

**GAMBARAN KLINIS DAN KARAKTERISTIK PENDERITA
FIBROADENOMA MAMMAE (FAM) YANG DIRAWAT
INAP DI RSUD PALEMBANG BARI PERIODE
1 JANUARI 2012 SAMPAI DENGAN
31 DESEMBER 2013**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh :

MARMAH OKTARIA

NIM : 70 2011 044



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN KLINIS DAN KARAKTERISTIK PENDERITA
FIBROADENOMA MAMMAE (FAM) YANG DIRAWAT
INAP DI RSUD PALEMBANG BARI PERIODE
1 JANUARI 2012 SAMPAI DENGAN
31 DESEMBER 2013**

Dipersiapkan dan disusun oleh
Marmah Oktaria
NIM: 70 2011 044

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 30 Januari 2015

Menyetujui :



dr. Azmi Rosya Forayoga, Sp. B.

Pembimbing Pertama



Trisnawati, S.Si., M. Kes.

Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang**



dr. H. M. Ali Muchtar, M.Sc

NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi Lainnya
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Januari 2015

Yang membuat pernyataan



(Marmah Oktaria)

Barangsiapa Yang Menempuh Satu Jalan Untuk Mendalami Ilmu Maka Allah Akan Permudahkan Baginya Satu Jalan Ke Surga (HR Muslim)

Alhamdulillahirobbilalamin, dengan rahmat Allah dan segala kebesaran yang dimiliki-Nya saya dapat menyelesaikan karya tulis ini. Karya Tulis sederhana ini kupersembahkan kepada

*Untuk yang pertama kupersembahkan kepada kedua orangtuaku tercinta, **Mama (Magdalena Rivai Sukarno)** dan **Papa (Sukarno Hadi Shaputro)**. Terimakasih atas doa tulus, nasehat dan dukungan yang tiada henti mama papa berikan untuk mbak. Terimakasih atas perjuangan serta kasih sayang yang selalu tercurah, Mama dan Papa adalah motivasi terbesar dan tujuan utama dalam hidup. Semoga mbak bisa jadi anak yg membanggakan papa mama*

*Nenekku tersayang **Hj. Daini Oemar** yang selalu mendoakanku, terimakasih atas kasih sayang dan perhatian yg selalu diberikan*

*Adik-adikku tersayang, **Dek Sasa, Adek Alin dan Nurul**. Terimakasih atas doa, dukungan, kasih sayang, candaan yang selalu diberikan, semoga mbak bisa menjadi panutan untuk adik-adikku dan kita selalu saling menyayangi*

*Guru ngajiku **Ustad Syu'eb dan Ustadza Dian**, terimakasih atas doa, dukungan dan bimbingan yg diberikan selama ini*

*dr. **Azmi Rosya Forayoga, Sp.B** selaku pembimbing pertama saya, terimakasih atas ilmu, waktu, nasihat, dukungan, kebaikan serta kesabaran yang diberikan kepada saya dalam pembuatan skripsi ini.*

***Ibu Trisnawati, S.Si., M.Kes** selaku pembimbing kedua serta pembimbing akademik saya, terimakasih atas nasihat-nasihat, ilmu, waktu, dukungan, saran serta kesabaran yang diberikan kepada saya dalam pembuatan skripsi ini. Terimakasih juga telah menjadi pembimbing akademik yang baik dan perhatian untuk saya*

*dr. **H. Achmad Azhari, DAHK** selaku penguji, terimakasih atas ilmu, kritikan dan saran yang membangun dari dokter untuk membuat skripsi ini menjadi lebih baik*

Direktur RSUD Palembang BARI, terimakasih atas izin yang diberikan untuk melakukan penelitian serta kakak-kakak bagian rekam medik terimakasih atas bantuannya

*Sisters from another mom "S9M" **Dwi Indah Pratiwi, Poppy Geraldine, Dian Wijayanti, Anisa Penidaria, Fabyenne Vasilefa, Ira Maulani, Nedy Bellinawati, dan kakakku Ani Isnani Syawal**. Terimakasih telah menjadi sahabat terbaik dalam hidupku. Semoga kita selalu diberi kesuksesan dan kemudahan dlm menggapai cita-cita, semoga persahabatan kita akan indah pada waktunya*

***Ridwan Permana**, terimakasih atas dukungan dan semangat yg selalu diberikan, selalu menemani, selalu sabar, menghibur disaat bosan, selalu ngalah dan ngerti aku, terimakasih juga untuk nasihat dan masukannya. Semoga kita sukses dan lulus tepat waktu ya 😊*

*Teman-teman angkatan **2011**, terimakasih atas kebersamaan 3,5 tahun ini. Aku bangga menjadi bagian dari keluarga besar 2011 semoga kesuksesan selalu mengiringi langkah kita ke depan. 2011 yang terbaik*

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2015
MARMAH OKTARIA**

Gambaran Klinis dan Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) Yang Dirawat Inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013

xi + 47 halaman + 13 tabel + 11 gambar

ABSTRAK

Fibroadenoma mammae (FAM) adalah tumor jinak yang paling sering ditemukan pada payudara bermanifestasi sebagai massa soliter, mudah digerakkan, kenyal dan berbatas tegas. FAM merupakan suatu penyakit pada wanita di usia awal reproduktif dengan kejadian puncak adalah antara usia 15 hingga 35 tahun. Etiologi dari FAM masih tidak diketahui pasti tetapi dikatakan bahwa hipersensitivitas terhadap estrogen pada lobulus payudara dianggap menjadi penyebabnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran klinis dan karakteristik penderita FAM yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 samapi dengan 31 Desember 2013. Penelitian ini bersifat deskriptif. Data penelitian berupa data sekunder dari data rekam medik. Sampel penelitian sebanyak 104 penderita, dari total 132 orang penderita FAM. Variabel penelitian terdiri dari usia, status pernikahan, letak FAM, ukuran FAM, jumlah FAM, konsistensi FAM, batas FAM, mobilitas FAM, tatalaksana, lama rawatan, dan gambaran histopatologi. Analisis data dilakukan secara univariat dan disajikan dalam bentuk narasi serta tabel. Hasil penelitian didapat hasil untuk karakteristik penderita FAM dengan kelompok usia 0-15 tahun 1 orang (1%), 16-30 tahun 66 orang (63,5%), 31-45 tahun 29 orang (27,9%) \geq 46 tahun 8 orang (7,7%). Status pernikahan menikah 60 orang (57,7%) dan belum menikah 44 orang (42,3%). Berdasarkan gambaran klinis penderita FAM paling banyak pada kuadaran lateral atas 34 orang (32,7%), lateral bawah 24 orang (23,1%), medial atas 20 orang (19,2%), 7 orang (6,7%) medial bawah, multiple 17 orang (16,3%) dan letak central tidak ada (0%). Lesi dengan ukuran <2 cm 22 orang (21,2%), 2-5 cm 76 orang (73,1%), dan >5 cm 5 orang (4,8%). Variabel FAM didapat jumlah 1 atau tunggal 87 orang (83,7%) dan jumlah > 1 17 orang (16,3%). Lesi dengan konsistensi kenyal 82 orang (78,8%), *mobile* 83 orang (79,8%), batas tegas 83 orang (79,8%), sedangkan untuk tatalaksana secara operatif 103 orang (99%) dan secara konservatif 1 orang (1%) serta lama rawatan 4 hari (45,2%).

Referensi : 35 (1998-2014)

Kata kunci : Fibroadenoma Mammae, Karakteristik Penderita, Gambaran Klinis

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY**

**SKRIPSI, JANUARY 2015
MARMAH OKTARIA**

Clinical and Characteristic Features Of Patient With Fibroadenoma Mammae (FAM) who were Admitted at Palembang BARI General Hospital from 1 January 2012 to 31 December 2013 Period

xi + 47 pages + 13 tables + 11 pictures

ABSTRACT

Fibroadenoma mammae (FAM) is the most common benign tumour at the breast which is manifest as solitary mass, mobile, chewy and firm. FAM found in women at the beginning of reproductive age with the highest incidence between 15 to 35 years. Etiology of FAM is unknown but hypersensitivity estrogen in lobulus of breast is suspected to be the cause. The aims of the study are determine clinical features and characteristic of patients with FAM who were admitted at Palembang BARI general hospital from 1 January 2012 to 31 December 2013 period. The study is a descriptive. The data were collected from medical records. Sample in this research 104 persons from total 132 patients. Variabel of study are age, marital status, location of FAM, size of FAM, total FAM, consistensy of FAM, mobility of FAM, treatment, lenght of stay and histopathology features. The data analysis with univariate and presented with narrative and tables. Based on the age of subjects there was one patient with age between 0-15 years old (1%), 66 patients were to age of 16-30 years old (63,5%), 29 patients were at to age of 31-45 years old (27,9%) and 8 patients were age of \geq 46 years old (7,7%). Based on marital status, 60 patients were married (57,7%). Based on clinical features of patient FAM upper lateral quadrant 34 patients (32,7%), lower lateral quadrant 24 patients (23,1%), upper medial quadrant 20 patients (19,2%), lower medial quadrant 7 patients (6,7%), multiple 17 patients (16,3%), and central (0%). The size of fibroadenoma < 2 cm 22 patients (21,2%). 2-5 cm 76 patients (73,1%) and > 5 cm 5 patients (4,8%). Variabel of FAM obtained one fibroadenoma 87 patients (83,7%) and > 1 17 patients (16,3%). Fibroadenoma with a chewy consistensy 82 (78,8%), mobile 83 (79,8%), firm 83 patients (79,8%). Operation 103 patients (99%), conservative 1 patient (1%) and lenght of stay 4 days (45,2%).

Reference : 35 (1998-2014)

Key word :Fibroadenoma Mammae, Characteristic of patient, Clinical features

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul **“Gambaran Klinis dan Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae yang Dirawat Inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya hingga akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. dr. H.M. Ali Muchtar, M.Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang beserta staff
2. dr. Azmi Rosya Forayoga, Sp. B. selaku pembimbing I
3. Trisnawati, S.Si., M.Kes. selaku pembimbing II
4. dr. Achmad Azhari, DAHK selaku penguji

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, Januari 2015

Marmah Oktaria

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	i
PERNYATAAN	ii
HALAMAN MOTO DAN PERSEMBAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	4
2.1.1 Anatomi Payudara	7
2.1.2 Fisiologi Payudara.....	9
2.1.3 Fibroadenoma Mammae.....	10
2.1.3.1 Definisi.....	10
2.1.3.2 Epidemiologi.....	11
2.1.3.3 Etiologi dan Faktor Resiko	11
2.1.3.4 Morfologi	12
2.1.3.5 Patogenesis.....	15
2.1.3.6 Diagnosis	15
2.1.3.7 Terapi	20
2.1.3.8 Komplikasi.....	21
2.1.3.9 Deteksi Dini	21
2.2 Kerangka Teori.....	24
2.3 Kerangka Konsep	25
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian.....	26
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	26
3.3 Populasi dan Sampel	26
3.3.1. Populasi.....	26
3.3.2. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel	26
3.4 Variabel Penelitian	27
3.5 Definisi Operasional.....	28
3.6 Cara Pengumpulan Data.....	30
3.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data	30
3.8 Alur Penelitian	31

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	
4.1.1. Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae.....	32
4.1.2. Gambaran Klinis Penderita Fibroadenoma Mammae	33
4.2 Pembahasan	
4.2.1. Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae.....	38
4.2.2. Gambaran Klinis Penderita Fibroadenoma Mammae	40

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	46
5.2 Saran.....	46

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	5
Tabel 3.1 Definisi Operasional	27
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi berdasarkan Usia Penderita FAM.....	32
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi berdasarkan Status Pernikahan.....	33
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi berdasarkan Letak FAM.....	33
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi berdasarkan Ukuran FAM.....	34
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi berdasarkan Jumlah FAM	34
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi berdasarkan Konsistensi FAM	35
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi berdasarkan Mobilitas FAM.....	35
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi berdasarkan Batas FAM	36
Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi berdasarkan Tatalaksana.....	36
Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi berdasarkan Lama Rawatan.....	37
Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi berdasarkan Gambaran Histopatologi	37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Payudara	8
Gambar 2.2 Makroskopis Fibroadenoma Mammae.....	13
Gambar 2.3 Fibroadenoma Mammae Pericanalicular.....	14
Gambar 2.4 Fibroadenoma Mammae Intracanalicular	14
Gambar 2.5 Inspeksi Payudara dengan Berdiri Tegak.....	22
Gambar 2.6 Inspeksi Payudara dengan Mengangkat Kedua Lengan.....	22
Gambar 2.7 Pemeriksaan diseluruh Bagian Payudara	23
Gambar 2.8 Pemeriksaan Cairan yang keluar dari Puting Susu	23
Gambar 2.9 Kerangka Teori	24
Gambar 2.10 Kerangka Konsep	25
Gambar 3.1 Alur Penelitian	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. **Data Rekam Medik Penderita FAM Rawat Inap di RSUD Palembang BARI
Periode 1 Januari 2012-31 Desember 2013**
2. **Lampiran Foto Peneliti**
3. **Surat Pengambilan Data Awal dari RSUD Palembang BARI**
4. **Surat Izin Penelitian**
5. **Surat tanda selesai penelitian dari RSUD Palembang BARI**
6. **Kartu Aktivitas Bimbingan Skripsi**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sel tumor ialah sel tubuh yang mengalami transformasi dan tumbuh secara autonom, lepas dari kendali pertumbuhan sel normal sehingga bentuk dan struktur sel ini berbeda dengan sel normal. Perbedaan sifat sel tumor ini bergantung pada besarnya penyimpangan bentuk, dan fungsi, autonominya dalam sifat pertumbuhan, dan kemampuannya berinfiltrasi dan bermetastasis (Sjamsuhidajat dan De Jong 2013). Tumor payudara merupakan lesi terpenting pada payudara perempuan. Walaupun dapat berasal dari jaringan ikat atau struktur epitel, tumor struktur epitel yang sering menyebabkan neoplasma payudara (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012).

Fibroadenoma adalah tumor jinak yang berasal dari jaringan ikat (fibrosa) yang mengandung struktur glandular. Fibroadenoma paling sering ditemukan pada wanita muda berusia 20-30 tahun tetapi dapat juga ditemukan pada wanita di berbagai usia (*American Cancer Society*, 2014). Fibroadenoma sejauh ini adalah tumor jinak tersering pada payudara perempuan. Peningkatan aktivitas estrogen diperkirakan berperan dalam pembentukannya. Fibroadenoma biasanya terjadi pada perempuan muda dengan insidensi puncak pada usia 30-an (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012).

Dalam beberapa laporan kasus wanita yang menderita fibroadenoma mammae (FAM) memiliki resiko untuk menderita kanker payudara. Apabila diperhatikan, benjolan yang ada tersebut terkadang tumbuh menjadi suatu keganasan yaitu kanker namun kasusnya sangat jarang terjadi, bila mengarah ke keganasan maka membutuhkan perawatan lebih lanjut (Kuijper dkk, 2001). Pada masa remaja, fibroadenoma dapat dijumpai dalam ukuran yang besar. Fibroadenoma dapat sangat cepat tumbuh dan dapat berpotensi kambuh saat rangsangan estrogen meninggi. Fibroadenoma harus dieksisi karena tumor jinak ini akan terus membesar (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Berdasarkan temuan dari beberapa perempuan yang mencari evaluasi terhadap benjolan yang tampak pada payudaranya maka didapatkan sebanyak 40% terjadi perubahan fibrokistik, 30% normal, 13% menderita penyakit jinak lain, 10% menderita kanker dan 7% menderita fibroadenoma (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012).

Berdasarkan laporan dari *New South Wales (NSW) Breasts Cancer Institute*, fibroadenoma umumnya terjadi pada wanita dengan usia 21-25 tahun, pada usia di atas 50 terjadi kurang dari 5%, sedangkan prevalensinya lebih dari 9% populasi wanita terkena fibroadenoma. Sedangkan laporan dari *Western Breast Services Alliance*, fibroadenoma terjadi pada wanita dengan usia antara 15-25 tahun, dan lebih dari 15% (satu dari enam wanita) mengalami fibroadenoma dalam hidupnya.

Berdasarkan penelitian Al-Thobbani, tahun 2006 di Yaman yang melaporkan profil patologi payudara di laboratorium histopatologi rujukan di Yaman dari 773 orang wanita dengan biopsi positif atau temuan mastektomi. Lesi jinak ditemukan sebanyak 79,9% kasus. Dari 79,9% kasus tersebut FAM adalah lesi yang paling umum ditemukan yaitu 30,0% dengan usia rata-rata 22,2 tahun.

Di Indonesia, laporan data penyakit FAM masih sedikit, namun diperkirakan tiap tahun terjadi. Berdasarkan hasil penelitian Dewi (2008), melaporkan kejadian FAM di Rumah Sakit Immanuel Bandung periode 2005-2006 sebanyak 144 kasus. Paling banyak ditemukan pada usia dibawah 30 tahun sebesar 79,90% dari kasus. Dari 79,90% kasus tersebut ditemukan sebanyak 41,70% pada kelompok usia 21-25 tahun, 25,70% pada kelompok usia 16-20 tahun, 9,70% pada kelompok usia 26-30 tahun dan 2,80% pada kelompok usia 10-15 tahun. Untuk lokasi FAM itu sendiri, paling sering terdapat pada payudara kanan yaitu sebanyak 44,5% dari kasus.

Penelitian Sidauruk (2013) melaporkan kejadian kasus FAM di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan periode 2007-2011 sebanyak 103 penderita. Dari 103 penderita FAM tersebut ditemukan paling banyak pada usia ≤ 35 tahun yaitu sebanyak 72,8% dari kasus.

Di Palembang, laporan mengenai kasus FAM masih sedikit. Berdasarkan penelitian Rulianty (2011), di RSUP Mohammad Hoesin Palembang dari 84 pasien dengan diagnosis tumor jinak pada periode 1 Januari 2010 sampai dengan 31 Desember 2010 terdapat 65 pasien yang menderita FAM dan paling sering ditemukan pada kelompok usia 16-20 tahun dan 21-25 tahun yaitu sebanyak 35,4% dari kasus.

Berdasarkan survei pendahuluan yang didapatkan dari data rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI, ditemukan penderita FAM sebanyak 129 orang selama periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013, dari 129 orang penderita tersebut 62 orang penderita pada tahun 2012 dan 67 orang penderita pada tahun 2013.

Mengingat kurangnya data penelitian mengenai FAM dan adanya peningkatan risiko untuk terkena kanker payudara pada wanita dengan riwayat tumor jinak yang berhubungan dengan adanya proses proliferasi berlebihan, maka peneliti menganggap perlu dilakukan penelitian tentang gambaran klinis dan karakteristik penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran klinis dan karakteristik penderita FAM yang di rawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran klinis dan karakteristik penderita FAM yang di rawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan karakteristik penderita FAM yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 berdasarkan :
 - a. Usia
 - b. Status perkawinan

2. Mendeskripsikan gambaran klinis penderita FAM pada pasien yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 berdasarkan :
 - a. Letak FAM
 - b. Ukuran FAM
 - c. Jumlah FAM
 - d. Konsistensi FAM
 - e. Mobilitas FAM
 - f. Batas FAM
 - g. Tatalaksana
 - h. Lama rawatan
 - i. Gambaran histopatologi

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Dengan adanya penelitian ini peneliti dapat menambah pengetahuan tentang FAM serta selanjutnya dapat menjadi acuan sebagai mahasiswa klinik dan dokter umum dalam melakukan diagnosis dan pemeriksaan pada penderita FAM.

1.4.2. Bagi Institusi RSUD Palembang BARI

Hasil ini diharapkan dapat menjadi data epidemiologi di RSUD Palembang BARI dan dapat menjadi bahan masukan bagi instansi terkait untuk memprioritaskan upaya pengenalan kasus secara dini dengan melakukan promosi

kesehatan tentang deteksi dini tumor payudara dengan cara seperti memasang *banner*, menggunakan *leaflet* dan lain-lain.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Dengan mengetahui informasi gambaran klinis dan karakteristik FAM masyarakat dapat mengetahui dan mengupayakan deteksi dini untuk memperkecil kemungkinan mengalami FAM.

1.4.4. Bagi Akademik

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data, bahan referensi dan pembandingan untuk penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Siti Fitria Dewi	2008	Insidensi Fibroadenoma di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode 2005-2006	Retrospektif deskriptif	Dari hasil penelitian diperoleh 144 kasus fibroadenoma payudara pada wanita. Paling banyak ditemukan pada usia dibawah 30 tahun (79,90%), yaitu pada kelompok usia 21-25 tahun (41,70%), kelompok usia 16-20 (25,70%), kelompok usia 26-30 tahun (9,70%) dan pada kelompok usia 10-15 tahun (2,80%). Lokasi tersering pada payudara kanan (44,5%).

Tesa Rulianty	2011	Ketepatan Pemeriksaan Fisik Fibroadenoma Mammae di Bagian Bedah Onkologi RSUP Mohammad Hoesin	Retrospektif deskriptif dengan desain uji diagnostik	Pemeriksaan fisik memiliki sensitifitas 94%, spesifisitas 16%, prediksi positif 79%, prediksi negatif 43% dan akurasi 76%, angka kejadian fibroadenoma mammae usia ≤ 30 tahun di Bagian Bedah Onkologi RSUP Mohammad Hoesin Palembang periode 1 Januari-31 Desember 2010 adalah 77,4%
Helfiana Agustina Sidauruk	2013	Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) Rawat Inap di RS Santa Elisabeth Medan Tahun 2007-2011	Deskriptif dengan desain <i>case series</i>	Proporsi tertinggi penderita FAM pada kelompok usia ≤ 35 tahun (72,8%), letak FAM di payudara kanan (39,8%), ukuran diameter FAM ≤ 5 cm (82,7%), jumlah FAM 1 (55,3%), dengan status kawin pada kelompok umur > 35 tahun (52,5%). Berdasarkan tatalaksana adalah dengan operasi (98,1%), dan lama rawatan rata-rata penderita FAM adalah 4,01 hari

Penelitian yang akan dilakukan berbeda dengan penelitian yang telah ada. Perbedaan terdapat pada tahun penelitian, tempat penelitian, populasi dan sampel penelitian serta variabel penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

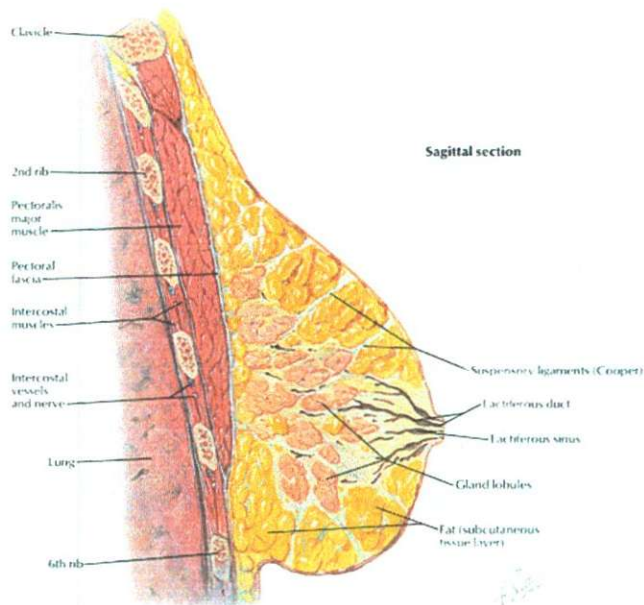
2.1.1. Anatomi Payudara

Payudara (*glandula mammae*) wanita dewasa merupakan kelenjar aksesoris kulit yang terletak dalam fascia superficial dari dinding depan dada. Batas superior payudara adalah iga dua sampai iga tiga sedangkan iga enam sampai iga tujuh adalah batas inferiornya, batas medial payudara adalah sternum sampai linea aksilaris media sebagai batas lateralnya. Kelenjar ini dimiliki oleh pria dan wanita. Bentuk *mammae* sama pada laki-laki dan perempuan yang belum dewasa. Pada masa pubertas, payudara wanita lambat laun akan membesar hingga membentuk setengah lingkaran, sedangkan pada laki-laki tidak. Pembesaran ini terutama terjadi akibat hipertrofi dan hiperplasia jaringan lemak yang dipengaruhi oleh hormon-hormon ovarium yaitu estrogen dan progesteron (Snell, 2006). Ukuran diameter payudara dewasa sekitar 10-12 cm, dan ketebalan antara 5-7 cm. Bentuk payudara biasanya kubah (*dome*) yang bervariasi (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011).

Payudara terdiri dari 3 unsur yaitu kulit, lemak subkutan, dan jaringan payudara yang terdiri dari jaringan parenkim dan stromal. Parenkim payudara terdiri dari 15-20 hingga 25 segmen yang semuanya menyatu di daerah *nipple* dengan bentuk radial. Jaringan stroma dan jaringan subkutaneus payudara terdiri dari lemak, jaringan ikat (*connective tissue*), pembuluh darah, saraf dan limfatik. Kulit payudara yang tipis mengandung folikel rambut kelenjar keringat, *nipple* yang berlokasi setinggi interkosta ke-4 pada payudara dan berisi kumpulan ujung syaraf sensoris (Golan dkk, 2005). Terdapat pula *papilla mammaria* yang dikelilingi oleh daerah kulit yang berwarna lebih gelap, disebut *areola mamma* yang memiliki diameter 15 sampai 60 mm (Snell, 2006).

Tuberkel Morgagni terletak sekitar tepi areola, menonjol dan merupakan muara dari kelenjar Montgomery. Kelenjar Montgomery ini merupakan kelenjar

sebesea yang besar dan memproduksi susu. Kelenjar ini adalah peralihan antara kelenjar keringat dan kelenjar susu (Golan dkk, 2005).



Gambar 2.1. Anatomi Payudara Normal
Sumber : Netter, 2011.

Payudara mendapatkan perdarahan arteri dari rami perforans arteriae thoracicae internae dan arteriae intercostales. Arteria axillaris juga mengalirkan darah ke glandula mammae melalui cabang-cabangnya yaitu arteria thoracica lateralis dan arteria thoracoacromialis. Sedangkan untuk aliran pembuluh balik mengikuti arteriae (Snell, 2006).

Aliran limfe glandula mammae dibagi menjadi kuadran-kuadran. Kuadran lateral mengalirkan cairan limfiknya ke *nodi axillares* (terletak tepat posterior terhadap pinggir bawah *musculus pectoralis major*). Sedangkan kuadran medial mengalirkan cairan limfiknya melalui pembuluh-pembuluh yang menembus ruangan intercostalis dan masuk ke dalam kelompok *nodi thoracales interna* (terletak di dalam *cavitas thoracis* di sepanjang *arteria thoracica interna*). Beberapa pembuluh limfe mengikuti *arteriae intercostales posteriores* dan mengalirkan cairan limfiknya ke posterior ke dalam *nodi intercostales posteriores*, beberapa pembuluh berhubungan dengan pembuluh limfe dari payudara sisi yang

lain dan berhubungan juga dengan kelenjar di dinding anterior abdomen (Snell, 2006).

2.1.2. Fisiologi Payudara

Payudara mulai berkembang pada saat pubertas. Perkembangan ini distimulasi oleh hormon estrogen yang berasal dari siklus seksual wanita bulanan. Estrogen merangsang pertumbuhan kelenjar mammaria payudara ditambah dengan deposit lemak untuk memberi massa payudara. Selain itu, pertumbuhan yang jauh lebih besar terjadi selama kadar estrogen yang tinggi pada kehamilan, dan kemudian hanya jaringan kelenjar saja yang berkembang sempurna untuk pembentukan air susu (Guyton dan Hall, 2008).

Selama kehamilan, sejumlah besar estrogen disekresikan oleh plasenta sehingga sistem duktus payudara tumbuh dan bercabang. Secara bersamaan, stroma payudara juga bertambah besar dan sejumlah besar lemak berada didalam stroma. Sedikitnya terdapat empat hormon lain yang juga penting untuk pertumbuhan sistem duktus yakni hormon pertumbuhan, prolaktin, glukokortikoid adrenal dan insulin. Masing-masing hormon diketahui memainkan paling sedikit beberapa peranan dalam metabolisme protein, yang menjelaskan fungsi hormon-hormon tersebut dalam perkembangan kelenjar payudara (Guyton dan Hall, 2008).

Perkembangan akhir payudara menjadi organ yang menyekresi susu juga memerlukan progesteron. Sekali sistem duktus telah berkembang, progesteron bekerja secara sinergis dengan estrogen yang menyebabkan pertumbuhan lobulus payudara, dengan pertunasan alveolus, dan perkembangan sifat-sifat sekresi alveolus dan perkembangan sifat-sifat sekresi dari sel-sel alveoli (Guyton dan Hall, 2008).

Payudara mengalami perubahan yang dipengaruhi oleh hormon. Perubahan dimulai dari masa hidup anak melalui masa pubertas, lalu masa fertilitas sampai klimakterium hingga menopause. Pada masa pubertas hormon *Gonadotropin Releasing Hormone* (GnRH) yang disekresikan ke dalam sistem hipotalamic pituitary portal akan berefek pada lobus anterior hipofisis, dan selanjutnya sel

basofilik dari bagian anterior hipofisis mengeluarkan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH). Hormon ini akan merangsang pertumbuhan dan maturasi dari payudara dan organ genital (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011). Selain itu, sejak pubertas, pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan hormon hipofisis menyebabkan berkembangnya duktus dan timbulnya asinus (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Perubahan selanjutnya terjadi sesuai dengan daur haid. Sekitar hari ke-8 haid, payudara membesar, dan pada beberapa hari sebelum haid berikutnya terjadi pembesaran maksimal. Kadang, timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang haid, payudara menegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik terutama palpasi sulit dilakukan (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Perubahan payudara juga terjadi selama kehamilan dan menyusui. Pada masa hamil payudara membesar karena epitel duktus lobus dan duktus alveolus berproliferasi. Pada kehamilan 5-8 minggu terjadi pembesaran payudara yang signifikan disertai dengan hiperpigmentasi dari puting areolar. Perubahan payudara saat menyusui dikarenakan produksi hormon prolaktin dari hipofisis anterior yang memicu laktasi (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Perubahan terakhir terjadi pada masa menopause, pada masa ini terjadi penurunan fungsi dari ovarium dan sebagai akibatnya akan berpengaruh pula pada payudara yaitu regresi struktur epitel dan stroma jaringan payudara. Sistem duktus tetap akan tetapi lobulus-lobulusnya menjadi kolaps (Brenner, S., et al, 2005).

2.1.3. Fibroadenoma Mammae

2.1.3.1. Definisi

Fibroadenoma merupakan neoplasma jinak yang terutama dijumpai pada perempuan muda. Fibroadenoma teraba sebagai benjolan bulat dengan simpai licin, bebas digerakkan dan konsistensinya kenyal padat (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Menurut kamus kedokteran Dorland, (2012) fibroadenoma mammae merupakan tumor jinak payudara yang berasal dari jaringan fibrosa dan epitel kelenjar.

2.1.3.2. Epidemiologi

Fibroadenoma mammae adalah lesi yang paling umum dari payudara, terjadi pada 25% wanita tanpa gejala. Hal ini biasanya merupakan suatu penyakit pada wanita di usia awal reproduktif dimana kejadian puncak adalah antara usia 15 hingga 35 tahun (Guray dan Sahin, 2006). Meskipun kejadian puncak adalah antara dekade kedua dan ketiga kehidupan, tidak jarang terjadi pada wanita pascamenopause, dengan peningkatan insiden setelah terapi hormon pengganti. Secara keseluruhan, itu terjadi pada sekitar 10% wanita (Sperber dkk, 2003).

Hasil penelitian lain menyatakan FAM sering ditemukan pada usia yang muda, antara 20-40 tahun dengan usia rata-rata 30 tahun. Insidensinya tidak diketahui pasti, namun sekitar 50% hasil biopsi payudara adalah FAM, berapapun usianya (Fadjari, 2012).

Fibroadenoma umumnya terjadi pada wanita dengan usia 21-25 tahun, pada usia di atas 50 terjadi kurang dari 5%, sedangkan prevalensinya lebih dari 9% populasi wanita terkena FAM (NSW *Breast Cancer Institute*, 2014). Sedangkan laporan dari *Western Breast Services Alliance*, FAM terjadi pada wanita dengan usia antara 15-25 tahun, dan lebih dari 15% (satu dari enam wanita) mengalami FAM dalam hidupnya.

Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan di India, dilaporkan bahwa dari 210 kasus FAM paling banyak terjadi pada kelompok usia 16-30 tahun dengan latar belakang tempat tinggal di perkotaan dan lebih sering terjadi pada penderita yang telah menikah dengan kemungkinan alasan pernikahan dini dan paritas. Usia menarche, usia menopause, dan terapi hormonal menunjukkan tidak mengubah resiko terjadinya lesi ini (Vijaykumar dkk, 2012).

2.1.3.3. Etiologi dan Faktor Resiko

Etiologi dari FAM masih tidak diketahui pasti tetapi dikatakan bahwa hipersensitivitas terhadap estrogen pada lobul dianggap menjadi penyebabnya (*Breast Cancer Care*, 2010). Fibroadenoma mammae terjadi akibat proliferasi abnormal jaringan periduktus ke dalam lobulus; dengan demikian sering ditemukan di kuadran lateral atas karena di bagian ini distribusi kelenjar paling banyak. Baik estrogen, progesteron, kehamilan, maupun laktasi dapat merangsang pertumbuhan FAM (Fadjari, 2012).

Usia menarche, usia menopause dan terapi hormonal termasuk kontrasepsi oral tidak merubah risiko terjadinya lesi ini. Pengamatan klinis yang dilakukan pada perempuan yang menerima estrogen dan obat antiestrogen menunjukkan bahwa wanita pasca menopause yang menerima estrogen lebih dari delapan tahun mengalami lesi jinak. Faktor genetik juga dikatakan tidak berpengaruh tetapi adanya riwayat keluarga dengan *carsinoma mammae* dikatakan meningkatkan risiko terjadinya penyakit ini (Santen dan Mansel, 2005).

2.1.3.4. Morfologi

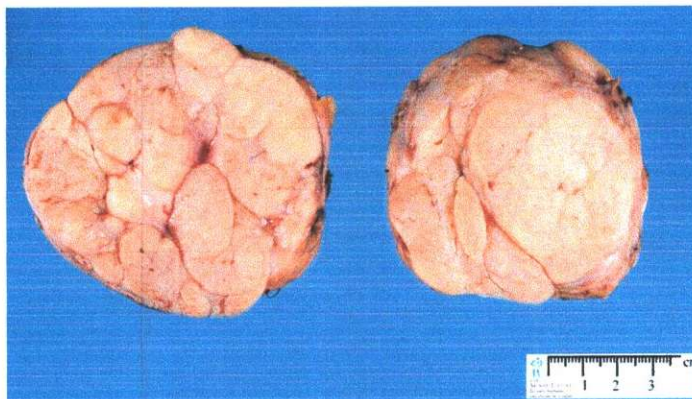
Fibroadenoma memiliki struktur kenyal, pada saat dilakukan palpasi fibroadenoma dapat digerakkan. Fibroadenoma biasanya tidak menimbulkan rasa sakit namun terkadang dapat pula terasa nyeri. Lesi ini biasanya berjumlah satu dan sering berkembang selama masa pubertas. Sekitar 90% dari nodul ini bergaris tengah kurang dari 3 cm dan 10% bergaris tengah 4 cm. Namun beberapa dapat tumbuh lebih dari 5 cm yang disebut sebagai *giant fibroadenomas* (*Breast Cancer Care*, 2010).

Fibroadenoma bermanifestasi sebagai massa soliter, diskret, biasanya tunggal, mudah digerakkan, dan memiliki garis tengah yang bervariasi dari 1 cm – 10 cm. Fibroadenoma berukuran > 5 cm (terjadi sekitar 4% dari total) disebut fibroadenoma raksasa, namun terminologi ini tidak diterima secara universal sebab fibroadenoma raksasa biasa ditemui pada wanita hamil dan menyusui. Sehingga ketika lesi ini ditemukan pada remaja disebut sebagai juvenile fibroadenoma. Secara histologis, lesi ini tampak lebih seluler dan memiliki lebih

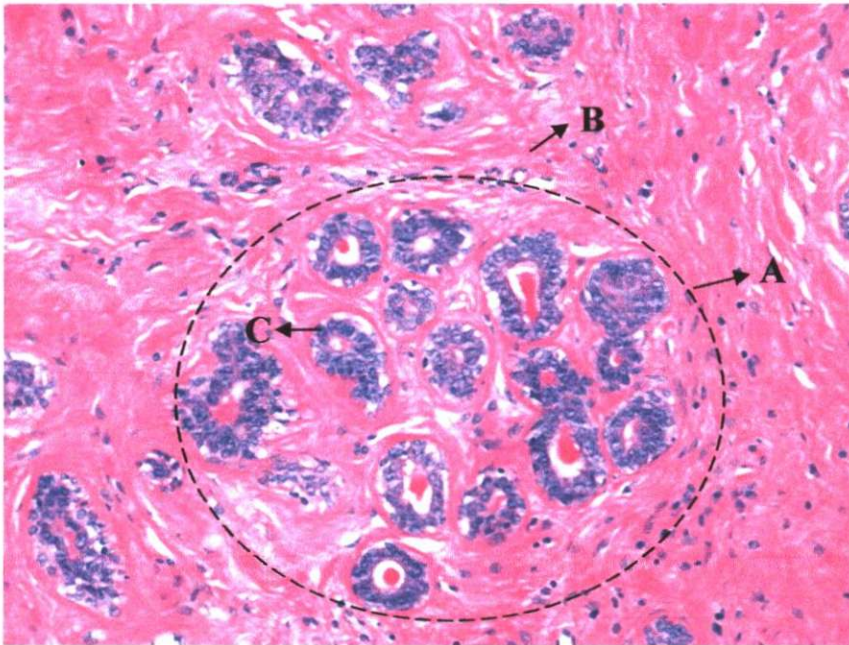
sedikit lobular daripada simplex fibroadenoma. Namun fibroadenoma raksasa adalah lesi jinak yang tidak mengalami transformasi menjadi keganasan (Vijaykumar dkk, 2012).

Fibroadenoma mammae dapat ditemukan dimanapun di payudara, 50% dari fibroadenoma mammae ditemukan di kuadran lateral superior, 10% pada kuadran lateral inferior, 17% pada regio sentral, dan 3% difus. Beberapa kasus menunjukkan bahwa massa tumor lebih sering ditemukan pada payudara kiri dibanding payudara kanan (Morris dan Wood, 2000). Menurut Vijaykumar dkk (2012) benjolan pada penderita FAM 49% ditemukan di payudara sebelah kanan sedangkan 46,6% ditemukan pada payudara kiri dan 5,4% ditemukan bilateral.

Secara makroskopis, semua tumor teraba padat dengan warna seragam coklat-putih pada irisan dengan bercak-bercak kuning-merah muda yang mencerminkan daerah kelenjar. Secara mikroskopik, tampak stroma fibroblastik longgar yang mengandung rongga mirip duktus berlapis epitel dengan ukuran dan bentuk beragam. Rongga mirip duktus ini dilapisi oleh satu atau lebih lapisan sel yang regular dengan membran basal yang jelas dan utuh. Pada sebagian lesi rongga duktus terbuka, bundar hingga oval, dan teratur yang disebut fibroadenoma perikanalikularis, sebagian lainnya tertekan oleh proliferasi ekstensif stroma sehingga pada potongan melintang rongga tampak sebagai suatu celah atau struktur iregular mirip bintang yang disebut fibroadenoma intrakanalikularis (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012).



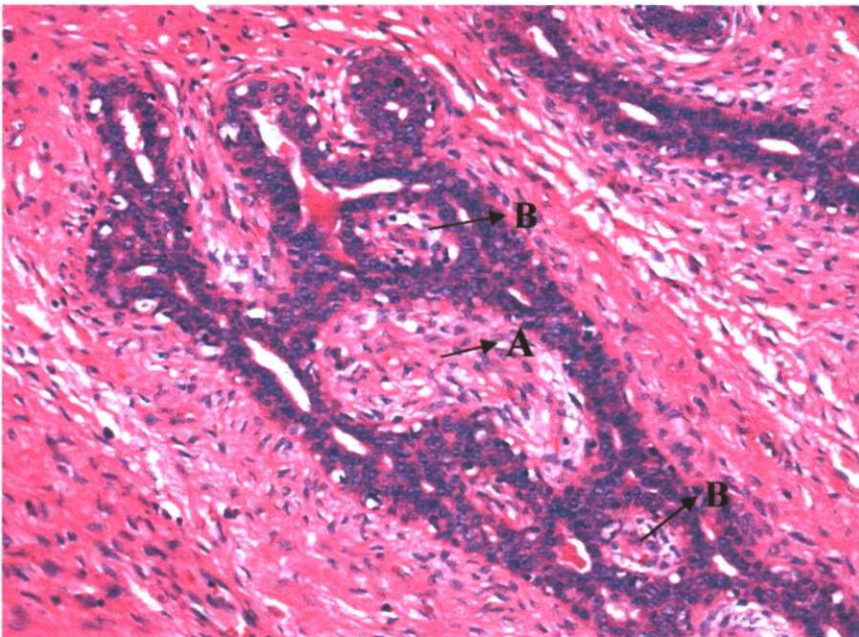
Gambar 2.2. Makroskopis Fibroadenoma Mammae
Sumber : Ramnani, 2014



Gambar 2.3. Fibroadenoma Mammae Pericanalicular

Keterangan : Dalam pola histologis pericanalicular, kelenjar berbentuk bulat atau oval
(A) Massa tumor FAM pericanalicular, (B) Jaringan ikat, (C) Sel mioepitel

Sumber : Ramnani, 2014



Gambar 2.4. Fibroadenoma Mammae Intracanalicular

Keterangan : pola intracanalicular di suatu fibroadenoma akan memperlihatkan stroma jaringan ikat menginvasi ke dalam epitel kelenjar

(A) Massa tumor intracanalicular, (B) Canaliculi yang mengelilingi massa tumor

Sumber : Ramnani, 2014

2.1.3.5. Patogenesis

Fibroadenoma mammae dianggap mewakili sekelompok lobus hiperplastik dari mammae yang dikenal sebagai “kelainan dari pertumbuhan normal dan involusi”. Fibroadenoma sering terbentuk sewaktu menarche (15-25 tahun), waktu dimana struktur lobul ditambahkan kedalam sistem duktus pada mammae. Lobus hiperplastik sering terjadi pada waktu ini dan dianggap merupakan bagian dari perkembangan mammae (Guray dan Sahin, 2006).

Fibroadenoma mammae merupakan lobus yang berbatas jelas, mudah digerakkan dari jaringan disekitarnya. Pada gambaran histologis menunjukkan stroma dengan proliferasi fibroblast yang mengelilingi kelenjar dan rongga kistik yang dilapisi epitel dengan bentuk dan ukuran yang berbeda. Pembagian fibroadenoma berdasarkan gambaran histologisnya yaitu :

1. Fibroadenoma pericanaliculare

Kelenjar bulat dan lonjong dilapisi epitel selapis atau beberapa lapis

2. Fibroadenoma intracaniculare

Jaringan ikat mengalami proliferasi lebih banyak sehingga kelenjar berbentuk panjang-panjang (tidak teratur) dengan lumen sempit mirip bintang (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012)

Lesi ini merupakan *hormone dependent* neoplasma distimulasi oleh laktasi sewaktu hamil dan mengalami involusi sewaktu perimenopause. Tumor ini dapat terjadi karena mutasi DNA sel. Wanita dengan mutasi pada gen BRCA1 atau BRCA2 yang diperoleh dari mestektomi bilateral memiliki frekuensi yang tinggi untuk terjadinya lesi jinak maupun ganas pada payudara (Santen dan Mansel, 2005).

2.1.3.6. Diagnosis

Diagnosis FAM ditegakkan berdasarkan :

1. Anamnesis

Anamnesis didahului dengan pencatatan identitas penderita secara lengkap. Keluhan utama penderita dapat berupa massa tumor di payudara, rasa sakit, cairan dari puting susu, retraksi puting susu, adanya perubahan

pola kulit yang menimbulkan perubahan spesifik di bagian permukaan sekitar areola, keluhan kulit berupa *dimpling*, kemerahan, ulserasi, atau adanya *peau d'orange* atau keluhan berupa pembesaran getah bening aksila atau tanda metastasis jauh (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011).

Hal berikut ini tergolong dalam faktor resiko yang berperan pada timbulnya tumor payudara :

a. Usia

Usia merupakan faktor resiko yang penting. Pada usia dibawah 30 tahun merupakan insidensi puncak fibroadenoma mammae. Kemungkinan resiko fibroadenoma mammae menurun pada usia setelah menopause.

b. Riwayat keluarga

Faktor genetik dapat mempengaruhi kejadian, dengan adanya riwayat keluarga dengan karsinoma mammae dikatakan meningkatkan resiko terjadinya penyakit fibroadenoma mammae (Guray dan Sahin, 2006).

c. Hormonal

Hormonal dapat berasal dari hormon eksogen dan endogen. Eksogen berupa pemberian terapi hormonal estrogen maupun progesteron. Pemakaian hormon eksogen ini tidak mengubah resiko terjadinya FAM. Hormon estrogen endogen berhubungan dengan peran ovarium. Tingginya estrogen endogen dapat menjadi faktor FAM (Santen dan Mansel, 2005).

d. Tumor jinak payudara sebelumnya

Adanya tumor jinak payudara sebelumnya meningkatkan resiko terjadi FAM 3 sampai 5 kali (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

Karena organ payudara dipengaruhi oleh faktor hormonal maka sebaiknya pemeriksaan payudara dilakukan disaat pengaruh hormonal seminimal mungkin, satu minggu setelah haid. Pemeriksaan yang dapat dilakukan terdiri dari :

- a. Inspeksi, pasien diminta untuk duduk tegak dan berbaring. Kemudian, inspeksi dilakukan terhadap bentuk kedua payudara, warna kulit, lekukan, retraksi papilla, adanya kulit berbintik seperti kulit jeruk, ulkus, dan benjolan. Cekungan kulit (*dimpling*) lebih terlihat jelas bila pasien diminta untuk mengangkat lengannya lurus keatas.
- b. Palpasi, lebih baik dilakukan pada pasien yang berbaring dengan bantal tipis di punggung sehingga payudara terbentang rata. Palpasi dilakukan dengan ruas pertama jari telunjuk, tengah dan manis yang digerakkan perlahan tanpa tekanan pada setiap kuadran payudara dengan alur melingkar. Pada sikap duduk, benjolan yang tidak terlihat saat berbaring umumnya lebih mudah ditemukan. Perabaan aksila pun lebih mudah dilakukan pada saat posisi duduk. Pemijatan halus puting susu juga dilakukan, untuk melihat adanya pengeluaran cairan.

Melalui inspeksi dan palpasi dapat dinilai :

- a. Massa tumor: ukuran, lokasi, bentuk, konsistensi, terfiksasi atau tidak ke dinding dada
- b. Perubahan kulit: kemerahan, *peau d'orange*, *dimpling*, ulserasi
- c. Perubahan puting: tertarik, kemerahan, erosi, perubahan warna, *discharge* (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2013).

Pada pemeriksaan fisik FAM biasanya didapatkan gambaran fibroadenoma mammae sebagai berikut :

- a. Bentuk bulat teratur atau lonjong
- b. Permukaan rata
- c. Konsistensi kenyal lunak
- d. Batas tegas
- e. Mudah digerakkan
- f. Tidak ada nyeri

(Guray dan Sahin, 2006).

3. Pemeriksaan Penunjang

A. Mammografi

Mammografi adalah pemeriksaan radiografi payudara. Sedapat mungkin dilakukan sebagai alat bantu diagnostik utama, terutama pada usia di atas 30 tahun. Walaupun mamografi sebelumnya normal, jika terdapat keluhan baru, maka harus dimamografi ulang. Pada mamografi, lesi yang mencurigakan ganas menunjukkan salah satu atau beberapa gambaran sebagai berikut: lesi asimetris, kalsifikasi pleomorfik, tepi ireguler atau berspikula, terdapat peningkatan densitas dibandingkan sekitarnya. Pada salah satu penelitian terhadap 41.427 penderita, sensitivitasnya mencapai 82,3% dengan spesifisitas 91,2%. Walaupun demikian, bila hasilnya negatif, harus tetap dilakukan pemeriksaan lanjutan (Fadjari, 2012).

Teknik ini digunakan dengan luas pada pemeriksaan rutin mammae untuk menemukan tumor jinak atau ganas, dan kista. Digunakan dosis sinar X yang sangat rendah, sehingga bahaya pemeriksaan ini kecil dan dapat sering diulangi. Kesuksesan dari pemeriksaan ini diperlihatkan dengan dapat ditemukannya lesi yang berukuran beberapa milimeter, jauh sebelum dapat dideteksi pada pemeriksaan klinik (Snell, 2006).

B. Ultrasonografi

Ultrasonografi (USG) sangat berguna untuk membedakan lesi *solid* dan kistik setelah ditemukan kelainan pada mamografi. Pemeriksaan ini juga dapat digunakan pada kondisi klinis tertentu, misalnya pada wanita hamil yang mengeluh ada benjolan di payudara sedangkan hasil mamografinya tidak jelas walaupun sudah diulang, dan untuk panduan saat biopsi jarum atau *core biopsy*. Hasil pemeriksaan USG maupun mamografi dapat diklasifikasikan menurut panduan *The American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System* atau yang dikenal sebagai ACR BI-RADS, sebagai berikut :

- a. Kategori 0: Harus dilakukan mamografi untuk menentukan diagnosis
- b. Kategori 1: Negatif atau tidak ditemukan lesi
- c. Kategori 2: Jinak. Biasanya kista simpleks. Ulang USG 1 tahun lagi
- d. Kategori 3: Kemungkinan jinak. Sering ditemukan pada FAM. Ulang USG 3-6 bulan
- e. Kategori 4: Curiga abnormal. Harus dibiopsi
- f. Kategori 5: Sangat curiga ganas. Dikelola sesuai panduan kanker payudara dini
- g. Kategori 6: Kanker. Hasil biopsi memang benar keganasan payudara, dikelola sebagai kanker payudara dini (Fadjari, 2012).

C. Aspirasi Sitologi

Pemeriksaan sitologi adalah prosedur diagnostik prabedah yang dapat dilakukan dengan *Fine Needle Aspirations (FNA) Cytology*. *FNA Cytology* adalah pemeriksaan yang penting dalam penegakan diagnosis penyakit payudara. Diagnosis yang akurat tergantung pada aplikasi teknik yang benar. Pemeriksaan sitologi mampu memeriksa sel tumor sebelum tindakan pembedahan sehingga bermanfaat untuk deteksi pertumbuhan sel tumor.

Indikasi dari pemeriksaan *FNA Cytology* dalam situasi klinis adalah sebagai berikut :

- a. Adanya massa yang terdeteksi dari palpasi tanpa melihat massa tersebut jinak atau ganas
- b. Adanya massa yang terdeteksi dari hasil *imaging* yang dianggap mungkin jinak atau ganas (*National Breast Cancer Center, 2004*).

Sampel *FNA Cytology* diambil dengan 2 sampai 4 tusukan jarum untuk mencapai benjolan, kemudian difiksasi alkohol 96% dan diwarnai dengan Papanicolau atau MayGruenwaldGiemsa (Sander, 2007).

D. Gambaran Histopatologi

Pemeriksaan ini merupakan *gold standar* atau baku emas dalam mendiagnosis tumor payudara. Material diperoleh dari insisi maupun eksisi biopsi maupun dari bahan operasi mastektomi. Gambaran histopatologi FAM tampak seperti berikut:

a. Fibroadenoma pericanaliculare

Kelenjar bulat dan lonjong dilapisi epitel selapis atau beberapa lapis.

b. Fibroadenoma intracaniculare

Jaringan ikat mengalami proliferasi lebih banyak sehingga kelenjar berbentuk panjang-panjang (tidak teratur) dengan lumen sempit mirip bintang (Kumar, Cotran dan Robbins, 2012).

2.1.3.7. Terapi

Tatalaksana FAM masih diperdebatkan, tergantung pada usia pasien dan temuan klinis (Sperber dkk, 2003). Bila dari hasil biopsi menunjukkan lesi adalah fibroadenoma maka tindakan pembedahan dapat dilakukan ataupun tidak. Harus dilakukan tindakan pembedahan apabila terdapat tanda abnormalitas, ukuran dan bentuk dari payudara yang berubah dan curiga lesi tersebut adalah keganasan (Greenberg dkk, 1998). Namun, bedah eksisi berhubungan dengan morbiditas karena pengangkatan mammae dapat mengubah kualitas hidup serta meninggalkan bekas jaringan parut (Sperber dkk, 2003).

Terapi pasien fibroadenoma memang bervariasi. Beberapa dokter menyarankan untuk dilakukan eksisi namun terapi konservatif dapat menggantikan perawatan bedah dalam waktu dekat atas dasar usia muda pasien, temuan gambaran jinak, karakteristik klinis, dan temuan jinak pada hasil FNA biopsi. Teknik minimal invasif seperti USG, menjadi pilihan pengobatan yang sangat baik untuk wanita dengan fibroadenoma yang menghindari operasi, lesi juga dapat diobati dengan observasi dan ditindaklanjuti secara berkala. Pada fibroadenoma juvenile (>5 cm) operasi pengangkatan sangat dianjurkan walau lesi sepenuhnya jinak (Guray dan Sahin, 2006).

Jika pada pemeriksaan FNA didapatkan gambaran fibroadenoma dan penderita berusia dibawah 30 tahun maka terapi yang diberikan adalah observasi maupun eksisi jika ada kekhawatiran. Jika usia pasien diatas 30 tahun maka tindakan yang dilakukan adalah eksisi untuk menyingkirkan keganasan (Stead dkk, 2003; Al-Salamah, 2006).

2.1.3.8. Komplikasi

Fibroadenoma adalah sebuah tumor jinak namun dalam beberapa laporan kasus menggambarkan bahwa seseorang yang terdiagnosis FAM mengalami peningkatan resiko *carcinoma mammae* (Kuijper dkk, 2001). Pada beberapa kasus yang jarang, FAM dapat menjadi *carcinoma mammae* (Guray dan Sahin, 2006).

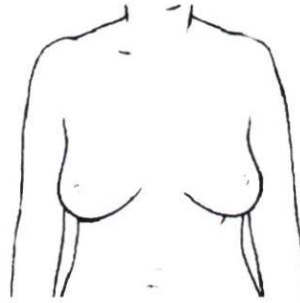
2.1.3.9. Deteksi Dini

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pemeriksaan payudara setiap wanita. Pemeriksaan payudara sendiri dilakukan setiap satu bulan sekali dan dapat menjadi instrumen penapisan yang efektif untuk mengetahui lesi payudara. Pemeriksaan payudara ini dilakukan sebaiknya pada hari ke-5 dan ke-10 dari siklus menstruasi dengan menghitung hari pertama haid terakhir sebagai hari pertama. Pemeriksaan ini dianjurkan pada wanita segera ketika mulai pertumbuhan payudara sebagai gejala pubertas dan dilakukan secara intensif mulai usia 20 tahun.

Fibroadenoma dapat di deteksi dini dengan (SADARI). Pemeriksaan payudara sendiri sangat penting dianjurkan kepada masyarakat karena 86% benjolan di payudara ditemukan penderita sendiri.

Menurut Fadjar, 2012 langkah-langkah pemeriksaan payudara yang harus diajarkan kepada semua wanita, terutama kelompok berisiko tinggi, yaitu :

1. Berdiri didepan cermin, lalu perhatikan bentuknya, simetris atau tidak, ada tidaknya kemerahan di payudara. Perhatikan pula puting susu dan sekitarnya, adakah luka atau puting tertarik ke dalam (gambar 2.5).



Gambar 2.5. Inspeksi Payudara dengan Berdiri Tegak

2. Lalu angkat kedua lengan ke atas dengan telapak tangan diletakkan di daerah belakang kepala, sedikit di atas leher. Dengan gerakan ini, seharusnya payudara akan terangkat ke atas secara simetris. Perhatikan ada tidaknya daerah yang tertarik ke dalam. Perhatikan adakah kelainan pada kulit payudara yang menyerupai kulit jeruk (gambar 2.6).



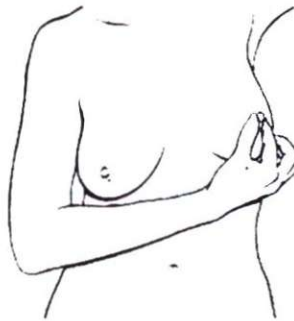
Gambar 2.6. Inspeksi Payudara dengan Mengangkat Kedua Lengan

3. Turunkan salah satu lengan, lalu raba dengan telapak jari-jari tangan seperti tampak pada gambar 2.7. Berhenti sebentar, lalu raba dengan gerakan memutar dengan sedikit penekanan pada payudara. Lalu geser ke daerah lain, berhenti lagi sambil diraba dengan gerakan memutar. Lakukan hal ini berulang-ulang sampai seluruh bagian payudara selesai diperiksa.



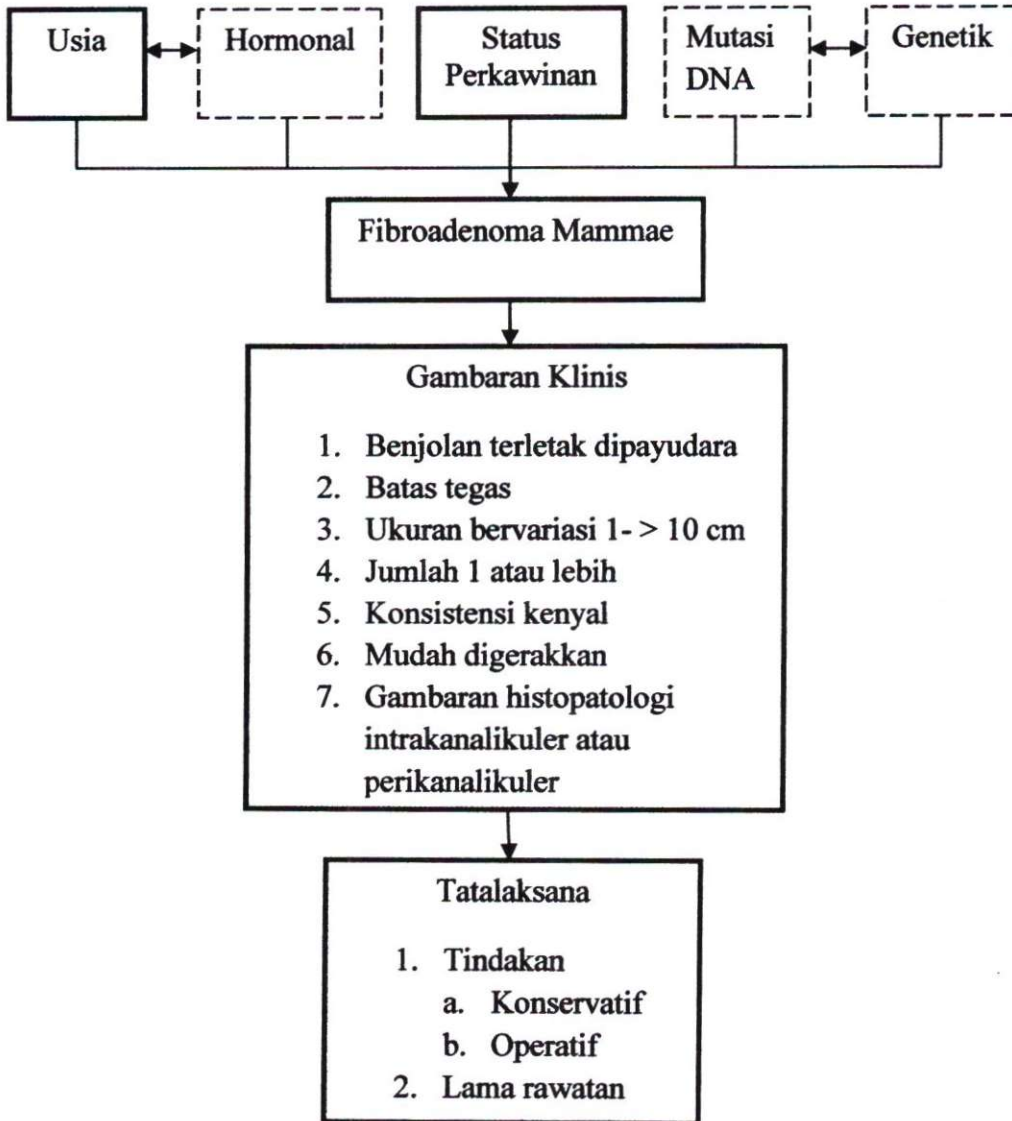
Gambar 2.7. Pemeriksaan diseluruh Bagian Payudara

4. Lakukan pemeriksaan pada daerah ketiak dengan gerakan memutar seperti saat memeriksa payudara. Perhatikan ada tidaknya pembesaran kelenjar getah bening.
5. Pemeriksaan terakhir adalah gerakan mengurut dari arah dasar payudara ke arah puting, lalu beri sedikit penekanan di puting susu terus ke depan (gambar 2.8). Tidak perlu khawatir bila dengan gerakan ini keluar beberapa tetes cairan jernih



Gambar 2.8. Pemeriksaan Cairan yang Keluar dari Puting Susu

2.2. Kerangka Teori



Keterangan :

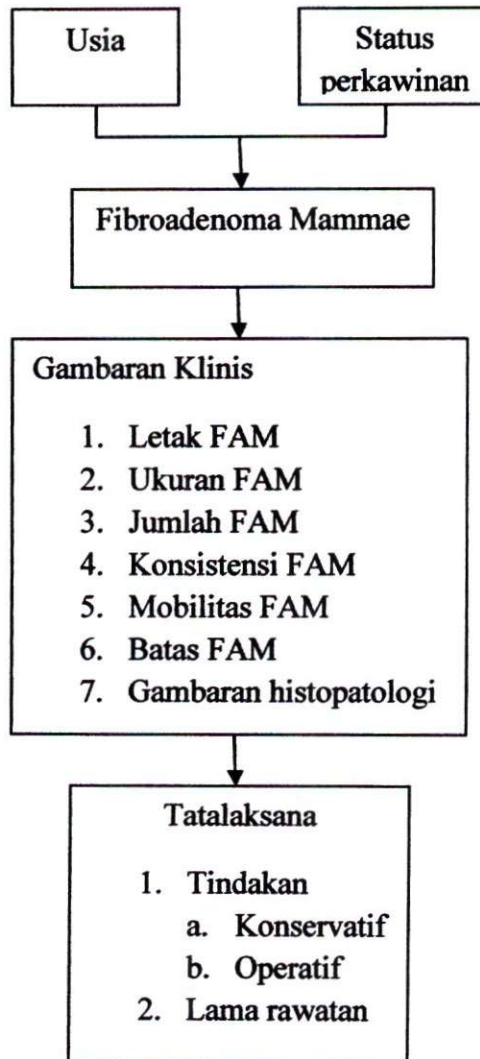
: variabel yang diteliti

: variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.9. Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Vijaykumar dkk, 2012; Kumar, Cotrans dan Robbins, 2012; Guray dan Sahin, 2006; Santen dan Mansel, 2005

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2.10. Kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat penelitian deskriptif, bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan tentang gambaran klinis dan karakteristik fibroadenoma mammae sesuai dengan keadaan yang ada.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan dari bulan Juli sampai dengan Desember 2014.

3.2.2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Bagian Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi adalah sekelompok subjek yang ditentukan berdasarkan kriteria sesuai dengan tujuan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat inap dengan fibroadenoma mammae di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013.

3.3.2. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

Sampel adalah *subset* (bagian) populasi yang diteliti (Sastroasmoro, 2011). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007).

Sampel penelitian adalah semua pasien yang dirawat inap dengan fibroadenoma mammae di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 yang berjumlah 132 orang.

3.4. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah :

1. Usia
2. Status Pernikahan
3. Letak FAM
4. Ukuran FAM
5. Jumlah FAM
6. Konsistensi FAM
7. Mobilitas FAM
8. Batas FAM
9. Tatalaksana
10. Lama rawatan
11. Gambaran histopatologi

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Usia	usia pasien yang sesuai dengan data yang tercantum pada status rekam medik pada saat di diagnosis menderita fibroadenoma mammae (Rulianty, 2011).	Rekam medik	1. 0-15 tahun 2. 16-30 tahun 3. 31-45 tahun 4. ≥ 46 tahun (Vijaykumar dkk, 2012)	Skala Ordinal
2.	Status Pernikahan	Ikatan resmi yang sah dengan pasangannya baik secara hukum maupun secara agama	Rekam medik	1. Menikah 2. Belum menikah	Skala Nominal
3.	Letak FAM	Fibroadenoma yang ditemukan di berbagai kuadran pada payudara	Rekam medik	1. Lateral atas 2. Medial atas 3. Lateral bawah 4. Medial bawah 5. Central 6. Multiple	Skala Nominal
4.	Ukuran FAM	Besarnya lesi fibroadenoma (dalam cm) yang ditemukan di payudara saat palpasi	Rekam medik	1. < 2 cm 2. 2-5 cm 3. > 5 cm	Skala ordinal

5.	Jumlah FAM	Jumlah fibroadenoma yang dapat ditemukan dipayudara	Rekam medik	1. 1 2. >1	Skala Nominal
6.	Konsistensi FAM	Fibroadenoma yang ditemukan memiliki struktur keras, kenyal atau lunak pada saat dilakukan palpasi	Rekam medik	1. Keras 2. Kenyal 3. Lunak	Skala Nominal
7.	Mobilitas FAM	Fibroadenoma yang dapat digerakkan pada saat dilakukan palpasi (<i>Breast Cancer Care</i> , 2010).	Rekam medik	1. Mobile 2. Immobile	Skala Nominal
8.	Batas FAM	Batas lesi fibroadenoma mammae dengan jaringan sekitar saat palpasi	Rekam medik	1. Tegas 2. Tidak tegas	Skala Nominal
9.	Tatalaksana	Tindakan yang dilakukan pada penderita fibroadenoma	Rekam medik	1. Konservatif 2. Operasi	Skala Nominal
10.	Lama rawatan	Rentang waktu dari pasien masuk hingga keluar rumah sakit	Rekam medik	Semua lama rawat yang tercatat pada buku rekam medik	Skala rasio

11.	Gambaran histopatologi	Pemeriksaan sediaan biopsi ataupun aspirasi (Rulianty, 2011).	Rekam medik hasil eksisi	1. Fibroadenoma pericanaliculer 2. Fibroadenoma intracanalicular 3. Tidak disebutkan subtype FAM	Nominal
-----	------------------------	---	--------------------------	--	---------

3.6. Cara Pengumpulan Data

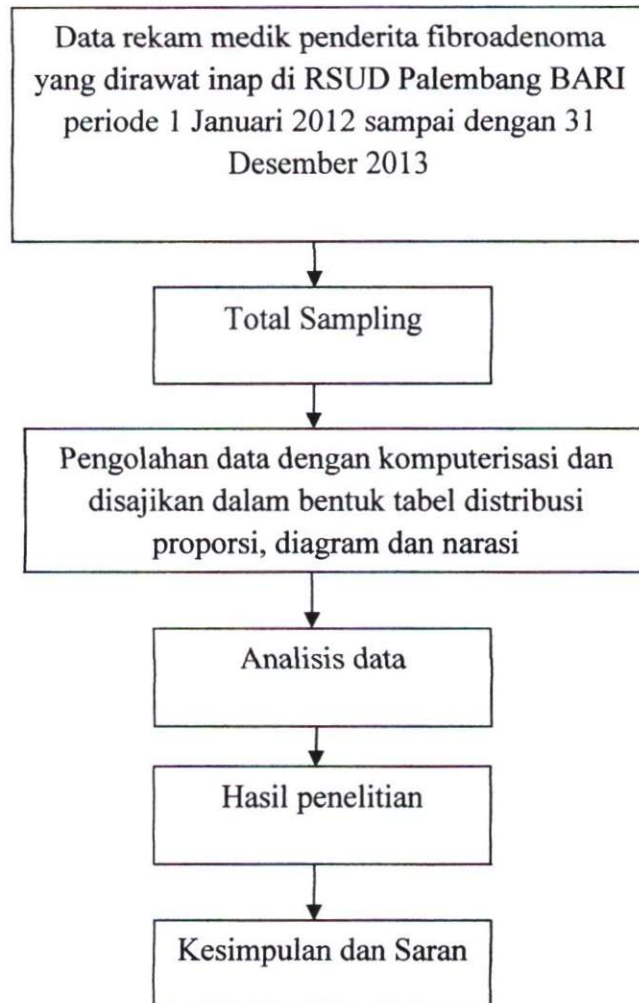
Cara pengumpulan data penelitian adalah data sekunder berupa data rekam medik yang didapat dari buku rekam medik penderita periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013.

3.7. Cara Pengolahan Data dan Analisis Data

Data yang telah diperoleh dalam penelitian akan diolah, langkah awal pengolahan data ialah melakukan *editing* (pemeriksaan data) yaitu melihat kelengkapan pengisian data. Setelah itu dilakukan langkah selanjutnya yaitu melakukan entri ke dalam komputer, kemudian melakukan *coding* (pemberian kode) pada variabel agar mempermudah pengolahan, melakukan tabulasi yaitu penyusunan data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah dan setelah itu dilakukan *cleaning* yaitu pemeriksaan data kembali. Selanjutnya data tersebut akan diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi proporsi, diagram, dan narasi.

Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat yaitu untuk mengetahui gambaran klinis dan karakteristik penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI dan akan disajikan secara narasi dengan diagram/grafik.

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Diagram Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Penelitian mengenai gambaran klinis dan karakteristik penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) yang di rawat inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 dengan menggunakan data dari bagian rekam medik didapatkan jumlah pasien sebanyak 132 orang. Namun saat pengumpulan data, terdapat 5 data rekam medik yang tidak ditemukan dan 23 data rekam medik merupakan bukan penderita FAM sehingga data akhir penelitian sebanyak 104 data rekam medik.

4.1.1. Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae

Karakteristik penderita fibroadenoma mammae dibagi berdasarkan usia dan status perkawinan penderita

a. Distribusi Frekuensi berdasarkan Usia

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi berdasarkan Usia Penderita FAM

Usia (tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
0-15	1	1
16-30	66	63,5
31-45	29	27,9
≥ 46	8	7,7
Total	104	100

Dari tabel 4.1 didapat bahwa usia dalam penelitian ini terdiri dari usia 0-15 tahun, 16-30 tahun, 31-45 tahun dan ≥ 46 tahun. Hasil penelitian diperoleh hasil 1 orang (1%) dalam rentang usia 0-15 tahun, 66 orang (63,5%) dalam rentang usia 16-30 tahun, 29 orang (27,9%) dalam rentang usia 31-45 tahun dan 8 orang (7,7%) dalam rentang usia ≥ 46 tahun.

b. Distribusi Frekuensi berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Menikah	60	57,7
Belum menikah	44	42,3
Total	104	100

Dari tabel 4.2 status pernikahan dalam penelitian ini digolongkan menjadi menikah dan belum menikah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita fibroadenoma mammae dengan status menikah sebanyak 60 orang (57,7%) dan status belum menikah sebanyak 44 orang (42,3%).

4.1.2. Gambaran Klinis Penderita Fibroadenoma Mammae

Gambaran klinis penderita fibroadenoma mammae ini dibagi berdasarkan letak, ukuran, jumlah, konsistensi, mobilitas, batas, tatalaksana, lama rawatan dan gambaran histopatologi.

a. Distribusi Frekuensi berdasarkan Letak FAM

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi berdasarkan Letak FAM

Letak FAM	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lateral atas	34	32,7
Lateral bawah	24	23,1
Medial atas	20	19,2
Medial bawah	7	6,7
Central	0	0
Multiple	17	16,3
Tidak tercatat	2	1,9
Total	104	100

Dari 104 data rekam medik terdapat 2 (1,9%) data rekam medik yang tidak mencatat letak FAM. Berdasarkan tabel 4.3 didapat bahwa letak FAM dalam penelitian ini terdiri dari lateral atas, lateral bawah, medial atas, medial bawah,

central, dan multiple. Data letak FAM dari yang terbanyak secara berurutan diperoleh 34 orang (32,7%) lateral atas, 24 orang (23,1%) lateral bawah, 20 orang (19,2%) medial atas, 17 orang (16,3%) multiple, 7 orang (6,7%) medial bawah, dan letak central tidak ada (0%).

b. Distribusi Frekuensi berdasarkan Ukuran FAM

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi berdasarkan Ukuran FAM

Ukuran FAM	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 2 cm	22	21,2
2-5 cm	76	73,1
> 5 cm	5	4,8
Tidak tercatat	1	1,0
Total	104	100

Pada penelitian ini dari 104 data rekam medik, sebanyak 103 rekam medik yang mencatat ukuran FAM sedangkan 1 rekam medik tidak tercatat ukuran FAM. Dari tabel 4.4 dapat diketahui bahwa ukuran FAM yang banyak ditemukan pada penderita fibroadenoma mammae adalah ukuran 2-5 cm yaitu sebanyak 76 orang (73,1%), lalu berturut ukuran < 2 cm sebanyak 22 orang (21,2%) dan ukuran > 5 cm sebanyak 5 orang (4,8%).

c. Distribusi Frekuensi berdasarkan Jumlah FAM

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi berdasarkan Jumlah FAM

Jumlah FAM	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	87	83,7
> 1	17	16,3
Total	104	100

Dari tabel 4.5 didapat bahwa jumlah FAM dalam penelitian ini terdiri dari lesi yang berjumlah 1 dan > 1. Berdasarkan penelitian diperoleh hasil 87 orang

(83,7%) memiliki jumlah lesi 1 dan sisanya 17 orang (16,3%) memiliki jumlah lesi > 1.

d. Distribusi Frekuensi berdasarkan Konsistensi FAM

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi berdasarkan Konsistensi FAM

Konsistensi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Keras	0	0
Kenyal	82	78,8
Lunak	1	1,0
Tidak tercatat	21	20,2
Total	104	100

Dari 104 data penelitian diperoleh 83 data diketahui konsistensi FAM sedangkan 21 (20,2%) data konsistensinya tidak tercatat di rekam medik. Dapat dilihat dari tabel 4.6 bahwa konsistensi FAM pada penelitian ini terdiri dari konsistensi keras, kenyal dan lunak. Hasil penelitian diperoleh konsistensi terbanyak pada penderita FAM dengan konsistensi kenyal yaitu sebanyak 82 orang (78,8%) sedangkan konsistensi lunak 1 orang (1%) dan konsistensi keras tidak ada (0%).

e. Distribusi Frekuensi berdasarkan Mobilitas FAM

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi berdasarkan Mobilitas FAM

Mobilitas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Mobile	83	79,8
Immobile	0	0
Tidak tercatat	21	20,2
Total	104	100

Dari hasil pengumpulan rekam medik, dari 104 sampel didapatkan 83 data rekam medik dengan mobilitas tercatat sedangkan 21 (20,2%) data lainnya dengan mobilitas tidak tercatat. Pada penelitian ini mobilitas terdiri dari mobile dan

immobile dan hasil penelitian diperoleh sebanyak 83 orang (79,8%) dengan konsistensi mobile dan tidak ada yang immobile (0%).

f. Distribusi Frekuensi berdasarkan Batas FAM

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi berdasarkan Batas FAM

Batas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tegas	83	79,8
Tidak tegas	0	0
Tidak tercatat	21	20,2
Total	104	100

Pada penelitian ini dari 104 data diperoleh 83 data dengan status batas FAM tercatat sedangkan 21 (20,2%) data dengan status batas FAM tidak tercatat. Dapat Dari tabel 4.8 didapat bahwa batas FAM dalam penelitian ini terdiri dari batas tegas dan tidak tegas. Hasil penelitian diperoleh bahwa 83 orang (79,8%) dengan batas tegas dan tidak ada (0%) dengan batas tidak tegas.

g. Distribusi Frekuensi berdasarkan Tatalaksana

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi berdasarkan Tatalaksana

Tatalaksana	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Konservatif	1	1
Operasi	103	99
Total	104	100

Dari tabel 4.9 didapat bahwa tatalaksana dari data rekam medik terdiri dari tatalaksana secara konservatif dan tatalaksana secara operatif. Pada penelitian diperoleh hasil sebanyak 103 orang (99%) ditatalaksana secara operatif dan 1 orang (1%) secara konservatif.

h. Distribusi Frekuensi berdasarkan Lama Rawatan

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi berdasarkan Lama Rawatan

Lama rawat (hari)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
2	3	2,9
3	35	33,7
4	47	45,2
5	10	9,6
6	5	4,8
7	3	2,9
9	1	1
Total	104	100

Lama rawatan dari data yang didapat pada rekam medik yaitu mulai dari 2-9 hari. Hasil penelitian diperoleh frekuensi lama rawatan terbanyak ialah selama 4 hari yaitu sebanyak 47 orang (45,2%) sedangkan frekuensi lama rawatan terendah ialah selama 9 hari yaitu sebanyak 1 orang (1%).

i. Distribusi Frekuensi berdasarkan Gambaran Histopatologi

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Gambaran Histopatologi

Gambaran histopatologi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Fibroadenoma pericanaliculer	0	0
Fibroadenoma intracaniculer	0	0
Tidak disebutkan subtype FAM	0	0
Tidak tercatat	104	100
Total	104	100

Dalam tabel 4.11 dapat dilihat bahwa dalam penelitian ini gambaran histopatologi terdiri dari fibroadenoma pericanaliculer, fibroadenoma intracaniculer dan tidak disebutkan subtype FAM. Namun pada saat pengumpulan data rekam medik dari 104 data semuanya (100%) tidak melampirkan gambaran histopatologi.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Distribusi Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae

Penelitian karakteristik penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI tahun 2012 dan 2013 yaitu dilihat dari usia dan status pernikahan.

a. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Usia

Pada tabel 4.1 di dapatkan hasil bahwa dari 104 pasien fibroadenoma mammae di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 terbanyak adalah pada kelompok usia 16-30 tahun yaitu sebanyak 66 orang (63,5%), sedangkan yang paling sedikit pada kelompok usia 0-15 tahun yaitu sebanyak 1 orang (1%).

Banyaknya penderita FAM pada usia 16-30 tahun kemungkinan disebabkan karena faktor hormonal. Pada usia antara dekade kedua dan keempat kehidupan atau dengan kata lain pada masa reproduktif kadar hormon estrogen meningkat sehingga kasus FAM sering dijumpai pada usia ini. Hal ini sesuai dengan pendapat Matz, dkk (2012) bahwa hipersensitivitas terhadap estrogen pada lobul dianggap menjadi penyebab terbentuknya lesi ini yang terjadi pada masa *menarche* (15-25 tahun). Dalam perkembangannya, struktur lobular ditambahkan ke dalam sistem duktus dari payudara sehingga sering dijumpai lobulus hiperplastik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Vijaykumar, dkk (2012) tentang *A Systematic Study on Fibroadenoma of the Breast* yang menemukan kejadian FAM paling tinggi terjadi pada kelompok usia 16-30 tahun.

Pada penelitian usia yang terendah didapatkan pada kelompok usia 0-15 tahun sebanyak 1 orang (1%). Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Rulianty (2011) tentang Ketepatan Pemeriksaan Fisik Fibroadenoma Mammae di Bagian Bedah Onkologi RSUP Mohammad Hoesin yang menemukan kejadian FAM paling rendah terjadi pada kelompok usia 0-15 tahun. Usia 0-15 tahun merupakan usia yang jarang ditemukannya lesi ini karena kemungkinan pada usia ini belum terjadi peningkatan hormon estrogen, namun tidak jarang pula ditemukan lesi pada usia ini berkaitan dengan masa *menarche* < 12 tahun (Santen dan Mansel,

2005). Namun pada penelitian, 1 orang dengan usia 12 tahun diketahui dengan status menikah dan memiliki 1 orang anak. Hal ini kemungkinan menjadi faktor penyebab terjadinya perubahan hormonal yang merupakan faktor resiko terjadinya FAM. Usia menikah muda dan menarche pada usia < 12 tahun dapat meningkatkan resiko 2 hingga 4 kali dikarenakan pajanan terhadap estrogen yang ikut meningkat (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011).

Pada penelitian kelompok usia ≥ 46 tahun didapatkan penderita FAM sebanyak 8 orang (7,7%). Dari 7 orang dengan usia ≥ 46 tahun didapat 3 orang diketahui dengan riwayat pemakaian kontrasepsi sehingga hal tersebut kemungkinan menjadi salah satu penyebab untuk terjadinya FAM. Menurut Sperber, dkk (2003) resiko FAM menurun pada usia setelah menopause, namun tidak jarang pula kasus ini terjadi pada wanita pascamenopause dengan peningkatan insiden setelah terapi hormon pengganti dimana secara keseluruhan itu terjadi pada sekitar 10% wanita karena meningkatnya pajanan estrogen dikaitkan dengan meningkatnya resiko berkembangnya tumor payudara.

b. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Status Pernikahan

Pada karakteristik status pernikahan (lihat tabel 4.2) diketahui bahwa distribusi frekuensi penderita FAM lebih tinggi pada penderita dengan status menikah yaitu sebanyak 60 orang (57,7%) dibandingkan penderita dengan status belum menikah yaitu sebanyak 44 orang (42,%). Hal ini kemungkinan dikarenakan usia menikah yang muda, berdasarkan teori yang ada bahwa FAM dapat terjadi pada semua usia namun insidensi tertinggi pada wanita muda yang berusia dibawah 30 tahun (Chandrasoma dan Taylor, 2005). Menurut Bidgoli (2011) selain usia menikah muda, hal lain yang mungkin mempengaruhinya adalah paritas dimana resiko tumor meningkat salah satunya oleh karena nulliparitas. Meningkatnya pajanan estrogen dikaitkan dengan meningkatnya resiko berkembangnya tumor payudara. Faktor yang meningkatkan salah satunya adalah nulliparitas dimana kadar hormon yang tinggi selama masa reproduktif wanita dan tidak diselingi oleh perubahan hormonal pada masa kehamilan.

Namun dalam penelitian ini, data rekam medik tidak melampirkan data jumlah paritas.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Sidauruk (2013) tentang Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) Rawat Inap di RS Santa Elisabeth Medan tahun 2007-2011 yang menemukan bahwa proporsi tertinggi pada status perkawinan belum/tidak kawin yaitu sebanyak 63 orang (61,2%), sedangkan pada penelitian yang telah dilakukan didapat hasil tertinggi pada responden dengan status menikah sebanyak 60 orang (57,7%). Hal ini kemungkinan terjadi karena adanya faktor sosial budaya dari masing-masing daerah. Kemungkinan di daerah Medan usia menikah lebih lama yaitu > 35 tahun sedangkan di daerah Palembang pada usia 16-30 tahun.

4.2.2. Distribusi Gambaran Klinis Penderita Fibroadenoma Mammae

Penelitian karakteristik gambaran klinis penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI tahun 2012 dan 2013 berupa letak FAM, ukuran FAM, jumlah FAM, konsistensi FAM, mobilitas FAM, batas FAM, tatalaksana, lama rawatan, dan gambaran histopatologi.

a. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Letak FAM

Pada gambaran klinis FAM berdasarkan letak dapat diketahui bahwa letak FAM paling banyak ditemukan di lateral atas yaitu sebanyak 34 orang (32,7%), lateral bawah 24 orang (23,1%), medial atas 20 orang (19,2%), multiple 17 orang (16,3%), medial bawah 7 orang (6,7%), dan letak central tidak ada (0%).

Diketahui letak FAM terbanyak didapatkan pada lateral atas (32,7%). Lateral atas merupakan tempat sebagian besar kelenjar payudara berada. Lesi FAM terjadi akibat proliferasi abnormal jaringan periduktus ke dalam lobulus, struktur lobulus ini tersendiri terletak secara menyebar di payudara sehingga lesi FAM dapat ditemukan di berbagai kuadran pada payudara tetapi mayoritas terjadi pada kuadran lateral atas kemungkinan dikarenakan sebagian besar jaringan payudara terdapat pada kuadran ini. Selain itu juga menurut teori lokasi tersering tumor payudara terletak pada kuadran lateral atas dengan perjalanannya ke arah

kelenjar limfe pada ketiak sehingga sering berlanjut sebagai suatu keganasan (Fadjari, 2012).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Vijaykumar, dkk (2012) tentang *A Systematic Study on Fibroadenoma of the Breast* yang menemukan kejadian FAM dengan lokasi terbanyak pada kuadran lateral atas sebanyak 92 orang (43,8%) sedangkan lokasi yang paling sedikit ditemukan adalah pada lokasi central yaitu sebanyak 9 orang (4,2%). Demikian pula penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Morris dan Wood (2000) tentang *Cancer of the Breast* bahwa FAM dapat ditemukan dimanapun di payudara dan 50% dari FAM ditemukan di kuadran lateral superior.

b. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Ukuran FAM

Dilihat dari ukuran FAM, maka pada penelitian ini (lihat tabel 4.4) didapat bahwa ukuran FAM yang banyak ditemukan pada penderita fibroadenoma mammae adalah ukuran 2-5 cm yaitu sebanyak 76 orang (73,1%), lalu berturut ukuran < 2 cm sebanyak 22 orang (21,2%) dan ukuran > 5 cm sebanyak 5 orang (4,8%). Hal ini kemungkinan tingkat kesadaran deteksi dini dan pengetahuan individu tentang pemeriksaan SADARI sudah cukup tinggi sehingga masyarakat sudah lebih waspada, oleh sebab itu ketika dilakukan tindakan ukuran dari FAM > 5cm jarang ditemukan. Ukuran FAM sebenarnya bervariasi mulai dari 1 cm hingga 10 cm atau bahkan lebih (Radosavljevic, 2010). Pada awalnya lesi ini tumbuh dengan ukuran antara 1-2 cm namun dikarenakan hipersensitifitas terhadap estrogen terus terjadi maka lesi yang tadinya berukuran kecil terus bertambah ukurannya. Hal inilah yang menyebabkan bahwa FAM sebaiknya di tatalaksana secara operatif sebab FAM dapat terus berkembang (Desen, 2011).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kuijper dkk (2001) tentang *Histopathology of Fibroadenoma of the Breast* bahwa ukuran FAM yang paling banyak ditemukan adalah ukuran 3-5 cm yaitu sebanyak 109 orang (51,9%). Begitu pula pada penelitian yang dilakukan oleh Sidauruk (2013) tentang Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) Rawat Inap di RS

Santa Elisabeth Medan tahun 2007-2011 yang menemukan bahwa ukuran FAM \leq 5 cm lebih banyak ditemukan (82,7%) dibandingkan dengan ukuran FAM $>$ 5 cm.

c. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Jumlah FAM

Pada karakteristik gambaran klinis berdasarkan jumlah FAM dapat diketahui bahwa pada penelitian ini lesi FAM paling banyak ditemukan dengan jumlah 1 yaitu sebanyak 87 orang (83,7%) dan sisanya 17 orang (16,3%) dengan jumlah $>$ 1. Fibroadenoma mammae dapat dijumpai dengan jumlah 1 ataupun lebih namun berdasarkan beberapa penelitian FAM lebih banyak bermanifestasi sebagai masa soliter, diskret, dan biasanya dalam bentuk tunggal (Chandrasoma, 2005).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sidauruk (2013) bahwa dapat dilihat proporsi tertinggi penderita FAM berdasarkan jumlah FAM adalah penderita fibroadenoma dengan 1 fibroadenoma (55,3%) dibandingkan dengan penderita FAM dengan jumlah lebih dari 1 fibroadenoma (44,7%).

d. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Konsistensi FAM

Dapat dilihat dari tabel 4.6 bahwa pada penelitian ini terdiri dari konsistensi keras, kenyal dan lunak. Hasil penelitian diperoleh konsistensi terbanyak pada penderita FAM dengan konsistensi kenyal yaitu sebanyak 82 orang (78,8%) sedangkan konsistensi lunak 1 orang (1%) dan konsistensi keras tidak ada (0%). Berdasarkan teori yang ada konsistensi tumor padat atau keras sering dijumpai pada sel ganas dikarenakan karsinoma sebagai tumor epitel biasanya mengandung sedikit jaringan ikat. Tumor yang memiliki konsistensi kenyal dan lunak disebabkan berasal dari jaringan mesenkim dan biasanya lebih banyak melibatkan jaringan ikat (Chandrasoma, 2005). Menurut definisinya fibroadenoma mammae adalah suatu tumor jinak yang terdiri dari jaringan ikat fibrosa dan epitel kelenjar, kemungkinan karena hal inilah pada penelitian ini sebagian besar konsistensi FAM ditemukan kenyal.

e. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Mobilitas FAM

Karakteristik gambaran klinis penderita FAM berdasarkan mobilitas FAM (lihat tabel 4.7) didapatkan bahwa 83 orang (79,8%) penderita FAM pada penelitian ini memiliki lesi yang dapat digerakkan (*mobile*). Hal ini dikarenakan pada tumor jinak pertumbuhan lesinya secara *ekspansive*, yaitu mendesak jaringan sehat disekitarnya dan jaringan sehat yang terdesak ini akan membentuk sebuah simpai atau kapsul dari tumor. Maka pada saat dilakukan palpasi tumor jinak akan ditemukan bersimpai sehingga biasanya tumor jinak mudah digerakkan dari dasarnya. Sedangkan suatu lesi yang ganas pertumbuhannya secara *infiltratif*, yaitu tumbuh bercabang-cabang kedalam jaringan sehat disekitarnya menyerupai jari-jari keping (*cancer*) dan hal inilah yang menyebabkan pada saat dipalpasi, suatu tumor ganas sulit digerakkan dari dasarnya (Desen, 2011).

Karena penelitian ini mengangkat kasus tentang FAM yang merupakan suatu tumor jinak, sehingga pada semua pasien penderita FAM saat pemeriksaan palpasi didapatkan suatu lesi yang dapat digerakkan (*mobile*).

f. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Batas FAM

Pada penelitian ini karakteristik gambaran klinis penderita FAM berdasarkan batas FAM didapatkan bahwa semua penderita memiliki batas tegas yaitu sebanyak 83 orang (79,8%). Hal ini dikarenakan tumor jinak tumbuh mendesak jaringan yang sehat dan kemudian membentuk kapsul yang membatasi lesi dengan jaringan sekitarnya. Karena tumor jinak memiliki kapsul ini lah sehingga pada saat dilakukan pemeriksaan palpasi lesi didapatkan berbatas tegas dan mudah untuk digerakkan. Sedangkan suatu tumor ganas akan tumbuh bercabang ke dalam jaringan sehat disekitarnya tanpa membentuk sebuah simpai sehingga pada palpasi didapatkan batas tidak tegas (Desen, 2011). Fibroadenoma mammae merupakan suatu tumor jinak, sehingga kemungkinan karena inilah pada penelitian ini ditemukan semua lesi FAM berbatas tegas. Pada penelitian ini semua data rekam medik penderita FAM dengan batas FAM yang tegas merupakan FAM dengan lesi *mobile*.

g. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Tatalaksana

Dapat dilihat pada tabel 4.9 bahwa pada penelitian ini penderita FAM menerima tatalaksana terbanyak secara operatif yaitu sebanyak 103 orang (99%) dan sisanya 1 orang (1%) secara konservatif. Menurut Stead dkk (2003) , jika pada pemeriksaan FNA didapatkan gambaran fibroadenoma dan penderita berusia dibawah 30 tahun maka terapi yang diberikan dapat berupa observasi maupun eksisi jika ada kekhawatiran. Jika usia pasien diatas 30 tahun maka tindakan yang dilakukan adalah eksisi untuk menyingkirkan keganasan. Pada penelitian ini didapatkan hampir semua pasien ditatalaksana secara operatif kemungkinan dikarenakan dalam perjalanan penyakitnya, ukuran FAM dapat terus bertambah sehingga tatalaksana yang menjadi pilihan adalah eksisi/secara operatif dengan harapan tidak terjadinya kekambuhan FAM.

Hal ini sejalan dengan suatu penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang mendapatkan bahwa sekitar 98,1% penderita FAM ditatalaksana secara operatif sedangkan 1,9% secara konservatif (Sidauruk, 2013). Hal serupa ditemukan pada penelitian Vijaykumar, dkk (2012) yang mendapatkan bahwa 78,1% dilakukan eksisi pada lesi FAM.

h. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Lama Rawat

Lama rawatan terbanyak pada penelitian ini ialah selama 4 hari yaitu sebanyak 47 orang (45,2%) sedangkan frekuensi lama rawatan terendah ialah selama 9 hari yaitu sebanyak 1 orang (1%) serta lama rawatan selama 2 hari sebanyak 3 orang (2,3%). Lama rawat yang berbeda antar individu kemungkinan dikarenakan proses penyembuhan luka yang berbeda dari masing-masing individu, berkaitan pula dengan faktor-faktor penyulit penyembuhan luka pada individu yang memiliki riwayat penyakit seperti diabetes mellitus. Penelitian Sidauruk (2013) didapatkan bahwa lama rawatan rata-rata penderita FAM rawat inap di RS Santa Elisabeth Medan tahun 2007-2011 adalah 4,01 hari dimana lama rawatan paling singkat adalah 2 hari dan lama rawatan paling lama adalah 9 hari dengan kemungkinan berkaitan dengan penatalaksanaan medis/pengobatan operasi yang

dilakukan penderita dimana setelah itu akan dinyatakan sembuh oleh dokter dan mendapat persetujuan untuk pulang.

i. Distribusi Fibroadenoma Mammae berdasarkan Gambaran Histopatologi

Dalam penelitian ini gambaran histopatologi FAM dikelompokkan menjadi gambaran histopatologi fibroadenoma pericanaliculer, fibroadenoma intracaniculer dan tidak disebutkan subtype FAM. Pada penelitian ini data rekam medik tidak melampirkan data gambaran histopatologi pada semua penderita FAM yang dirawat inap.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 dengan total sampel 104 didapatkan hasil data paling banyak pada kelompok usia 16-30 tahun (63,5%) dan status sudah menikah (57,7%).
2. Gambaran klinis penderita fibroadenoma mammae yang dirawat inap di RSUD Palembang BARI periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013 dengan total sampel 104 diperoleh hasil paling banyak pada kuadran lateral atas (32,7%), ukuran 2-5 cm (73,1%), jumlah 1 atau tunggal (83,7%), konsistensi kenyal (78,8%), *mobile* (79,8%), batas tegas (79,8%), tatalaksana secara operatif (99%) dan lama rawatan 4 hari (45,2%).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penelitian Selanjutnya

1. Peneliti diharapkan mampu melanjutkan penelitian untuk mengetahui keterkaitan jumlah paritas, riwayat kontrasepsi dan genetik dengan kejadian FAM.
2. Perlu diadakannya penelitian kualitatif untuk mencari faktor-faktor yang menyebabkan kejadian FAM pada penderita FAM, seperti dengan *Focus Group Discussion*

5.2.2 Bagi Institusi RSUD Palembang BARI

1. Bagian rekam medik RSUD Palembang BARI diharapkan agar dapat lebih meningkatkan kelengkapan dari data rekam medik pasien seperti meminimalisasi hilangnya data dan menyertakan gambaran

histopatologi, riwayat kontrasepsi, paritas, dan riwayat keluarga pada data rekam medik.

2. Data rekam medik pasien untuk data rawat jalan dan rawat inap sebaiknya dijadikan dalam 1 file, sehingga dapat menjadi bahan rujukan dalam tatalaksana penderita FAM

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dalam surat izin pelaksanaan penelitian sebaiknya mencantumkan tujuan yang akan dicapai oleh peneliti, dalam penelitian ini perlu mencantumkan data penunjang selain data dari rekam medik

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Salamah, S.M. 2006. Do All Fibroadenomas Needs Surgical Excision. JK-Practitioner. 13 (2) : 75-76, (<http://medind.nic.in/jab/t06/i2/jabt06i2p75.pdf>, Diakses 25 Agustus 2014)
- Al-Thobhani, A.K., Raja'a, M.A, Al-Romaimah. 2006. Profile of Breast Lesions Among Women with Positive Biopsy Findings in Yemen. Eastern Mediterranean Health Journal. 12 (5) : 599-604
- American Cancer Society. 2014. Fibroadenomas, (<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/womeshealth/non-cancer-breast-conditions-fibroadenomas>, Diakses 20 Juli 2014)
- Bidgoli, S.A. dan Eftekhari, T. 2011. Role of Exogenous and Endogenous Sources of Estrogen on the Incidence of Breast Fibroadenoma. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention. 12 : 1289-93
- Breast Cancer Care. 2010. Fibroadenoma, London (http://www.breastcancercare.org.uk/upload/pdf/fibroadenoma__web_1.pdf, Diakses 20 Juli 2014).
- Chandrasoma, Parakrama dan Taylor, C.R. 2005. Ringkasan Patologi Anatomi Edisi 2. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 747
- Desen, Wan. 2011. Buku Ajar Onkologi Klinis Edisi 2. Terjemahan Oleh : Japaries, W. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia.
- Dewi, S. F. 2008. Insidensi Fibroadenoma di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode 2005-2006. KTI. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Maranatha Bandung.
- Dorland, W. A. 2012. Kamus Kedokteran Dorland Edisi 28. Terjemahan Oleh : Mahode, A.G., L.Y, Rahman., A.W, Nugroho, dkk. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 20 dan 431
- Fadjari, H.2012. Pendekatan Diagnosis Benjolan di Payudara. CDK-192. 39 (4) : 308-310, (http://www.kalbemed.com/Portals/6/40_192Praktis_Pendekatan%20Diagnosis%20Benjolan%20di%20Payudara.pdf, Diakses 4 Agustus 2014).
- Golan, H., A, Srebrnik., H.M, Morentin, et al. 2005. The normal and Abnormal Breast. Sexuality, Reproduction and Menopause. 3 (2) : 31-3

- Greenberg, R., Y. Skornick, O. Kaplan. 1998. Management of Breast Fibroadenomas. *Journal of General Internal Medicine*. 13(9) : 640-645, (<http://link.springer.com/article/10.1046/j.1525-1497.1998.cr188.x>, Diakses tanggal 15 Agustus 2014).
- Guray M., and A.A, Sahin. 2006. *The Oncologist : "Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis, and Management"*. AlphaMed Press, Durham. Hal. 443-4
- Guyton A.C dan Hall. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11*. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 1092.
- Kuijper, A., E.C.M. Mommers, E. Van der Wall, and P.J. Van Diest. 2001. Histopathology of Fibroadenoma of the Breast. *Am J Clin Pathol*. 115 : 736-42
- Kumar V., R.S. Cotran and S.L. Robbins. 2012. *Buku Ajar Patologi Robbins, Ed.7, Vol. 2*. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 788 dan 793.
- Matz, D., Kerivan, L., Reintgen, M., et al. 2012. Breast Preservation in Women with Giant Juvenile Fibroadenoma. *Breast Cancer*. 20 (10) : 1-4
- Morris J.P, Wood W.C.2000. *Cancer of the Breast. Oxford Textbook of Surgery . Second edition. Oxford University Press*, (<http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20130616081941244.pdf>, Diakses 14 Agustus 2014).
- Netter, F.H.2006. *Atlas of Human Anatomy, Ed 4th*. Saunder Elseviers, Philadelphia.
- National Breast Cancer Care. 2004. *Breast Fine Needle Aspiration Cytology and Core Biopsy : A Guide for Practice Ed.1*, (http://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/fna-fine-needle-aspiration-cytology-and-core-biopsy-guide-for-practice_504af03488799.pdf, Diakses 14 agustus 2014).
- NSW Breast Cancer Institute. 2014. *Fibroadenoma of The Breast an Information Guide for Patients*, (http://www.bci.org.au/images/stories/about_bc/factsheets/factsheets2014/BCI_Fibroadenoma_2014_AW_WEB.pdf, Diakses tanggal 22 juli 2014).
- Ramli, M., S, Panigoro dan A. Kurnia. 2011. *Kelainan Pada Payudara. Dalam: Anwar, M., A, Baziad dan P, Prabowo (Editors). Ilmu Kandungan edisi 3*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia. Hal. 399-409.
- Ramnani, D.M. 2014. *Fibroadenoma. Visual Survey of Surgical Pathology*. (<http://webpathology.com/image.asp?n=7&Case=276>, diakses 27 September 2014)

- Rulianty, T. 2011. Ketepatan Pemeriksaan Fisik Fibroadenoma Mamma di Bagian Bedah Onkologi RSUP Mohammad Hoesin. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya (tidak dipublikasikan), hal 31 dan 33
- Sander, M.A., 2007. Atlas Berwarna Patologi Anatomi. Ed. Revisi. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, Indonesia, hal. 3
- Santen R.J. and R. Mansel. 2005. Benign Breast Disorders. *The New England Journal of Medicine*. 353 : 275-85. (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra035692>, Diakses tanggal 10 Agustus 2014).
- Sastroasmoro, Sudigdo. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke 4*. Sagung Seto, Jakarta, Indonesia, hal. 88-90.
- Sidauruk, H.A. 2013. Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammae (FAM) Rawat Inap di RS Santa Elisabeth Medan Tahun 2007-2011. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Sjamsuhidajat, R., W. De Jong. 2013. Buku Ajar Ilmu Bedah, Ed.3. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 473 dan 476.
- Snell, R.S. 2006. Anatomi Klinik Untuk Mahasiswa Kedokteran Ed.6. EGC, Jakarta, Indonesia, hal. 420-422; 524.
- Sperber, F.,A. Blank, U. Metser, et al. 2003. Diagnosis and Treatment of Breast Fibroadenomas by Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy. *Archives Surgery*. 138 (7) : 796-800. (<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=395171>, Diakses 15 Agustus 2014).
- Stead, L.G., S.M. Stead, and M.S. Kauffman. 2003. *First Aid for The Surgery Clerkship*. The McGraw-Hill Companies, Inc. USA
- Sugiyono, 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung, Indonesia.
- Vijaykumar, A., Ajitha, Shivaswamy, Srinivasan. 2012. A Systematic Study on Fibroadenoma of the Breast. *Eur J Surg Sci*. 3(3) : 80-85
- Western Breast Services Alliance. 2003. Fibroadenomas Information for women who have a diagnosed fibroadenoma, (http://www.westernhealth.org.au/Services/Breast_Services/Documents/Fibroadenomas%20%28English%29.pdf, Diakses tanggal 24 Juli 2014).

Lampiran 1. Data Rekam Medik Penderita FAM Rawat Inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 - 31 Desember 2013

No	Nama	Usia (tahun)	Status Pernikahan	Letak FAM	Ukuran FAM (cm)	Jumlah FAM	Konsistensi FAM	Batas FAM	Mobilitas FAM	Lama Rawat (hari)	Tatalaksana	Gambar PA
1	Nn.L	30	Belum menikah	Lateral bawah	4	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	5	Operatif	tidak ada
2	Ny. U	25	Menikah	Medial atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
3	Ny. N	31	Menikah	Medial atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
4	Ny. I	30	Menikah	Medial bawah	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
5	Nn. A	24	Belum menikah	Lateral atas	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
6	Ny. In	30	Menikah	Medial atas	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
7	Nn. W	21	Belum menikah	Lateral bawah	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
8	Nn. A	17	Belum menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
9	Ny. Ne	32	Menikah	Lateral bawah	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
10	Ny.R	36	Menikah	Lateral atas	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
11	Ny. D	34	Menikah	Lateral bawah	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	2	Operatif	tidak ada
12	Ny.De	22	Menikah	Medial bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
13	Ny. Ro	32	Menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
14	Ny. M	25	Menikah	Medial bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
15	Ny. Li	24	Menikah	Lateral bawah	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
16	Nn. Y	27	Belum menikah	Lateral atas	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
17	Ny. Ro	41	Menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
18	Nn. I	20	Belum menikah	Medial atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
19	Ny. H	33	Menikah	Lateral bawah	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
20	Nn. We	24	Belum menikah	Medial atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
21	Nn. S	17	Belum menikah	Medial atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
22	Ny. Ma	49	Menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
23	Ny. E	36	Menikah	Lateral atas	5	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
24	Ny. H	46	Menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
25	Ny. N	46	Menikah	Lateral atas	4	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
26	Ny. T	34	Menikah	Multiple	2	2	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
27	Ny. S	35	Menikah	Lateral bawah	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
28	Ny. Da	25	Menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
29	Nn. D	23	Belum menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	6	Operatif	tidak ada

30	Ny. Yu	33	Menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
31	Ny. Dan	36	Menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
32	Ny. A	44	Menikah	Medial atas	3	1	Lunak	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
33	Nn. Wi	18	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
34	Ny. Er	41	Menikah	tidak ada	tidak ada	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
35	Nn. Wid	18	Belum menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
36	Ny. Sr	51	Menikah	Medial atas	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
37	Ny. Wk	28	Menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
38	Ny. An	12	Menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
39	Nn. K	19	Belum menikah	Medial atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
40	Ny. Si	41	Menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
41	Nn. Mi	21	Belum menikah	Multiple	2	2	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
42	Ny. F	29	Menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
43	Nn. Re	20	Belum menikah	Multiple	2	2	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
44	Ny. Fi	32	Menikah	Lateral bawah	2	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
45	Nn. No	22	Belum menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
46	Nn. Me	17	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
47	Ny. Sy	52	Menikah	Medial atas	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
48	Nn. Y	22	Belum menikah	Lateral atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
49	Ny. Su	34	Menikah	Multiple	3	4	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
50	Nn. Yu	18	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
51	Ny. Sun	32	Menikah	Multiple	1	3	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
52	Nn. Nu	23	Belum menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
53	Nn. Ma	21	Belum menikah	Multiple	8	2	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
54	Ny. Di	24	Menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
55	Nn. Na	24	Belum menikah	Multiple	4	2	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
56	Nn. Dp	17	Belum menikah	Medial atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	6	Operatif	tidak ada
57	Ny. Wa	47	Menikah	Medial atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
58	Nn. E	23	Belum menikah	Medial bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
59	Nn. Sul	19	Belum menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
60	Nn. Ap	25	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
61	Ny. Da	26	Menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	9	Operatif	tidak ada
62	Ny. Rok	53	Menikah	tidak ada	4	1	Kenyal	Tegas	Mobile	6	Konservatif	tidak ada

63	Ny. Ha	24	Menikah	Lateral atas	8	1	Kenyal	Tegas	Mobile	7	Operatif	tidak ada
64	Ny. Nu	28	Menikah	Multiple	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
65	Ny. Mu	34	Menikah	Lateral bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
66	Ny. Lid	30	Menikah	Lateral bawah	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
67	Nn. B	20	Belum menikah	Medial bawah	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
68	Nn. Ds	22	Belum menikah	Medial atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
69	Ny. S	32	Menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
70	Nn. Ev	20	Belum menikah	Medial atas	4	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
71	Nn. L	16	Belum menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
72	Nn. An	21	Belum menikah	Medial atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
73	Ny. V	45	Menikah	Lateral bawah	4	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
74	Ny. AM	18	Menikah	Multiple	3	3	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
75	Ny. Lis	32	Menikah	Medial atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	7	Operatif	tidak ada
76	Ny. Ya	24	Menikah	Multiple	4	2	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
77	Ny. Suy	47	Menikah	Lateral bawah	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
78	Nn. F	17	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
79	Ny. NS	22	Menikah	Lateral atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
80	Nn. Er	18	Belum menikah	Lateral atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
81	Ny. Yi	24	Menikah	Multiple	4	2	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
82	Nn. Re	20	Belum menikah	Multiple	3	2	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
83	Nn. Am	18	Belum menikah	Multiple	5	2	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
84	Ny. Me	17	Menikah	Lateral atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
85	Nn. Ra	17	Belum menikah	Medial atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
86	Ny. ER	36	Menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
87	Ny. As	27	Menikah	Lateral atas	2	2	tidak ada	tidak ada	tidak ada	3	Operatif	tidak ada
88	Ny. Yul	45	Menikah	Multiple	4	2	tidak ada	tidak ada	tidak ada	5	Operatif	tidak ada
89	Ny. Ro	43	Menikah	Medial atas	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
90	Nn. Me	21	Belum menikah	Medial atas	6	1	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
91	Nn. Ma	21	Belum menikah	Lateral atas	4	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
92	Ny. Fi	21	Menikah	Lateral atas	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
93	Nn. De	22	Belum menikah	Multiple	1	2	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
94	Ny. Nin	44	Menikah	Medial bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	2	Operatif	tidak ada
95	Ny. Ny	44	Menikah	Lateral atas	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	2	Operatif	tidak ada

96	Nn. It	22	Belum menikah	Multiple	5	2	Kenyal	Tegas	Mobile	6	Operatif	tidak ada
97	Ny. Ros	43	Menikah	Medial atas	3	1	tidak ada	tidak ada	tidak ada	4	Operatif	tidak ada
98	Nn. L	19	Belum menikah	Lateral atas	2	1	Kenyal	Tegas	Mobile	4	Operatif	tidak ada
99	Ny. Um	33	Menikah	Medial bawah	3	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
100	Ny. IT	22	Belum menikah	Lateral atas	8	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada
101	Nn. No	18	Belum menikah	Lateral atas	4	1	Kenyal	Tegas	Mobile	7	Operatif	tidak ada
102	Nn. Li	19	Belum menikah	Multiple	2	3	Kenyal	Tegas	Mobile	5	Operatif	tidak ada
103	Nn. It	22	Belum menikah	Lateral atas	6	1	Kenyal	Tegas	Mobile	6	Operatif	tidak ada
104	Ny. Ra	23	Menikah	Lateral bawah	1	1	Kenyal	Tegas	Mobile	3	Operatif	tidak ada

Lampiran 2. Lampiran Foto Peneliti



Gambar 1 : Peneliti saat pengambilan data di dalam ruang rekam medik RSUD Palembang BARI

Lampiran 3. Data SPSS

1. Distribusi Frekuensi Penderita FAM berdasarkan Usia

		Usia Penderita			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-15 tahun	1	1.0	1.0	1.0
	16-30 tahun	66	63.5	63.5	64.4
	31-45 tahun	29	27.9	27.9	92.3
	> 46 tahun	8	7.7	7.7	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

2. Distribusi Frekuensi berdasarkan Status Pernikahan

		Status Pernikahan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum menikah	44	42.3	42.3	42.3
	Menikah	60	57.7	57.7	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

3. Distribusi Frekuensi berdasarkan Letak FAM

		Letak FAM			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lateral atas	34	32.7	32.7	32.7
	Lateral bawah	24	23.1	23.1	55.8
	Medial atas	20	19.2	19.2	75.0
	Medial bawah	7	6.7	6.7	81.7
	Multiple	17	16.3	16.3	98.1
	tidak ada	2	1.9	1.9	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

4. Distribusi Frekuensi berdasarkan Ukuran FAM

Ukuran FAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 cm	22	21.2	21.4	21.4
	2-5 cm	76	73.1	73.8	95.1
	> 5 cm	5	4.8	4.9	100.0
	Total	103	99.0	100.0	
Missing	System	1	1.0		
Total		104	100.0		

5. Distribusi Frekuensi berdasarkan Jumlah FAM

Jumlah FAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jumlah 1	87	83.7	83.7	83.7
	Jumlah > 1	17	16.3	16.3	100.0
Total		104	100.0	100.0	

6. Distribusi Frekuensi berdasarkan Konsistensi FAM

Konsistensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kenyal	82	78.8	78.8	78.8
	Lunak	1	1.0	1.0	79.8
	tidak ada	21	20.2	20.2	100.0
Total		104	100.0	100.0	

7. Distribusi Frekuensi berdasarkan Batas FAM

Batas_FAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tegas	83	79.8	79.8	79.8
	tidak ada	21	20.2	20.2	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

8. Distribusi Frekuensi berdasarkan Mobilitas FAM

Mobilitas_FAM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mobile	83	79.8	79.8	79.8
	tidak ada	21	20.2	20.2	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

9. Lama Rawatan

Statistics

Lama_Rawatan

N	Valid	104
	Missing	0
Mean		3.93

Lama_Rawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	2.9	2.9	2.9
	3	35	33.7	33.7	36.5
	4	47	45.2	45.2	81.7
	5	10	9.6	9.6	91.3
	6	5	4.8	4.8	96.2
	7	3	2.9	2.9	99.0
	9	1	1.0	1.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

10. Distribusi Frekuensi berdasarkan Tatalaksana

Tatalaksana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Konservatif	1	1.0	1.0	1.0
	Operatif	103	99.0	99.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

11. Distribusi Frekuensi berdasarkan Gambaran Histopatologi

Gambaran_PA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	104	100.0	100.0	100.0



PEMERINTAH KOTA PALEMBANG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PALEMBANG BARI



Jalan Panca Usaha Nomor 1, Kelurahan 5 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu I, Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon: (0711) 514165, 519211, Faksimile: (0711) 519212, Kode Pos: 30254
E-mail: tu@rsudpbari.palembang.go.id, Website: www.rsudpbari.palembang.go.id

Palembang, 14 Agustus 2014

Nomor : 420/1175/RSUD/2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Selesai melaksanakan pengambilan data

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang
di -

PALEMBANG

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang pada 22 Juli 2014 Nomor: 818.A/I-13/FK-UMP/VII/2014 perihal: Mohon izin melakukan penelitian dan pengambilan data, atas nama:

Nama : Marmah Oktaria
NIM : 702011044
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Gambaran Klinis dan Karakteristik Penderita *Fibroadenoma Mamae (FAM)* yang dirawat Inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 s.d. 31 Desember 2013

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan pengambilan data awal dalam rangka penyusunan proposal dan skripsi Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah di RSUD Palembang BARI pada 5 Agustus 2014.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD PALEMBANG BARI,
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PALEMBANG BARI

M. H. MARS
M. H. MARS, S.H., M.M., MARS
Pembina Tingkat I
NIP 196504131996032001



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhaqir / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711- 520045
Fax. : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 9 Oktober 2014

Nomor : 392 / I - 13 / FK - UMP / X / 2014
Lampiran : -
Perihal : Mohon izin melakukan Pengambilan Data

Kepada : Yth. Sdr. Direktur
Rumah Sakit Umum Daerah
Palembang BARI
di
Tempat.

Assalamu'alaikum, Wr., Wb.,

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT. *Amin ya robbal alamin.*

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Marmah Oktaria
NIM : 70 2011 044
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi. : Gambaran Klinis dan Karakteristik Penderita Fibroadenoma Mammaer (FAM) yang dirawat inap Di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 sampai dengan 31 Desember 2013.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin pengambilan data yang dibutuhkan dalam penyusunan proposal dan skripsi kepada nama yang tersebut diatas di RSUD Palembang BARI.

Besar harapan kami agar diberikan izin untuk melaksanakan kegiatan tersebut.

Demikianlah, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Nasrun minallahahi wafathun Qoriib.
Wassalamu'alaikum, Wr., Wb.,

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK-UMP
2. Yth. Ka. UPK FK-UMP.
3. Yang bersangkutan



a.n. Dekan
Wakil Dekan 1

Dr. Hj. Yanti Rosita, M.Kes. -
NBM. 0603 5710 1079954

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PALEMBANG BARI**



Jalan Panca Usaha Nomor 1, Kelurahan 5 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu I, Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon: (0711) 514165, 519211, Faksimile: (0711) 519212, Kode Pos: 30254
E-mail: tu@rsudpbari.palembang.go.id, Website: www.rsudpbari.palembang.go.id

Palembang, 10 Nopember 2014

Nomor : 420/1605/RSUD/2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Selesai melaksanakan pengambilan data

Kepada Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang
di -


PALEMBANG

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang pada 9 Oktober 2014 Nomor: 992/I-13/FK-UMP/X/2014 perihal: Mohon izin melakukan Pengambilan Data, atas nama:

Nama : Marmah Oktaria
NIM : 702011044
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Gambaran Klinis dan Karakteristik Penderita *Fibroadenoma Mamae (FAM)* yang dirawat Inap di RSUD Palembang BARI Periode 1 Januari 2012 s.d. 31 Desember 2013

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan pengambilan data dalam rangka rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RSUD Palembang BARI pada 1 Nopember 2014.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD PALEMBANG BARI,

dr. Hj. MAKIANI, S.H., M.M., MARS
Revisi Tingkat I
NIP 196504131996032001



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Marmah Oktaria

PEMBIMBING I : dr. Azmi Rosta Forayoga, Sp.B.

NIM : 702011044

PEMBIMBING II : Trisnawati, S.Si., M.Kes.

JUDUL SKRIPSI : GAMBARAN KLINIS DAN KARAKTERISTIK PENDERITA FIBROADENOMA MAMMAE (FAM) YANG DIRAWAT INAP DI RSUD PALEMBANG BARI PERIODE 1 JANUARI 2012 SAMPAI DENGAN 31 DESEMBER 2013.

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	10/11-2014	Bab IV (Hasil)		↑	
2.	14/11-2014	BAB IV (Hasil)	↓	↑	
3.	27/11-2014	BAB IV, BAB V		↑	
4.	10/12-2014	BAB IV (Hasil, Pembahasan), BAB V	↓	↑	
5.	15/12-2014	BAB IV, BAB V		↑	
6.	24/12-2014	BAB IV, V, Abstrak, ACC	↓	↑	
7.	30/12-2014	Abstrak		↑	
8.	5/01-2015	Perbaikan penulisan Bab I - V		↑	
9.	6/01-2015	Acc & sidang skripsi		↑	
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada tanggal : / /

a.n. Dekan
Ketua UPK

dr. Yesti Astri, M.Kes



BIODATA

Nama : Marmah Oktaria
Tempat Tanggal Lahir : Palembang, 6 Oktober 1993
Alamat : Jl. H.A. Somad Agus No.16 , 9 Ilir Palembang
Telp/Hp : 087897887707/082238124562
Email : sukarnomarmah@yahoo.co.id
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 Ayah : Sukarno Hadi Shaputro
 Ibu : Magdalena Rivai Sukarno
Jumlah Saudara : 2
Anak Ke : 1
Riwayat Pendidikan : TK Xaverius 9 Palembang (1998-1999)
 SD Xaverius 9 Palembang (1999-2005)
 SMP Xaverius Maria Palembang (2005-2008)
 SMA Xaverius 1 Palembang (2008-2011)



Palembang, 30 Januari 2015



(Marmah Oktaria)