--	Agen tunggal	Agen multiple

2.7 Penatalaksanaan

Tatalaksana TTG adalah berdasarkan staging dan skoring. Kemoterapi adalah modalitas utama pada pasien dengan TTG. Angka keberhasilan terapi pada TTG risiko rendah adalah 100% dan lebih dari 80% pada TTG risiko tinggi. Andrijono, melaporkan angka keberhasilan terapi pada TTG nonmetastasis 95,1%,

risiko rendah 83,3% , risiko tinggi hanya 50 % dengan angka kematian karena TTG berkisar 8-9%. Kemoterapi pada TTG risiko rendah adalah kemoterapi tunggal, dengan pilihan utama Methotrexate. Kemoterapi tunggal lain yang dapat digunakan adalah Dactinomycin. Sedangkan pada TTG risiko tinggi menggunakan kemoterapi kombinasi diberikan kombinasi EMA-CO (etoposide, methotrexate, actinomycin, cyclophosphamide dan oncovin) sebagai terapi primer atau menggunakan kombinasi ME (Methotrexate, Etoposide), EP (Etoposide, Cisplatinum).

Evakuasi molahidatidosa dilakukan sesaat setelah diagnosis ditegakkan, hal didasarkan perhitungan bahwa evakuasi dilakukan untuk menghindari abortus mola sehingga perlu tindakan akut, menghindari komplikasi hipertiroid atau perforasi serta untuk memperoleh jaringan untuk diagnosis histopatologi. Dengan perkembangan kemoterapi yang mempunyai angka keberhasilan terapi yang tinggi, kuretase cukup dilakukan satu kali Histerektomi dilaporkan dilakukan pada kasus molahidatidosa usia tua dan terbukti mengurangi angka kematian dari koriokarsinoma. Histerektomi juga dilakukan pada keadaan darurat pada kasus perforasi, pada kasus metastasis liver, otak yang tidak respon terhadap kemoterapi serta pada kasus PSTT. Penyakit trofoblas gestasional adalah radiosensitive, karena radiasi mempunyai efek tumorosidal serta hemostatik, Radioterapi dapat dilakukan pada metastasis otak atau pada pasien yang tidak bisa diberikan kemoterapi karena alasan medik.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Dasar Pemikiran Variable Yang Diteliti

Berdasarkan tinjauan pustaka yang dikemukakan, didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian Tumor trofoblastik gestasional. Namun dalam penelitian ini, peneliti membatasi karakteristik yang akan diteliti.

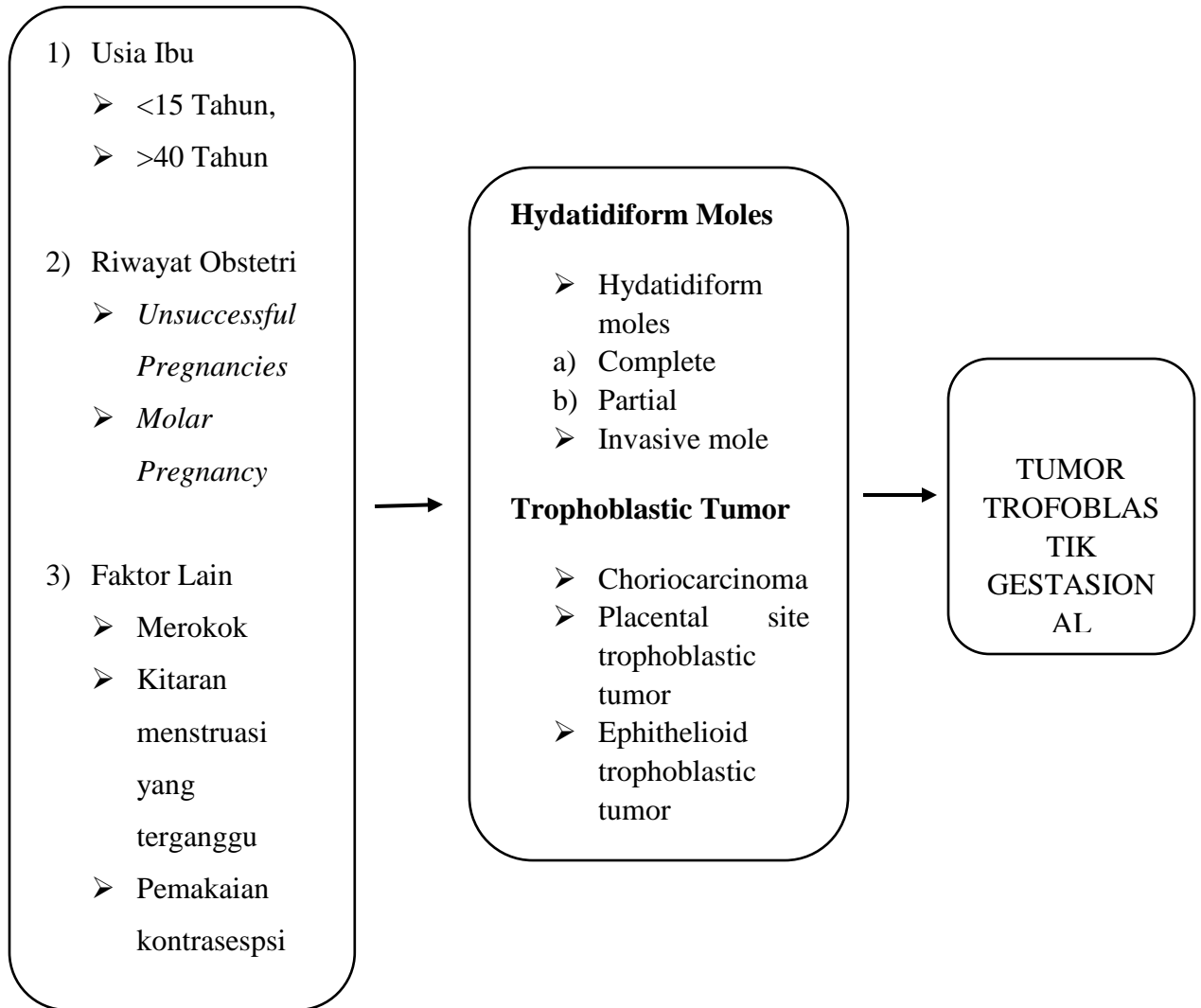
3.1.1 Variable Independen

Variable Independen pada penelitian ini adalah Keluhan Utama, Umur, Riwayat Obstetrik, Pemakaian Kontrasepsi, Status Gizi (IMT), Stadium & Skoring Prognostik dan Penatalaksanaan.

3.1.2 Variable Dependen

Variable dependen pada penelitian ini adalah Tumor trofoblastik gestasional.

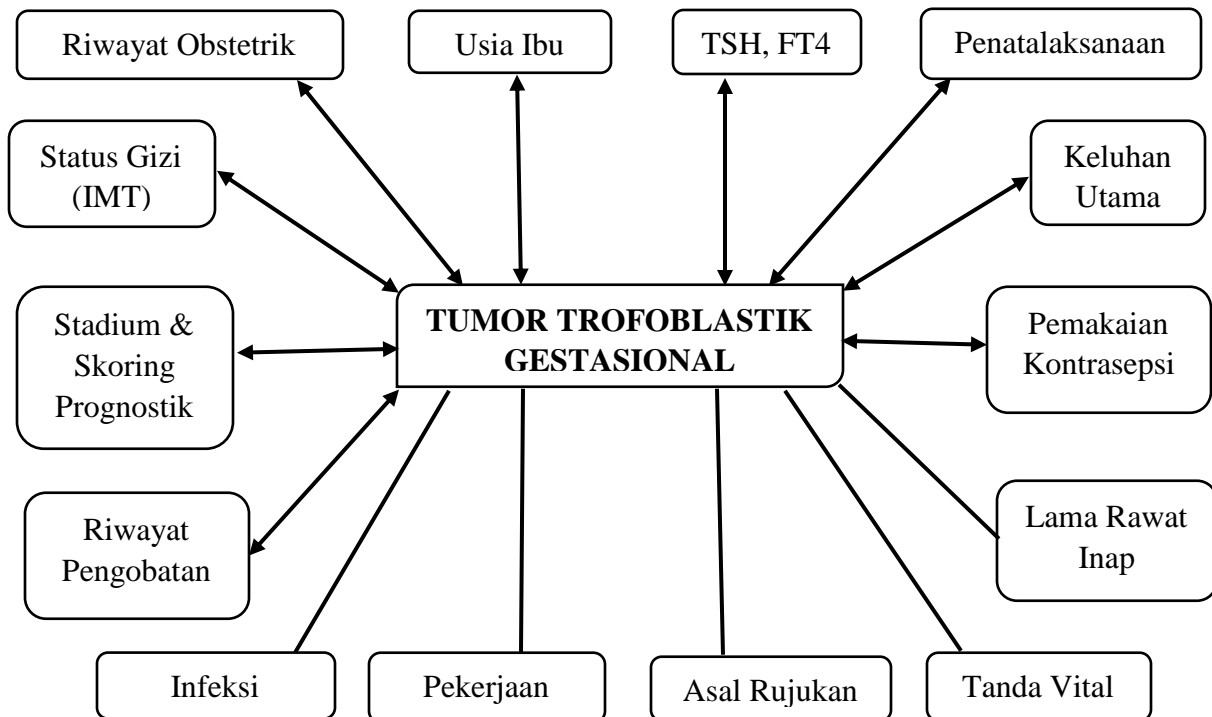
3.2 Kerangka Teori



Tumor trofoblastik gestasional ini bisa dipengaruhi oleh usia ibu, riwayat obstetri/kehamilan sebelumnya serta faktor-faktor lain seperti merokok, pemakaian kontrasepsi, dan menstruasi terganggu. Semua variable tersebut mempengaruhi kejadian TTG dengan adanya variable perantara yaitu *Hydatidiform moles* dan *Trophoblastic tumors* sehingga terjadi dan terbentuknya Tumor trofoblastik gestasional.

3.3 Kerangka Konsep

Kerangka Deskripsi Variable



Keterangan :

↔ : Variable yang diteliti

— : Variable yang tidak diteliti

3.4 Definisi Operasional Variable

1. Variable dependen : Tumor trofoblastik gestasional

- a. Definisi : Hasil diagnosis Tumor trofoblastik gestasional oleh dokter di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik.

2. Variable independen : Usia Penderita

- a. Definisi : Usia adalah masa hidup penderita Tumor trofoblastik gestasional yaitu sejak lahir sampai saat masuk di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar yang dinyatakan dalam satuan tahun.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik.
- d. Skala ukur : Ordinal

3. Variable independen : Keluhan Utama

- a. Definisi : Keluhan utama adalah keluhan yang dialami dan paling dirasakan oleh pasien sehingga pasien masuk ke RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik.
- d. Skala ukur : Ordinal

4. Variable independen : Status Gizi (IMT)

- a. Definisi : IMT adalah indeks massa tubuh penderita di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Alat ukur : Rekam medik

- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik
- d. Skala ukur : Ordinal

5. Variable independen : Riwayat Pemakaian Kontrasepsi

- a. Definisi : Riwayat pemakaian kontrasepsi adalah riwayat pasien sendiri pernah atau tidak mengambil kontrasepsi untuk menghalangi kehamilan.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik.
- d. Skala ukur : Ordinal

6. Variable independen : Riwayat Obstetrik

- a. Definisi : Riwayat obstetrik adalah riwayat tentang kehamilan dan kandungan penderita alami sebelum masuk RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik.
- d. Skala ukur : Ordinal

7. Variable independen : Riwayat Pengobatan

- a. Definisi : Riwayat pengobatan adalah riwayat tentang terapi yang telah / pernah penderita jalani sebelumnya.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik
- d. Skala ukur : Ordinal

8. Variable independen : Stadium & Skoring Prognostik

- a. Definisi : Stadium & skoring prognostik adalah suatu sistem yang dipakai oleh dokter di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar untuk mengkategorikan tumor trofoblastik gestasional pada penderita.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik
- d. Skala ukur : Ordinal

9. Variable independen : Kadar TSH

- a. Definisi : Proposisi hormon TSH yang dihasilkan oleh hipofise penderita saat masuk RS Wahidin Sudirohusodo Makassar yang diukur sesuai standar ukuran TSH.
- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik
- d. Skala ukur : Ordinal

10. Variable independen : Kadar FT4

- a. Definisi : Proposisi hormone FT4 yang dihasilkan oleh kelenjar tiroid penderita saat masuk di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar yang diukur sesuai standar ukuran FT4.
- b. Alat ukur : Rekam medic
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medic
- d. Skala ukur : Ordinal

11. Variable independen : Penatalaksanaan

- a. Definisi : Penatalaksanaan adalah pengobatan yang diberikan oleh dokter kepada penderita di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.

- b. Alat ukur : Rekam medik
- c. Cara ukur : Dinilai berdasarkan catatan subjek pada rekam medik
- d. Skala ukur : Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dimana peneliti akan membuat gambaran atau deskripsi tentang karakteristik tumor trofoblastik gestasional berdasarkan data-data sekunder yang telah tercatat dalam rekam medik di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

4.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini diadakan pada tahun 2018.

4.2.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini diadakan di bagan rekam medik RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua penderita tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017.

4.3.2 Besar Sampel

Sampel penelitian adalah seluruh populasi yang memenuhi penelitian.

4.3.3 Cara Pengambilan Sampel

Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah dengan menggunakan metode *total sampling* yaitu semua populasi dijadikan sampel.

4.3.3.1 Kriteria Inklusi

Terdaftar sebagai pasien tumor trofoblastik gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017.

4.3.3.2 Kriteria Eksklusi

Rekam medik yang bukan dari bagian rekam medik RS Wahidin Sudirohusodo

4.4 Jenis Data dan Instrumen Penelitian

4.4.1 Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh melalui rekam medik.

4.4.2 Instrumen Penelitian

Alat pengumpulan data dan instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan tabel-tabel tertentu untuk mencatat data yang dibutuhkan dalam penelitian yang diambil dari rekam medik.

4.5 Manajemen Data

4.5.1 Pengumpulan Data

Dilakukan setelah mendapat perizinan dari pihak Fakultas Kedokteran Unhas dan RS Wahidin Sudirohusodo Makassar. Kemudian nomor rekam

medik penderita tumor trofoblastik gestasional dalam periode yang telah ditentukan dikumpul untuk memperoleh rekam medik pasien.

4.5.2 Teknik Pengelolaan Data

Pengelolaan dilakukan setelah pencatatan data rekam medik yang dibutuhkan ke dalam daftar tilik dengan menggunakan *Microsoft Excel*.

4.5.3 Penyajian Data

Data yang telah diolah akan disajikan di dalam bentuk tabel dan diagram untuk menggambarkan distribusi karakteristik penyakit trofobalas ganas di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017.

4.6 Etika Penelitian

1. Menyiapkan surat pengantar dan ditujukan kepada pihak Fakultas Kedokteran Unhas sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian.
2. Berusaha menjaga kerahsiaan identitas pasien yang terdapat di rekam medik.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian tentang karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 telah dilakukan sepanjang bulan Nopember di Bahagian Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Penelitian ini dilakukan dengan mengambil data sekunder dari rekam medik.

Jumlah penderita Tumor Trofoblastik Gestasional untuk tahun 2017 di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang teregistrasi adalah sebanyak 8 orang. Hanya sebanyak 8 rekam medik yang tersedia dan digunakan sebagai populasi sampel untuk dimasukkan dalam penelitian.

Table 5.1 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan ketersediaan rekam medik.

Rekam Medik	Jumlah (N =8)	Persen (%)
Lengkap	3	37.5
Tidak Lengkap	5	62.5

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

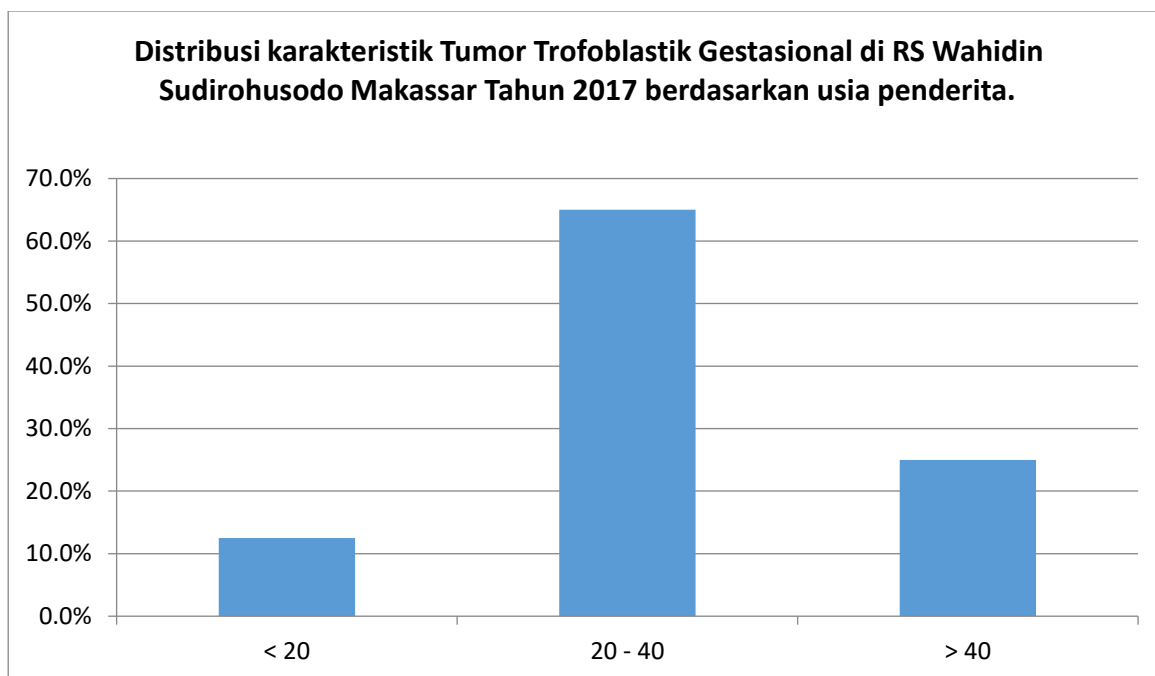
Penelitian kemudian dilakukan dengan mencatat data dari 8 rekam medik yang tersedia. Dari jumlah rekam medik yang tersedia, hanya sebanyak 3 rekam medik untuk penderita Tumor Trofoblastik Gestasional yang lengkap. Data yang diambil dari rekam medik adalah usia penderita, keluhan utama, status gizi (IMT), riwayat obstetrik (kehamilan sebelum), pemakaian kontrasepsi, riwayat pengobatan, stadium & skoring prognosik, kadar hormon FT4 dan TSH, serta penatalaksanaan.

Dari penelitian di dapatkan usia ibu penderita Tumor Trofoblastik Gestasional berada pada interval 18 hingga 48 tahun. Usia tersebut kemudian di kategorikan sesuai mengikut pembagian usia.

Table 5.2 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan usia penderita.

Usia	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
<20	1	12.5
20-40	5	62.5
>40	2	25.0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



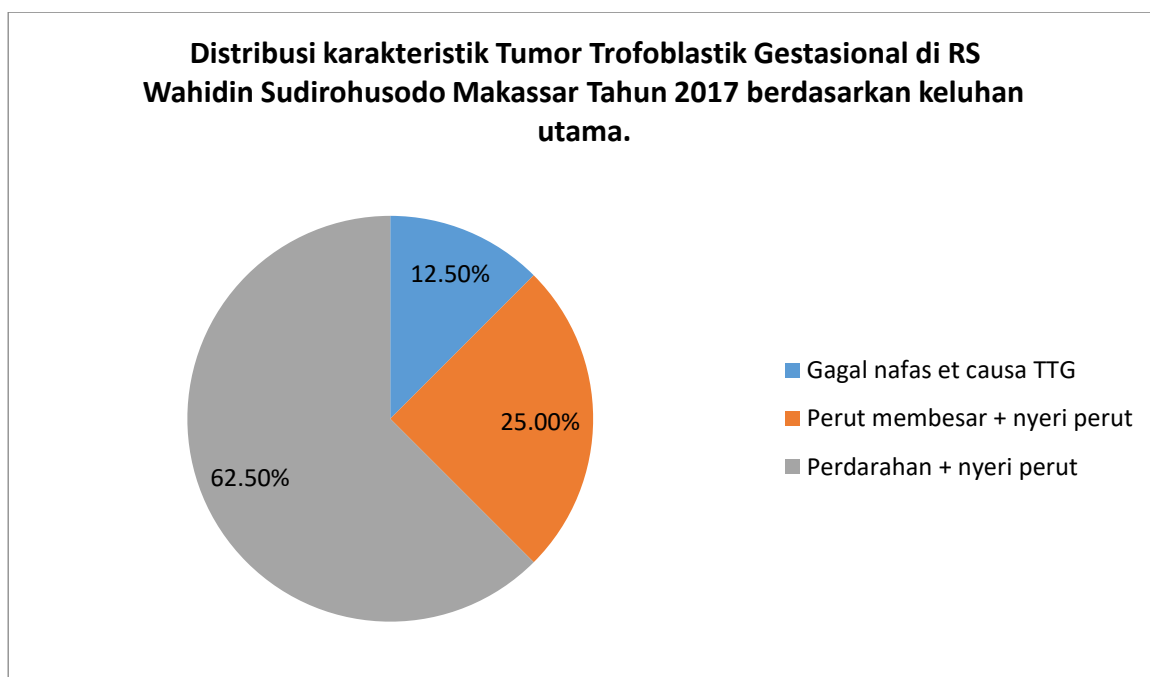
Gambar 5.1 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan usia penderita.

Tabel 5.2 dan gambar 5.1 di atas menunjukkan bahwa secara keseluruhan subjek terbanyak berada pada kelompok usia 20 – 40 tahun yaitu sebanyak 5 orang (62.5 %), diikuti dengan kelompok usia > 40 tahun sebanyak 2 orang (25 %) dan seterusnya usia <20 tahun sebanyak 1 orang (12.5 %). Dari hasil penelitian tidak ditemukan penderita Tumor Trofoblastik Gestasional kelompok usia 15 tahun ke bawah.

Table 5.3 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan keluhan utama.

Keluhan Utama	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Gagal nafas et causa TTG	1	12.5
Perut membesar + nyeri perut	2	25.0
Perdarahan + nyeri perut	5	62.5

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



Gambar 5.2 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan keluhan utama.

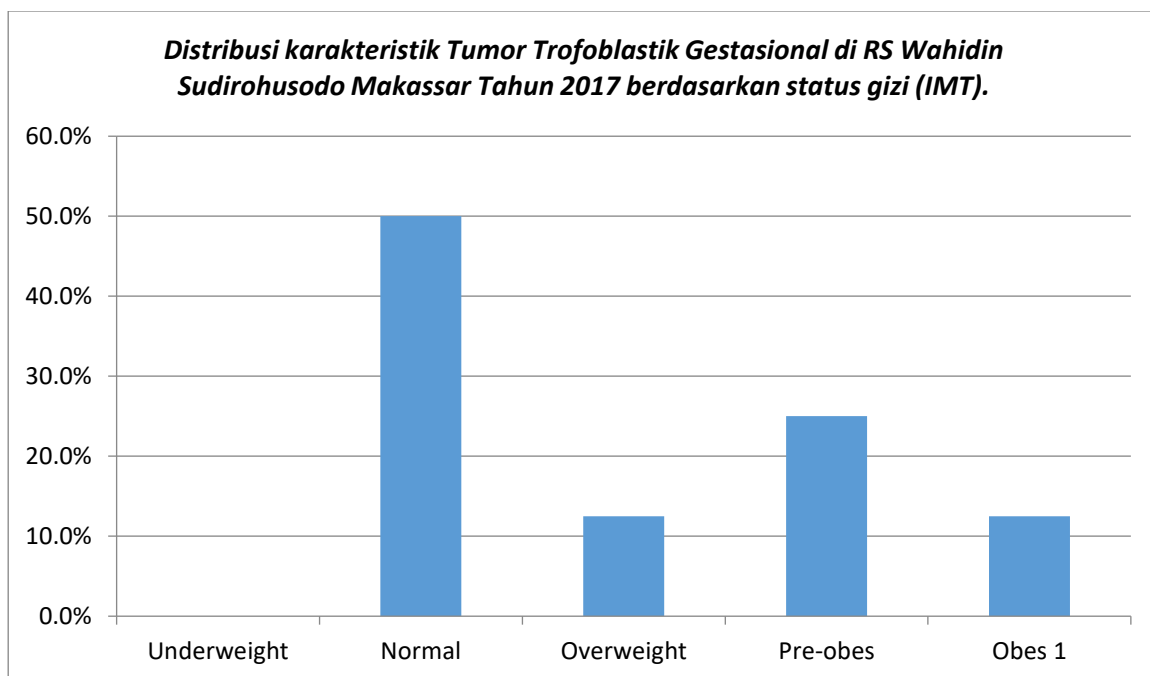
Berdasarkan tabel 5.3 dan gambar 5.2 didapatkan bahwa terdapat 3 jenis keluhan utama dari hasil data rekam medik tahun 2017. Keluhan yang terbanyak adalah dari

keluhan perdarahan pervaginam dengan jumlah sebanyak 5 orang (62.5%) dan diikuti keluhan penderita dengan pembesaran perut dengan jumlah sebanyak 2 orang (25.0%). Seterusnya keluhan gagal nafas akibat TTG dengan jumlah penderita sebanyak 1 orang (12.5%).

Table 5.4 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan status gizi (IMT).

Jenis IMT	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
<i>Underweight</i>	0	0
<i>Normal</i>	4	50.0
<i>Overweight</i>	1	12.5
<i>Pre-Obes</i>	2	25.0
<i>Obes 1</i>	1	12.5

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



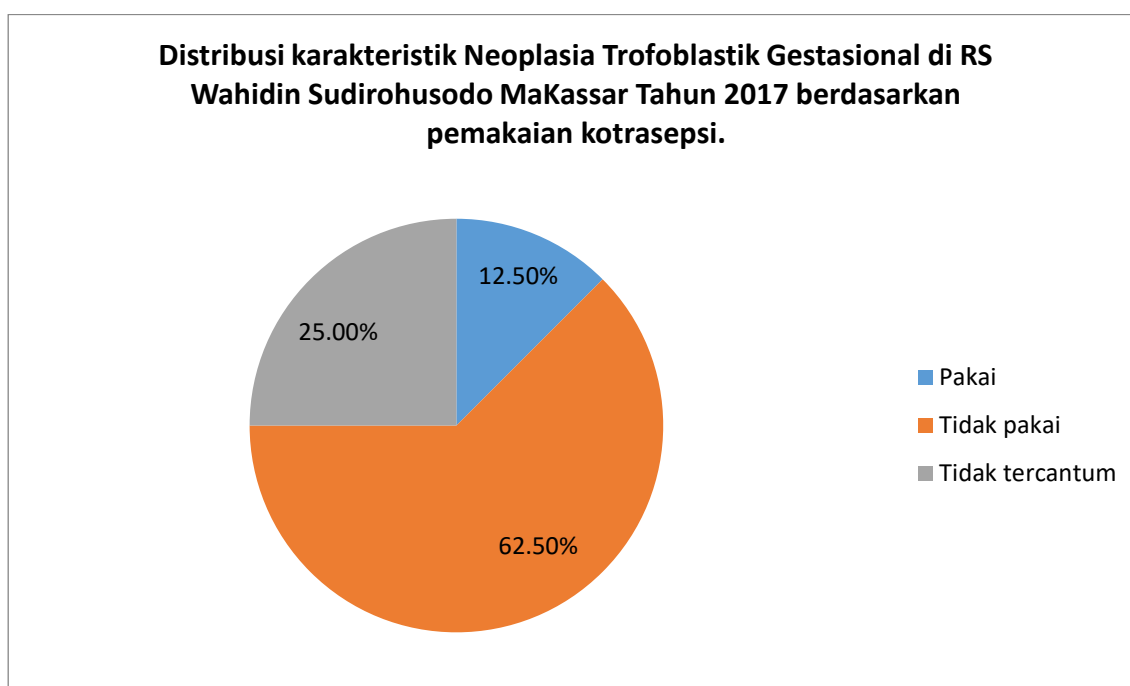
Gambar 5.3 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan status gizi (IMT).

Berdasarkan tabel 5.4 dan gambar 5.3 didapatkan bahwa kelompok penderita yang memiliki status gizi normal adalah yang terbanyak dengan jumlah sebanyak 4 orang (50.0%). Penderita dengan status gizi *pre-obes* pula menjadi kelompok kedua terbanyak dengan jumlah penderita sebanyak 2 orang (25.0%) dan diikuti oleh status gizi *overweight* dan *Obes 1* yang masing-masing memiliki jumlah penderita yang sama yaitu sebanyak 1 orang. Dari penelitian ini tidak didapatkan penderita dengan status gizi *underweight*.

Table 5.5 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat pemakaian kontrasepsi.

Riwayat KB	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Pakai	1	12.5
Tidak pakai	5	62.5
Tidak Tercantum	2	25.0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



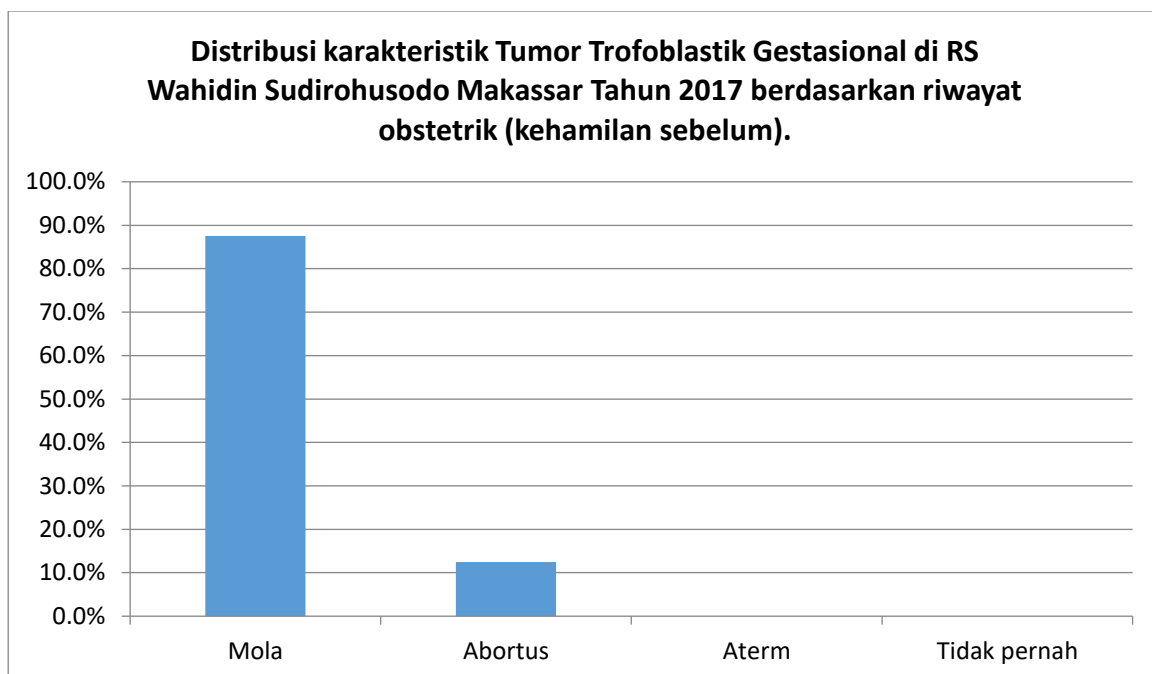
Gambar 5.4 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo MaKassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat pemakaian kotrasepsi.

Berdasarkan tabel 5.5 dan gambar 5.4 didapatkan bahwa jumlah tidak memakai kontrasepsi adalah yang terbanyak bagi penderita Tumor trofoblastik gestasional dengan jumlah sebanyak 5 orang (62.5%), diikuti dengan jumlah pemakaian kontrasepsi yang tidak dicantumkan didalam rekam medik yaitu sebanyak 2 orang (25.0%) dan jumlah terendah oleh penderita yang memakai kontrasepsi sebanyak 1 orang (12.5%).

Table 5.6 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat obstetrik (kehamilan sebelum).

Kehamilan sebelum	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Mola	7	87.5
Abortus	1	12.5
Aterm	0	0
Tidak pernah	0	0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



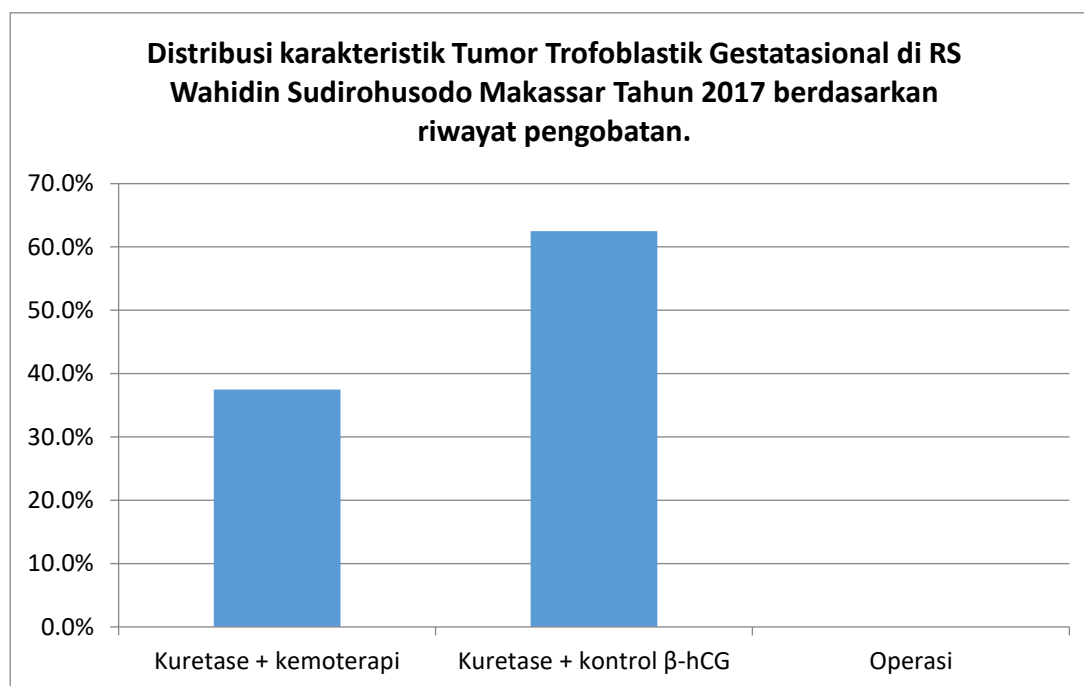
Gambar 5.5 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat kehamilan (kehamilan sebelum).

Berdasarkan tabel 5.6 dan gambar 5.5 didapatkan bahwa riwayat kehamilan sebelum bagi penderita Tumor Trofoblastik Gestasional yang terbanyak adalah kehamilan mola yaitu sebanyak 7 orang (87.5%), dan seterusnya penderita dengan abortus sebanyak 1 orang (12.5%). Dari penelitian ini tidak didapatkan penderita dengan riwayat kehamilan sebelumnya dengan kehamilan aterm.

Table 5.7 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat pengobatan.

Riwayat pengobatan	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Kuretase + kemoterapi	3	37.5
Kuretase + control β-hCG	5	62.5
Operasi	0	0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



Gambar 5.6 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan riwayat pengobatan.

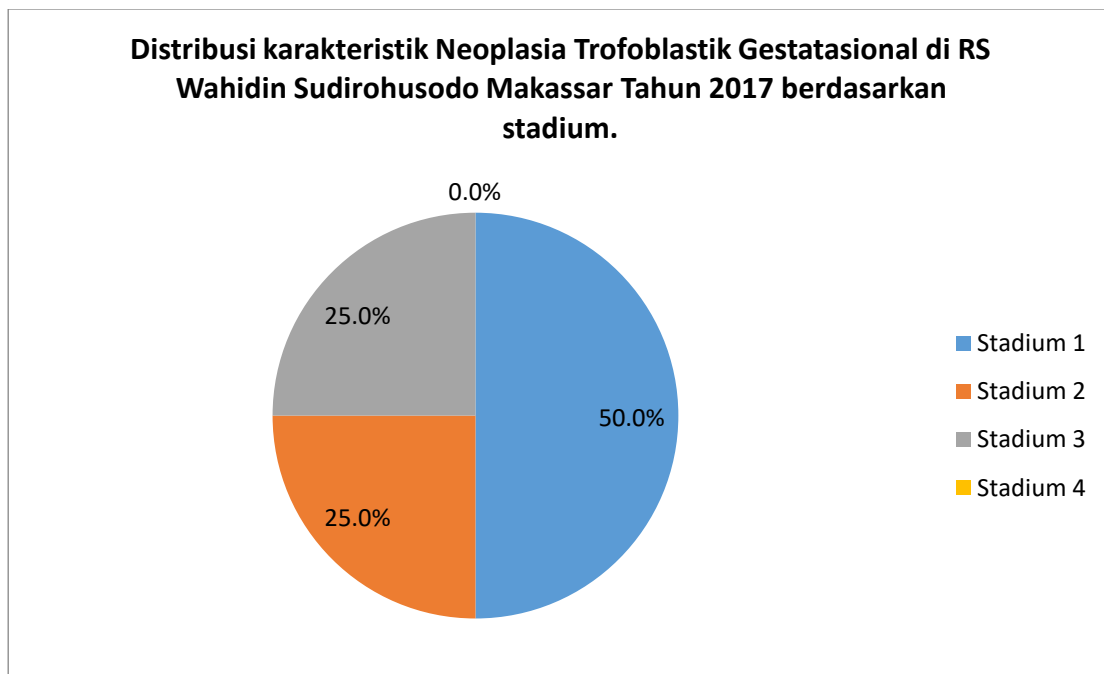
Berdasarkan tabel 5.7 dan gambar 5.6 didapatkan bahwa riwayat pengobatan penderita TTG yang terbanyak adalah riwayat kuretase dan kontrol kadar β -hCG dengan

jumlah sebanyak 62.5%. Seterusnya diikuti oleh riwayat kuretase dan kemoterapi yang mempunyai jumlah sebanyak 37.5%. Pada penelitian ini tidak didapatkan riwayat pengobatan sebelumnya dengan operasi.

Table 5.8 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan stadium.

Stadium	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Stadium 1	4	50
Stadium 2	2	25
Stadium 3	2	25
Stadium 4	0	0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



Gambar 5.7 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan stadium.

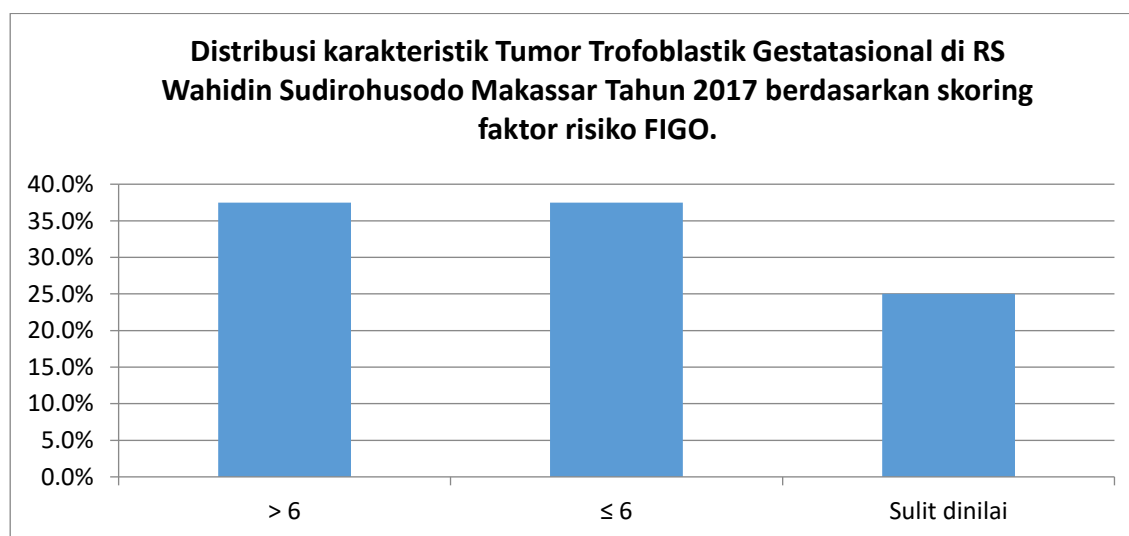
Tabel 5.8 dan gambar 5.7 di atas menunjukkan bahwa jumlah penderita Neoplasia Trofoblastik Gestasional dengan stadium 1 adalah yang tertinggi dengan total 4 orang (50.0%), setelah itu diikuti oleh stadium 2 dan stadium 3 yang berjumlah masing-masing 2 orang (25.0%). Tidak ditemui penderita dengan stadium 4.

Table 5.9 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan skoring faktor risiko

FIGO.

Skor	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
> 6 (risiko tinggi)	3	37.5
≤ 6 (risiko rendah)	3	37.5
Sulit dinilai	2	25.0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



Gambar 5.8 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan skoring faktor risiko FIGO.

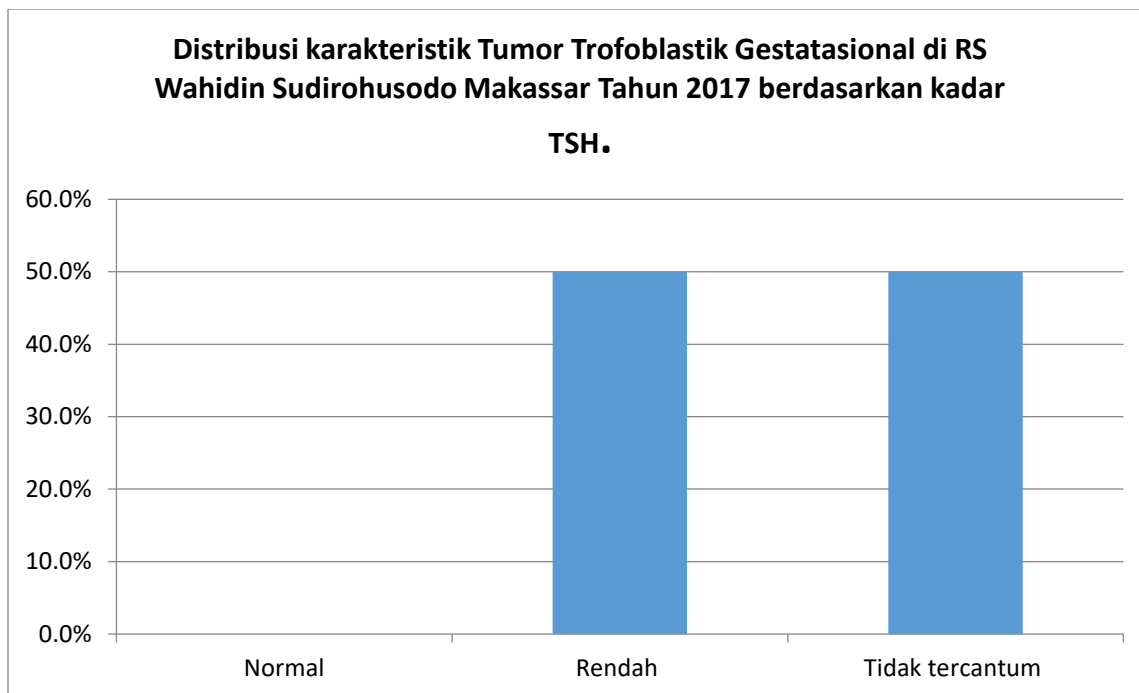
Berdasarkan tabel 5.9 dan gambar 5.8 didapatkan bahwa penderita dengan skoring > 6 (risiko tinggi) dan penderita dengan skoring ≤ 6 (risiko rendah) masing-masing dengan jumlah setinggi 37.5% dari total jumlah penderita. Manakala terdapat 2 penderita yaitu sebanyak 25.0% dari TTG yang tidak dapat dinilai skoring faktor risikonya dari data rekam medik.

Table 5.10 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS

Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan kadar TSH.

Kadar TSH	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Normal	0	0
Rendah	4	50
Tidak tercantum	4	50

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



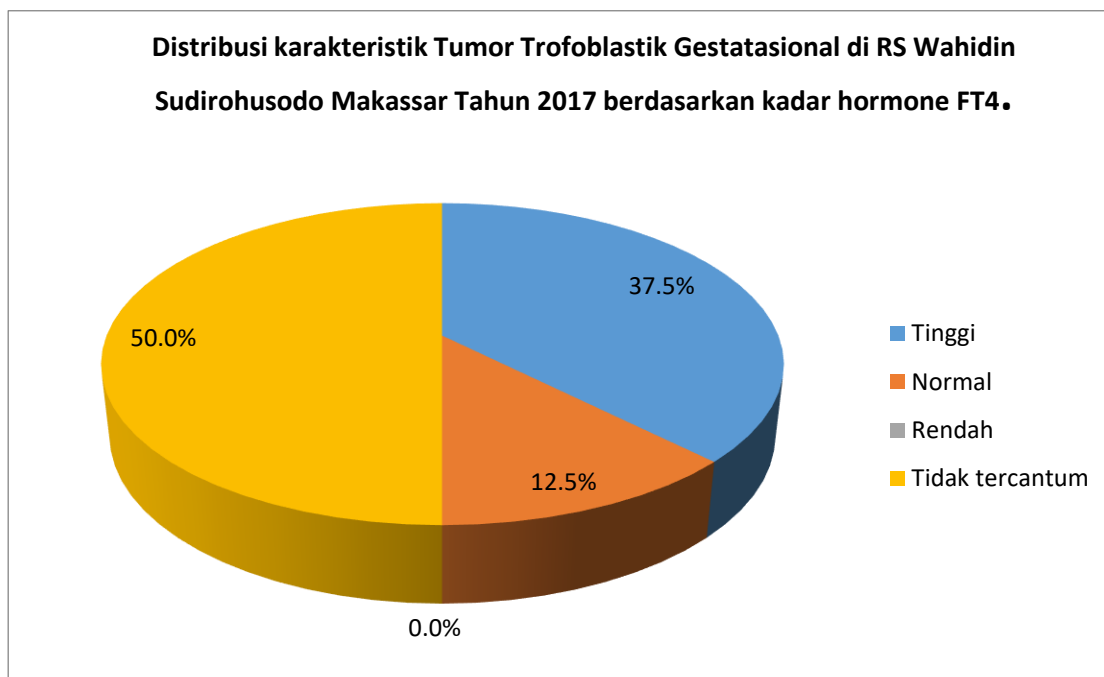
**Gambar 5.9 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS
Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan kadar TSH.**

Berdasarkan tabel 5.10 dan gambar 5.9 menunjukkan penderita Tumor Trofoblastik Gestasional dengan kadar TSH yang rendah sebanyak 4 orang (50.0%) dan juga terdapat rekam medik yang tidak mencantumkan kadar TSH penderita sebanyak 4 orang (50.0%). Tidak dijumpai penderita dengan kadar TSH yang tinggi dan normal.

Table 5.11 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan kadar hormone FT4.

Kadar FT4	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Tinggi	3	37.5
Normal	1	12.5
Rendah	0	0
Tidak tercantum	4	50.0

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



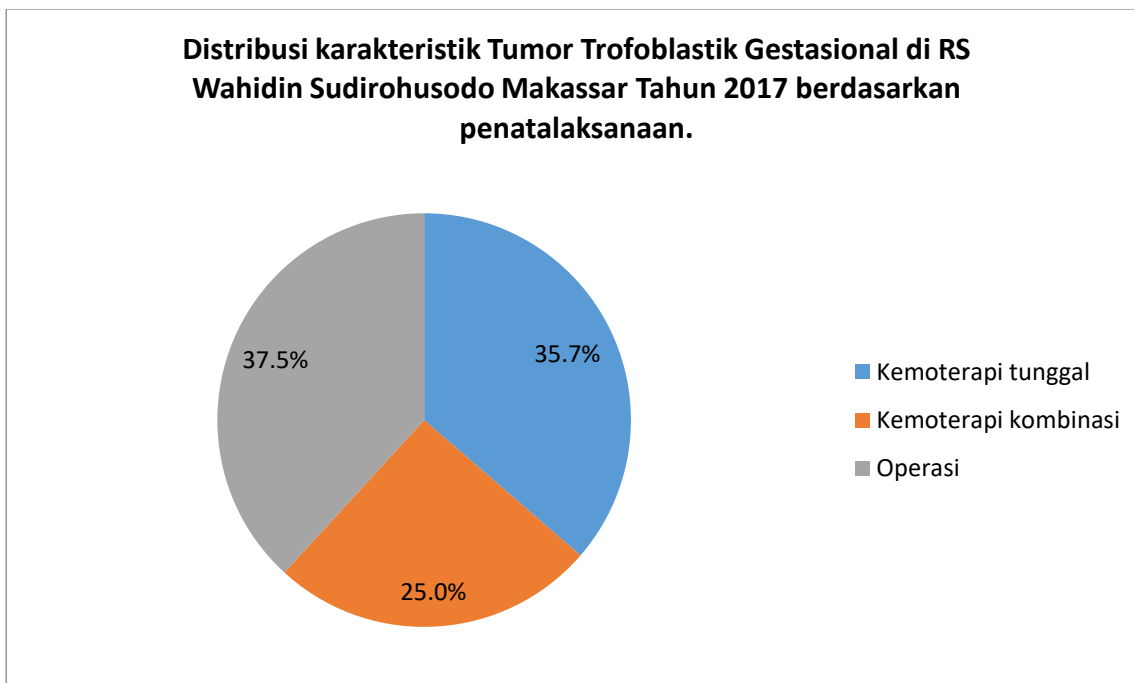
Gambar 5.10 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan kadar FT4.

Berdasarkan tabel 5.11 dan gambar 5.10 didapatkan bahwa karakteristik TTG berdasarkan kadar hormon FT4 yang meningkat sebanyak 37.5% dan penderita dengan kadar FT4 normal sebanyak 12.5%. Pada penelitian ini, sebanyak 50.0% dari data berdasarkan kadar FT4 tidak tercantum di dalam rekam medik.

Table 5.12 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan penatalaksanaan.

Tatalaksana	Jumlah (N = 8)	Persen (%)
Kemoterapi tunggal	3	37.5
Kemoterapi kombinasi	2	25.0
Operasi	3	37.5

Sumber : Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.



Gambar 5.11 Distribusi karakteristik Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017 berdasarkan penatalaksanaan.

Berdasarkan tabel 5.12 dan gambar 5.11, dapat dilihat distribusi tatalaksana untuk penderita TTG dibagi menjadi 3 metode ; kemoterapi tunggal, kemoterapi kombnasi, dan operasi. Didapatkan 37.5% dari penderita direncanakan dan diberikan pengobatan dengan kemoterapi tunggal. Jumlah yang sama juga yaitu 37.5% dari penderita telah direncanakan untuk dilakukan operasi. Seterusnya penderita dengan pengobatan kemoterapi kombinasi terdapat sebanyak 25.0%.

BAB 6

PEMBAHASAN

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan usia penderita.

Dari penelitian ini didapati bahwa penderita pada kelompok usia 20 – 40 tahun adalah kelompok terbanyak yang didiagnosa sebagai TTG pada tahun 2017 di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan jumlah sebanyak 5 orang dengan persentase 62.5 %. Seterusnya diikuti oleh penderita dari kelompok usia > 40 tahun yaitu sebanyak 2 orang dengan persentase 25.0 %. Penderita pada kelompok < 20 tahun hanya terdapat 1 orang dengan persentase 12.5 %. Hasil ini menunjukkan bahwa kejadian TTG di RS Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2017 tidak sesuai dengan teori yang menyatakan faktor resiko terjadinya TTG berdasarkan usia adalah pada kelompok usia ≤ 15 tahun dan > 40 tahun (Philip J. Dasai dkk). Hal ini juga menunjukkan bahwa suatu penyakit itu tidak hanya dipengaruhi oleh hanya satu faktor risiko akan tetapi oleh banyak faktor internal maupun eksternal. Penelitian yang sama dilakukan pada tahun 2013-2015 di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung tentang karakteristik penderita TTG didapatkan bahwa kelompok umur yang menjadi mayoritas dari seluruh penderita TTG di sana adalah dari kelompok umur 21-40 tahun yaitu setinggi 59.1%.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan keluhan utama.

Dari penelitian ini, terdapat 3 keluhan yang berbeza dari setiap penderita. Perdarahan pervaginam dengan nyeri perut merupakan keluhan yang terbanyak pada penelitian ini dengan jumlah sebanyak 5 orang (62.5%). Seterusnya diikuti oleh keluhan pembesaran perut abnormal beserta nyeri perut dengan jumlah sebanyak 2 orang (25.0%)

dan gagal nafas akibat TTG sebanyak 1 orang (12.5%). Menurut penelitian yang dilakukan di *Duke University Medical Center* didapatkan bahwa keluhan utama terbanyak adalah dengan perdarahan irregular, menstruasi yang irregular dan perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Hal ini adalah akibat dari tumor yang bersifat menginvasif ke myometrium, merusak jaringan sekitar dan pembuluh darah sehingga terjadi perdarahan.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan status gizi (IMT).

Status gizi dan nutrisi bisa mempengaruhi banyak penyakit. Dalam penelitian ini status gizi dinilai dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dari penderita. Distribusi status gizi pada penelitian ini menunjukkan IMT normal sebanyak 50.0%, diikuti oleh penderita dengan IMT *pre-obesity* dengan jumlah sebanyak 25.0% dan seterusnya 12.5% dari masing-masing IMT *overweight* dan *obes I*. Dari seluruh sampel yang diteliti, tidak didapatkan penderita dengan IMT *underweight*. Status gizi secara umum berdasarkan berat dan tinggi badan tidak terlalu mempengaruhi terjadinya TTG tetapi akibat dari TTG bisa menyebabkan status gizi penderita berkurang akibat kurang nafsu makan kerna mual, muntah, nyeri perut dan perdarahan.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan pemakaian kontrasepsi.

Kontrasepsi adalah suatu alat atau metode yang digunakan untuk menghalangi kehamilan. Terdapat berbagai jenis kontrasepsi dengan masing-masing manfaat dan kekurangan yang berbeda. Pada penelitian ini didapatkan bahwa sebanyak 62.5 % dari penderita TTG tidak pernah menggunakan kontrasepsi dan sebanyak 12.5 % penderita yang telah menggunakan kontrasepsi. Pada data penelitian ini juga terdapat sebanyak

25.0 % penderita yang tidak dicantumkan riwayat pemakaian kontrasepsinya di dalam rekam medik. Pada karakteristik ini, peneliti melakukan observasi secara kasar terhadap kelompok yang tidak memakai kontrasepsi dan didapatkan semua penderita yang tidak memakai kontrasepsi merupakan wanita berusia 18 hingga 27 tahun. Pemakaian kontrasepsi dapat menjadikan kitaran haid penderita terganggu sehingga menjadikan manifestasi klinis dari penderita juga terpengaruh.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan riwayat obstetrik (kehamilan sebelum).

Riwayat obstetrik (kehamilan sebelum) penderita di dalam penelitian ini dibagikan kepada kehamilan mola, abortus, kehamilan aterm, dan tidak pernah hamil sebelumnya. Pada penelitian ini didapatkan penderita dengan riwayat kehamilan mola adalah kelompok penderita yang tertinggi dengan jumlah sebanyak 62.5% dan diikuti oleh kelompok penderita dengan riwayat tidak pernah hamil sebelumnya sebanyak 25.0%. Seterusnya penderita dengan riwayat abortus sebanyak 12.5%. Tidak didapatkan penderita dengan riwayat kehamilan aterm pada penelitian ini. Menurut Philip J. Dasiaj dan kawan-kawan, wanita dengan riwayat kehamilan mola sebelumnya mempunyai 10 kali risiko untuk mengalami kehamilan mola selanjutnya berbanding dengan yang tidak pernah mengalami riwayat mola sebelumnya. Hal ini menyebabkan wanita dengan riwayat mola sebelumnya secara tidak langsung juga mempunyai risiko untuk terjadi TTG. Menurut data dari Bagshaw dan kawan-kawan dari hasil penelitian mereka, didapatkan bahwa penderita dengan riwayat mola sebelumnya mendapat 28 kali risiko untuk terjadi TTG.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan riwayat pengobatan.

Riwayat pengobatan sebelumnya dari penderita TTG penting diketahui untuk dinilai skoring faktor risikonya. Kegagalan pengobatan sebelumnya juga mempengaruhi kejadian TTG. Pada penelitian ini, didapatkan bahwa penderita dengan riwayat kuretase + kontrol β -hCG sebanyak 62.5% dan diikuti oleh kelompok penderita dengan riwayat kuretase + kemoterapi sebanyak 37.5%. Tidak didapatkan penderita dengan riwayat operasi sebelumnya. DuBeshter dan kawan-kawan melaporkan bahwa dari 48 pasien yang telah diberikan kemoterapi, sebanyak 14% dari jumlah tersebut perlu diberikan kemoterapi kombinasi setelahnya dan 12% perlu tindakan operasi akibat dari resistensi dari obat. Hal ini terjadi akibat kegagalan terapi sebelumnya, maka riwayat pengobatan penting bagi menilai skoring risiko dari TTG.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan stadium & skoring prognostik.

Stadium/staging yang dinilai dari penderita TTG adalah dengan menilai letak tumor dan metastasis dari tumor. Didapatkan sebanyak 50% dari total sampel merupakan TTG stadium 1 dimana tumor hanya terbatas pada korpus uteri. Seterusnya terdapat 25% dari sampel yang merupakan TTG stadium 2 dimana tumor meluas ke adneksa atau vagina, namun terbatas pada struktur genitalia. Begitu pula dengan stadium 3 yang juga jumlahnya sebanyak 25% dari total sampel di mana tumor tersebut bermetastasis ke paru dengan atau tanpa bermetastasis ke genitalia interna. Tidak didapatkan penderita dengan stadium 4 pada penelitian ini. Penilaian stadium dari TTG ini dinilai dari tabel *FIGO 2000 ; staging and risk factor scoring system for gestational trophoblastic disease*. Menurut FIGO pada awal 1980-an, TTG yang berada pada stadium 1 merupakan

penyakit yang paling rendah risiko dan stadium 4 merupakan penyakit dengan risiko tertinggi untuk menjadikan penderita kepada kondisi yang parah. Setelah direvisi karakteristik TTG dengan lebih lanjut pada tahun 2000, satu indeks skoring telah dibuat bagi menilai dari prognostik TTG dengan memodifikasi tabel skoring prognostik WHO. Dengan perhitungan faktor prognostik dari sistem FIGO 2000 tersebut, penderita TTG dibagi menjadi kepada penderita dengan risiko rendah dan risiko tinggi. Penderita dengan skor 0-6 dianggap sebagai pasien risiko rendah sedangkan skor > 6 dianggap sebagai berisiko tinggi.

Pada penelitian ini, didapatkan bahwa penderita dengan skoring 0-6 (risiko rendah) dan > 6 (risiko tinggi) masing-masing dengan jumlah yang sama yaitu 37.5% dari total penderita. Manakala terdapat 25.0% penderita yang tidak dapat dinilai skoring faktor risikonya kerna data rekam medic yang tidak lengkap. Skoring ini juga digunakan untuk perencanaan pengobatan pada penderita TTG. Pada penderita dengan skoring risiko rendah, maka pengobatan yang dapat diberikan adalah dengan kemoterapi tunggal manakala penderita dengan skoring risiko tinggi diberikan kemoterapi kombinasi atau bisa dengan operasi.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan kadar TSH dan FT4.

Pada penelitian ini didapatkan sebanyak 50% dari sampel mengalami penurunan kadar TSH dalam darah. Hasil ini tidak murni dan dipengaruhi oleh rekam medic yang tidak lengkap dengan 50% dari sampel didapatkan tidak mempunyai data kadar TSH di dalam rekam medic penderita. Distribusi bagi FT4 pula didapatkan sebanyak 37.5% dari penderita TTG mengalami peningkatan kadar FT4 dan sebanyak 12.5% dengan kadar

FT4 normal. Didapatkan 50.0% dari data rekam medik penderita TTG yang tidak tercantum kadar FT4. Seperti yang diketahui, kejadian tirotoksikosis atau hipertiroid merupakan komorbid kepada PTG. Peningkatan kadar hCG yang sangat tinggi pada PTG dan TTG menyebabkan terjadi efek stimulasi terhadap kelenjar tiroid, sehingga terjadi peningkatan kadar hormone tiroid dalam serum yang menyebabkan tirotoksikosis dan hipertiroid.

Distribusi karakteristik TTG berdasarkan penatalaksanaan.

Tatalaksana TTG adalah berdasarkan staging dan skoring. Kemoterapi adalah modalitas utama pada pasien dengan TTG. Andrijono melaporkan angka keberhasilan terapi pada TTG risiko rendah adalah 100% dan lebih dari 80% pada TTG berisiko tinggi. Kemoterapi pada TTG risiko rendah adalah kemoterapi tunggal dengan pilihan utama methotrexate. Kemoterapi tunggal lain yang dapat digunakan adalah dactinomycin. Pada TTG risiko tinggi, digunakan kemoterapi kombinasi EMA-CO (etoposide, methotrexate, actinomycin, cyclophosphamide dan oncovin) sebagai terapi primer atau menggunakan kombinasi ME (methotrexate, etoposide) atau EP (etoposide, cisplatinum). Pada penelitian ini, didapatkan bahwa sebanyak 37.5% penderita mendapat pengobatan dengan kemoterapi tunggal begitu juga dengan tindakan operasi sebanyak 37.5%. Penderita TTG dengan kemoterapi kombinasi pada penelitian ini didapatkan sebanyak 25.0%.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Jumlah kasus penyakit Tumor Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2017 adalah sebanyak 8 kasus. Dari 8 kasus yang tercatat di rekam medik, hanya 3 rekam medik yang lengkap dengan semua karakteristik yang ingin diteliti.

Distribusi karakteristik TTG di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2017 sebagai berikut ; distribusi penderita TTG terbanyak berdasarkan usia di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok usia 20 – 40 tahun yaitu sebanyak 62.5% ; Penderita TTG terbanyak berdasarkan keluhan utama di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah dengan keluhan perdarahan disertai nyeri perut yaitu sebanyak 62.5% ; penderita TTG terbanyak berdasarkan status gizi (IMT) di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok penderita dengan status gizi normal yaitu sebanyak 50.0% ; distribusi penderita TTG terbanyak berdasarkan pemakaian kontrasepsi di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok penderita tanpa riwayat pemakaian kontrasepsi yaitu sebanyak 62.5% ; TTG terbanyak berdasarkan riwayat obstetrik (kehamilan sebelum) di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok penderita dengan kehamilan mola yaitu sebanyak 62.5% ; penderita TTG terbanyak berdasarkan riwayat pengobatan di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok penderita dengan riwayat kuretase + kontrol β -hCG yaitu sebanyak 62.5% ; distribusi penderita TTG terbanyak berdasarkan stadium di RS

Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada stadium 1 yaitu sebanyak 50.0% ; TTG berdasarkan skoring prognostik di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah sama antara skor 0-6 (risiko rendah) dan > 6 (risiko tinggi) dengan jumlah masing-masing 37.5% ; penderita TTG berdasarkan kadar hormon TSH di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah 50.0% dari penderita mengalami penurunan kadar TSH. ; distribusi penderita TTG terbanyak berdasarkan penatalaksanaan di RS Wahidin Sudirohusodo tahun 2017 adalah pada kelompok penderita dengan kemoterapi tunggal dan operasi dengan jumlah masing-masing sebanyak 37.5%

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pihak tenaga kesehatan RS Wahidin Sudirohusodo.
 - Diharapkan untuk melengkapi pencatatan pada rekam medik pasien dari data pribadi pasien sampai rencana terakhir pada pasien.
 - Diharapkan supaya semua pemeriksaan yang diminta oleh dokter penanggungjawab kepada tenaga kesehatan yang lain dilaksanakan dengan tertib dan dicatat di dalam rekam medik.
 - Diharapkan supaya segala temuan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, dicatat di dalam rekam medik.

- Diharapkan sistem dan teknologi pemeriksaan di RS Wahidin Sudirohusodo ditingkatkan supaya hasil lebih akurat bagi memenuhi keperluan dokter dalam perawatan pasien maupun keperluan penelitian.
2. Bagi peneliti akan datang.
- Dilakukan penelitian tentang faktor risiko dan etiologi dari TTG untuk upaya pencegahan terjadinya TTG.
 - Dilakukan penelitian deskriptif dengan lebih teliti dan meneliti karakteristik-karakteristik TTG yang belum pernah diteliti untuk melihat pola penyakit serta membantu para dokter mendiagnosa TTG dengan lebih mudah.


DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, M., 2011. Penyakit Trofoblas Gestasional. In: 3, ed. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, pp. 208-216.
- Cunningham, 2014. Gestational Trophoblastic Disease. In: 24, ed. *Williams Obstetrics*. New York: McGraw-Hill Education, pp. 396-404.
- Damongilala, S., 2015. Jurnal e-Clinic (eCl). *Profil Mola Hidatidosa Di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*, 3(2), pp. 683-686.
- Gibbs, 2008. Gestational Trophoblastic Neoplasms. In: 10, ed. *Danforth's Obstetric and Gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hoffman, 2012. Gestational Trophoblastic Disease. In: 2, ed. *Williams Gynecology*. New York: McGraw-Hill Medical, pp. 898-912.
- Julia Khalkinst, 2016. Artikel Mahasiswa, Karakteristik Penderita Penyakit Trofoblas Gestasional di RS Hasan Sadikin Bandung.
- Konar, H., 2016. Gestational Trophoblastic Diseases (GTD). In: 7, ed. *DC Dutta's Textbook of Obstetrics*. Kolkata: Jaypee, pp. 190-199.
- Kurniawan, R., 2017. BAB V Kesehatan Keluarga. In: *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. 1 ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, pp. 101-103.
- Lurain, J. R., 2010. American Journal of Obstetric & Gynecology. *Gestational trophoblastic disease I : epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole*, pp. 203, 231-9.

- Martaadisoebrata, D., 2011. *Keanekaragaman Klinik Penyakit Trofoblas Gestasional*. 1 ed. Jakarta: Sagung Seto.
- Masadah, R., 2016. Original Article. *Characteristic of Hydatidiform Mole Patients in Pathology Anatomy Laboratory Hasanuddin University*, 1(2), p. 24.
- Paputungan, T. V., 2016. Jurnal e-Clinic (eCI). *Profil Penderita Mola Hidatidosa di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*, 4(1), pp. 215-222.
- Philip J. DiSaia, W. T. C. R. S. M., 2018. *Clinical gynecologic oncology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier.
- Porter, R. S., 2011. Gestational Trophoblastic Disease. In: 19, ed. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. New Jersey: Merck Sharp & Dohme, pp. 2574-2576.
- Saifuddin, A. B., 2014. Diagnosis Kehamilan. In: 4, ed. *Ilmu Kebidanan Sarwaono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwaono Prawirohardjo, pp. 213, 459, 488-490.
- Syahrir, 2014. Profil Kesehatan Sulawesi Selatan 2014. In: Makassar: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, p. 25.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan izin penelitian dan pengambilan data


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax. (0411) 586297

Nomor : 15221 /UN4.6.8/DA.04.09/2018 Makassar, 3 Oktober 2018
 Lamp : -
 Hal : **Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data**

Yth. :
 Direktur RS Wahidin Sudirohusodo


Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :

N a m a : Muhammad Syafiq Izzuddin Bin Azman
N i m : C 111 15 853

bermaksud melakukan penelitian di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dengan Judul Penelitian “Karakteristik Neoplasia Trofoblastik Gestasional Di RS Wahidin Sudirohusodo Pada Tahun 2017”

Sehubungan hal tersebut kiranya yang bersangkutan dapat diberi izin untuk melakukan Penelitian dan Pengambilan Rekam Medik dalam rangka penyelesaian studinya.


Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,
 Program Studi Pendidikan Dokter
 Fakultas Kedokteran Unhas

dr. Agus Salam Bukhari, M.Med,Ph.D,Sp.GK(K)
Nip. 19700821 199903 1 001

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Unhas
2. Kepala Bagian Diklit RS Wahidin Sudirohusodo
3. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Pengembangan FK Unhas
4. Kasubag Pendidikan FK Unhas
5. Arsip

Lampiran 2. Permohonan rekomendasi etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI SARJANA KEDOKTERAN
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245, Telp. (0411) 587436, Fax. (0411) 586297

Nomor : 15222/UN4.6.8/TP.02.02/2018
 Lamp : -
 Hal : Permohonan Rekomendasi Etik

Makassar, 3 Oktober 2018

Yth :
 Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan FK Unhas
 Makassar

Dengan hormat, disampaikan bahwa mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin di bawah ini :


N a m a : Muhammad Syafiq Izzuddin Bin Azman
 N i m : C111 15 853

bermaksud melakukan penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan Judul Penelitian **“Karakteristik Neoplasia Trofoblastik Gestasional Di RS Wahidin Sudirohusodo Pada Tahun 2017”**

Untuk maksud tersebut di atas, kami mohon kiranya yang bersangkutan dapat diberikan surat rekomendasi etik 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


Tembusan :

1. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Pengembangan FK Unhas
2. Kasubag. Pendidikan FK Unhas
3. Arsip


Lampiran 3. 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 : 831 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2018			
Tanggal: 17 Oktober 2018			
Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :			
No Protokol	UH18100729		No Sponsor Protokol
Peneliti Utama	Muhammad Syafiq Izzuddin bin Azman		Sponsor
Judul Peneliti	Karakteristik Neoplasia Trofoblastik Gestasional di RS Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2017		
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	17 Oktober 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 17 Oktober 2018 sampai 17 Oktober 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: <ul style="list-style-type: none"> • Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan • Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Lapor 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 4. Izin penelitian



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
 Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
 Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com



Nomor : LB.02.01/2.2/2411/2018 08 November 2018
 Hal : Izin Penelitian

Yth.

1. Ka. Bagian Perencanaan
2. Ka. Bagian Rekam Medik


Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : **Muhammad Syafiq Izzuddin Bin Azman**
 NIM : **C111 15 853**
 Prog. Studi : **Pend. Dokter**
 Fakultas : **Kedokteran**
 Universitas : **Hasanuddin Makassar**
 No. HP : **082189829374**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Karakteristik Neoplasia Trofoblastik Gestasional di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Tahun 2017"** sesuai dengan permohonan peneliti dari PSPD FKUH, dengan nomor **15221/UN4.6.8/DA.04.09/2018**, tertanggal **12 September 2018**. Penelitian ini berlangsung selama bulan **November 2018 s.d Januari 2019**, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama melakukan penelitian di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Wajib mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruang Rekam Medik
5. Tidak diperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya




Direktur SDM dan Pendidikan
Dr. Wahidin Sudirohusodo
 MAKASSAR

[Signature]
Drs. Jintan Ginting, Apt, M.Kes.
 NIP. 196812031996031001

Catatan :

1. Pelaksanaan sesuai ketentuan
2. Kerahasiaan data terjaga
3. Hasil penelitian diserahkan ke Bag. Diklit

Lampiran 5. Surat keterangan selesai penelitian


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
 Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
 Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
 Nomor : LB.02.01/2.2/ 28009 /2018


Yang bertanda tangan dibawah ini Direktur SDM dan Pendidikan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menerangkan bahwa :

Nama : **Muhammad Shafiq Izzuddin Bin Azman**
 NIM : **C111 15 853**
 Prog. Studi : **Pend. Dokter**
 Fakultas : **Kedokteran**
 Universitas : **Hasanuddin Makassar**
 No. HP : **082189829374**

Benar Telah melakukan penelitian di **Inst. Rekam Medik dan Instalasi SIRS** dari tanggal **31 Oktober s.d 27 Desember 2018** dengan judul penelitian "**Karakteristik Neoplasia Trofoblastik Gestasional di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Tahun 2017**".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

27 Desember 2018
 a.n. Direktur SDM dan Pendidikan,

Drs. Jintan Ginting, Apt, M.Kes.
 NIP 196312031996031001



Lampiran 6. Data excel

Umur	K. Utama	R. Obstetrik (GPA)	P. Kontrasepsi
23 thn, 11 bln, 18 hr	Perdarahan pasca operasi PTG (kuretase)	G4 P3 A1	Tidak pakai
48 thn, 3 bln, 1 hr	Perdarahan uterus abnormal	G6 P6 A0	Tidak ditulis
33 thn, 4 bln, 19 hr	Perut membesar & nyeri	G3 P2 A1	Pernah pakai (12 thn)
22 thn, 0 bln, 3 hari	Mola hidatidosa	G3 P0 A0 M2	Tidak pakai
44 thn, 9 bln, 0 hr	Tidak ada (MRS dengan rencana operasi)	G4 P3 A0 M1	Tidak ditulis
27 thn, 4 bln, 11 hr	Gagal nafas et causa PTG	G3 P1 A0 M2	Tidak pernah
25 thn, 11 bln, 7 hr	Nyeri perut dan pembesaran perut	G0 P0 A0	Tidak pernah
18 thn, 2 bln, 30 hr	Perdarahan & nyeri perut	G0 P0 A0	Tidak pernah

BB	TB	IMT	β-hCG	TSH	FT4	Tinggi fundus	Saiz tumor
45	150	20	> 1500	Tiada	Tiada	3 jari atas pusar	Tidak teraba
56	155	23.3	646.233	< 0.05	2.72	Sulit dinilai	8x5 cm
55	150	24.4	> 1500	Tidak ada	Tidak ada	Sulit dinilai	Teraba
40	145	19	10,374	1.81	1.23	Tidak teraba	Tidak teraba
58	155	24.1	53.35	Tiada	Tiada	Tidak ditulis	3x2 cm

70	160	27.3	Positif	< 0.05	1.83	Setinggi pusar	4x4 cm
52	158	20.8	9,586	Tidak ada	Tidak ada	Sulit dinilai	Tidal dapat dinilai
44	153	18.8	> 1000	< 0.05	1.92	2 jari diatas pusar	10x10 cm

Metastasis	kehamilan sebelum	Number of meta	Previous failed chemo
Tidak	Abortus mola (2016)	Tiada	Kuretase
Tidak	Mola (Mei 2014)	Tiada	Kuretase 2 kali
Pulmo	Abortus kuret (2016)	1	Kuretase 2 kali
Tidak	Mola	Tiada	Tiada
Tidak	Mola	Tiada	EMACO 6 siklus April '17
Pulmo	Mola (2015)	1	Kuretase
Tidak	Tiada	Tiada	Tiada
Tidak	Tiada	Tiada	Tiada

Lampiran 7. Biodata peneliti



Data Pribadi :

Nama Lengkap : Muhammad Syafiq Izzuddin bin Azman

Nama Panggilan : Syafiq

Tempat/Tanggal Lahir : Malaysia / 22 April 1996

Pekerjaan : Mahasiswa

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Laki-laki

Gol. Darah : B

Nama Orang Tua

- Ayah : Azman bin Surip
- Ibu : Rozita binti Mokhtar

Pekerjaan Orang Tua

- Ayah : Wiraswasta
- Ibu : Guru

Anak ke : 2 dari 6 bersaudara

Alamat saat ini : Blok C No 118, BTP Tamalanrea

No. Telp : +6282189829374

Email : syafiqizzuddin22@gmail.com

Riwayat Pendidikan Formal

Periode	Pendidikan	Jurusan
2003 - 2008	SK Puncak Alam 2, Malaysia	-
2009 - 2011	Maahad Integrasi Tahfiz Sains & Teknologi, Malaysia	Sains
2012 - 2013	Maahad Integrasi Tahfiz Sains & Teknologi,, Malaysia	Sains
2014 - 2015	UITM Palam, Malaysia	Asasi Sains
2015 - sekarang	Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin	Pendidikan Dokter

Riwayat Organisasi

Organisasi	Jabatan
Persatuan Kebangsaan Pelajar Malaysia di Indonesia (PKPMI) cabang Makassar	Exco Imigrasi & Hubungan Luar 2015/2016
Persatuan Kebangsaan Pelajar Malaysia di Indonesai (PKPMI) cabang Makassar	Timbalan Yang Di-Pertua 2016/2017
Persatuan Kebangsaan Pelajar Malaysia di Indonesai (PKPMI) cabang Makassar	Yang Di-Pertua 2017/2018
Persatuan Kebangsaan Pelajar Malaysia di Indonesai (PKPMI) Pusat	Naib Presiden 2018/2019
Kelab UMNO Luar Negara Cawangan Makassar (KULN-CM) 2017/2018	Anggota 2016/2017
Persatuan Bulutangkis (PB) Medik FKUH	Anggota
UKM Voli UNHAS	Anggota