

KARAKTERISTIK PENDERITA GINEKOMASTIA DI LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS

Rezki Zamri¹, Eryati Darwin², Adrial³

¹Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Sumatera Barat

²Bagian Histologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Sumatera Barat

³Bagian Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Sumatera Barat

E-mail: rezkizamri99@gmail.com

INFO ARTIKEL

Riwayat Artikel:

Received :21-09-2026

Revised :07-10-2026

Accepted :12-10-2026

Keywords: gynecomastia;
characteristic; clinical

DOI: <https://doi.org/10.62335>

ABSTRACT

Objective : This study aims to determine the characteristics of gynecomastia patients in the Anatomical Pathology Laboratory of the Faculty of Medicine, Andalas University for the 2016-2020 period. Methods : This study was retrospective descriptive with total sampling technique using secondary data from medical records. Samples included all gynecomastia patients in 2016-2020 who were fulfilled inclusion criteria and no exclusion criteria with a total of 38 patients. Results : The results of the study showed that the largest age group was 17-25 years (34.2%), followed by the 12-16 years group (26,3%), the location of the largest mass was unilateral sinistra (50%), followed by unilateral dextra (47,4%), and the largest mass size was in the range 2.00-3.99 cm (48.7 %). Conclusion : The conclusion of this study is that the incidence of gynechoastia is mostly found in the adolescent age group and generally occurs unilaterally.

ABSTRAK

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penderita ginekomastia di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2016-2020. Metode: Jenis penelitian adalah deskriptif retrospektif dengan teknik total

sampling menggunakan data sekunder berupa rekam medis. Sampel penelitian adalah pasien ginekomastia dari tahun 2016 hingga 2020 yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak terdapat kriteria eksklusi dengan total 38 pasien. Hasil: Hasil penelitian menunjukkan kelompok usia terbanyak adalah kelompok 17-25 tahun (34,2%), diikuti oleh kelompok 12-16 tahun (26,3%), lokasi massa terbanyak yaitu unilateral sinistra (50%), diikuti oleh unilateral dekstra (47,4%), dan ukuran massa terbanyak berada pada rentang 2,00-3,99 cm (48,7%). Kesimpulan: Kesimpulan penelitian ini adalah kejadian ginekomastia sebagian besar ditemukan pada kelompok usia remaja dan umumnya terjadi secara unilateral.

PENDAHULUAN

Ginekomastia adalah suatu kondisi proliferasi jaringan payudara pada laki-laki yang ditandai dengan adanya massa lunak hingga padat yang memanjang secara konsentris dan simetris dari puting susu. Ginekomastia dapat terjadi secara unilateral ataupun bilateral, namun seringnya muncul secara bilateral. (Cuhaci, 2014; Kanakis, 2019) Ginekomastia merupakan suatu kondisi yang sangat umum terjadi pada pria. Ginekomastia merupakan penyebab paling banyak ditemukan untuk pembesaran payudara pada pria saat dilakukan pemeriksaan biopsi ataupun pencitraan payudara, yaitu sebesar 63-93% dan diikuti oleh pseudoginekomastia dan kanker payudara. (Carlson, 2004; Dickson, 2012)

Prevalensi dari asimtomatik ginekomastia adalah 60-90% pada neonatus, 50%-60% pada remaja, dan 70% pada pria dewasa hingga lansia. Untuk kondisi simtomatik prevalensinya tergolong rendah. Sebuah skrining yang dilakukan di sebuah rumah sakit pada 214 pria dengan rentang usia dari 27-92 tahun, ditemukan 65% diantaranya memiliki ginekomastia, dan catatan tambahan tidak satupun yang melaporkan adanya gejala. (Johnson, 2009) Kondisi ini dapat membuat penderita menjadi tidak nyaman secara fisik, menimbulkan stress secara psikologis, dan dapat berdampak negatif pada kepercayaan diri seseorang dan citra tubuhnya. Penelitian yang dilakukan oleh Kinsella, et al. (2012) menunjukkan bahwa penderita ginekomastia, terutama pada pria remaja, mengalami peningkatan permasalahan psikologis berupa kecemasan, depresi, dan fobia social dibandingkan dengan populasi pria secara umum. Serta ginekomastia dapat sebagai salah satu indikasi pada pasien adanya kemungkinan keganasan pada organ lain, seperti testis dan suprarenal. (Carlos, 2012)

Ginekomastia umum ditemukan pada pria, hingga 70% dari semua anak laki-laki pada fase pubertas terdapat ginekomastia, dan dua pertiga dari semua pria dewasa memiliki jaringan payudara yang teraba pada saat pemeriksaan. Prevalensi ginekomastia yang dilaporkan pada pria dewasa meningkat seiring dengan pertambahan usia, kejadian ginekomastia patologis disampaikan berada pada 45-50% kasus, dan

memerlukan evaluasi yang lebih lanjut. Kanker payudara pada pria sangat jarang terjadi, dan ginekomastia tidak dapat dipertimbangkan sebagai kondisi premaligna dari kanker payudara, terkecuali pada penderita sindrom Klinefelter dengan ginekomastia. (Kanakis, 2019) Sebuah kondisi yang disebut sebagai pseudoginekomastia, atau dapat disebut juga dengan lipomastia, harus dapat dieliminasi dari ginekomastia. Pseudoginekomastia merupakan sebuah kondisi benjolan yang ditemukan pada payudara, seringkali dijumpai pada pria penyandang obesitas, dengan ciri khas pertumbuhan jaringan lemak tanpa diikuti proliferasi kelenjar. (Fagerlund, 2015; Vandeven, 2020)

Ginekomastia adalah penyakit yang bersifat multifaktorial dan banyak kondisi yang mungkin terkait dengan penyakit ini. (Carlos, 2012) Sebagian besar penyebab kasus ginekomastia adalah bersifat idiopatik. Diketahui dapat juga terjadi sebagai akibat dari kelebihan estrogen, maupun akibat dari penurunan kadar androgen, namun hal ini dapat bersifat sementara pada bayi yang baru lahir, yang diduga karena peningkatan sirkulasi estrogen pada saat bayi masih berada dalam kandungan. Pada ginekomastia patologis, terdapat beberapa penyebab yang diketahui dapat memicu terjadinya pertumbuhan kelenjar payudara, yaitu defisiensi testosteron, peningkatan produksi estrogen, dan peningkatan rasio estrogen terhadap testosteron. Sebagai catatan, tidak ada penyebab mendasar yang pasti ditemukan pada banyak pria dengan ginekomastia. (Narula, 2014)

Kebanyakan pasien tidak memunculkan gejala apapun atau asimtomatik. Jika terdapat gejala, secara umum gejala yang akan dikeluhkan pasien adalah adanya benjolan di payudara, nyeri pada payudara, nyeri tekan pada payudara, serta adanya perubahan pada citra tubuh. (Narula, 2014; Le, 2010) Ginekomastia biasanya bersifat bilateral, namun pasien seringkali datang dengan temuan yang dilaporkan asimetris ataupun unilateral. Pada saat dilakukan palpasi pada pasien, ginekomastia seringkali ditunjukkan sebagai benjolan jaringan yang dapat diraba dengan konsistensi lunak, dapat digerakan, seperti cakram, dan terletak di tengah di bawah kompleks puting dan areolar. Saat ini, telah teridentifikasi terdapat dua jenis ginekomastia, yaitu florid dan fibrosis. Pola histologis ginekomastia berkembang dari fase early active (florid) menjadi fase unactive (fibrous), apa pun penyebabnya. (Vandeven, 2020; Mancino, 2018)

Pengobatan tidak terlalu dibutuhkan pada ginekomastia pubertas atau pada laki-laki dengan ginekomastia asimtomatik yang telah berlangsung lama. Pengobatan diindikasikan untuk pasien dengan ginekomastia yang memiliki gejala nyeri payudara, sensitivitas atau untuk nyeri tekan, dan alasan kosmetik. (Narula, 2014; Ansstas, 2020)

Ginekomastia bukanlah suatu kondisi yang dapat mengancam nyawa, namun dapat menyebabkan tekanan emosional yang signifikan pada penderitanya. Pembesaran payudara pada pria dapat menyebabkan kecemasan sosial yang cukup besar, terutama pada pria remaja dan anak-anak. Pada penderita yang lebih muda, ginekomastia mampu membentuk depresi, isolasi diri, self-esteem yang rendah, dan tidak percaya diri. Pada beberapa kasus, ginekomastia mampu mengambil waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun untuk dapat diatasi. Walaupun peluangnya sangat kecil, terdapat juga risiko adanya kanker payudara pada penderita. Pria dengan sindrom Klinefelter juga

memiliki risiko mengembangkan kanker payudara pada pria.(Vandeven, 2020; Narula, 2007). Pada pasien ginekomastia yang menjalani terapi bedah, terdapat beberapa komplikasi yang mungkin dapat menyertai, yaitu, hematoma, pembentukan seroma, infeksi, dan pengelupasan puting. Komplikasi lanjut termasuk ukuran payudara yang tidak sama dan kontur yang tidak rata.(Le, 2010)

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang karakteristik penderita ginekomastia di laboratorium patologi anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif retrospektif, yaitu dengan mengumpulkan data sekunder pasien di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang dilakukan dari bulan September hingga Desember 2023. Populasi penelitian ini ialah seluruh pasien yang didiagnosis ginekomastia berdasarkan pemeriksaan histopatologis di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2016-2020. Sampel penelitian adalah bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak terdapat kriteria eksklusi. Kriteria inklusi yaitu pasien ginekomastia yang memiliki data rekam medis lengkap (usia pasien, ukuran massa, dan lokasi massa) di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas tahun 2016-2020. Kriteria eksklusi meliputi penderita ginekomastia yang memiliki data rekam medis dengan tulisan yang tidak jelas dan tidak dapat dibaca. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini berupa rekam medis. Setelah semua data terkumpul, akan dilakukan analisis univariat untuk mendeskripsikan variabel yang akan diteliti. Analisis univariat dalam penelitian ini yaitu usia, lokasi massa, dan ukuran massa penderita ginekomastia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini didapatkan penderita ginekomastia sebanyak 38 orang. Semua subjek memenuhi kriteria inklusi dan tidak terdapat kriteria eksklusi sehingga dijadikan sampel penelitian. Distribusi frekuensi penderita ginekomastia menurut usia dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Penderita Ginekomastia menurut Usia

Karakteristik Pasien	Frekuensi (n=38)	Presentase (%)
Umur		
0-5 tahun	0	0
6-11 tahun	1	2,6

12-16 tahun	10	26,3
17-25 tahun	13	34,2
26-35 tahun	3	7,9
36-45 tahun	1	2,6
46-55 tahun	2	5,3
56-65 tahun	5	13,2
>65 tahun	3	7,9

Berdasarkan hasil pada tabel 1 disimpulkan bahwa mayoritas usia penderita ginekomastia berada pada kelompok usia 17-25 tahun sebanyak 13 pasien (34,2%). Rata-rata usia penderita ginekomastia yaitu 31, dengan usia termuda yaitu 11 tahun dan tertua pada 85 tahun. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Ajani, et al. (2020) di salah satu rumah sakit tersier di Nigeria, yaitu pada 47 pasien didapatkan usia terbanyak berada pada kelompok usia 20-29 tahun sebanyak 9 orang (19,1%).¹⁵ Hasil yang sesuai juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Elazizi, et al. (2022) di Maroko dimana kelompok umur yang paling banyak terwakili adalah 15-25 tahun dengan 52% kasus.

Distribusi penderita ginekomastia berdasarkan lokasi massa dijabarkan pada tabel 2 berikut. Berdasarkan hasil dapat disimpulkan bahwa lokasi massa penderita ginekomastia didominasi secara unilateral sinistra sebanyak 19 orang (50%), diikuti oleh unilateral dekstra sebanyak 18 orang (47,4%). Ginekomastia bilateral hanya ditemukan pada 1 orang (2,6%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Penderita Ginekomastia menurut Lokasi Massa

Karakteristik Pasien	Frekuensi (n=38)	Presentase (%)
Lokasi massa		
Unilateral Dekstra	18	47,4
Unilateral Sinistra	19	50
Bilateral	1	2,6

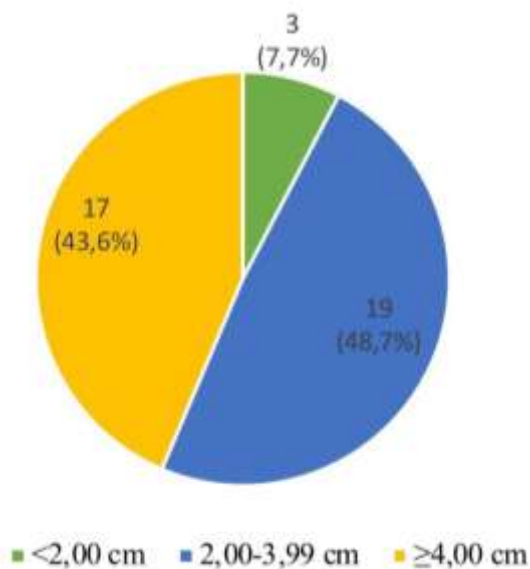
Hasil pada penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian oleh Costanzo, et al. (2018) yang membuktikan pada 237 pasien yang dilakukan pemeriksaan fisik 134 pasien (56,5%) ditemukan ginekomastia bilateral.¹⁷ Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian oleh Charles, et al. (2021) karena pada penelitian tersebut mayoritas

pasien ginekomastia bersifat bilateral sebanyak 28 pasien (71,8%) dan 11 pasien (28,2%) bersifat unilateral.

Distribusi penderita ginekomastia berdasarkan ukuran massa dapat dilihat pada gambar 1. Berdasarkan hasil, didapatkan ukuran terbanyak pada penelitian ini pada rentang 2,00-3,99 cm yaitu sebanyak 19 sampel (48,7%), dan paling sedikit memiliki ukuran <2,00 cm sebanyak 3 sampel (7,7%). Rata-rata ukuran massa penderita ginekomastia yaitu 4,14 cm.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Kim, et al. (2020) di Korea Selatan yang membuktikan bahwa mayoritas penderita ginekomastia memiliki ukuran ≥ 2 cm sebanyak 671 pasien (56,8%).¹⁹ Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian oleh Aslan, et al. (2021) yang menunjukkan mayoritas penderita ginekomastia memiliki massa yang berukuran $\geq 2,00$ cm.

Penderita usia remaja merupakan kelompok usia terbanyak kasus ginekomastia pada penelitian ini. Ginekomastia yang terjadi akibat fisiologis insidennya memiliki distribusi trimodal dengan 60%-90% pada neonatus, 50%-60% pada remaja, dan hingga 70% pada pria berusia 50-69 tahun. (Johnson, 2009) Pada pria usia remaja yang merupakan peralihan dari masa prapubertas ke masa pasca pubertas terjadi peningkatan konsentrasi testosteron yang cepat sebanyak 30 kali lipat, dibandingkan peningkatan konsentrasi estrogen yang hanya 3 kali lipat. Ketidakseimbangan relatif antara konsentrasi estrogen dan testosteron ini dapat membawa ke perkembangan duktus dan mesenkim payudara sehingga menuju terbentuknya ginekomastia. (Mancino, 2018; Anawalt, 2016; Soliman, 2017)



Gambar 1. Diagram Distribusi Frekuensi Penderita Ginekomastia berdasarkan Ukuran Massa

Ginekomastia dapat terjadi secara unilateral maupun bilateral. Salah satu teori yang dikemukakan oleh Kim, et al. (2020) pada penelitiannya adalah penderita ginekomastia bersifat bilateral cenderung ditemukan oleh tenaga kesehatan pada saat dilakukan pemeriksaan pencitraan toraks atau payudara pada pasien tersebut, yang sebelumnya tidak disadari ataupun dilaporkan oleh pasien. Ginekomastia yang terjadi secara bilateral biasanya memiliki riwayat penyakit yang lebih panjang, IMT yang lebih tinggi, dan kadar testosteron yang lebih rendah.(Costanzo, 2018) Ginekomastia secara unilateral dapat terjadi akibat trauma pada dinding dada, stimulasi berupa latihan fisik, tekanan, dan getaran yang melibatkan dinding dada secara terus menerus dapat menyebabkan pelepasan growth factor secara lokal di dinding dada anterior yang diduga dapat memicu diferensiasi sel-sel prekursor untuk berproliferasi menjadi kelenjar baru dan menyebabkan perkembangan ginekomastia.(Anawalt, 2016; Kang, 2012)

Kriteria diagnosis untuk ginekomastia memiliki beberapa variasi metode diagnosis yang digunakan, salah satunya adalah apabila massa yang teraba di payudara berukuran ≥ 2 cm dapat dipastikan sebagai ginekomastia. Massa pada payudara pria yang memiliki ukuran < 2 cm, namun memiliki pertumbuhan yang cepat baik disertai maupun tidak disertai dengan rasa nyeri dan tidak nyaman pada payudara dapat dipertimbangkan sebagai ginekomastia.(Aslan, 2021) Massa ginekomastia asimtomatik yang berukuran ≤ 4 cm dan tidak mengalami perkembangan yang cepat dapat dianggap sebagai akibat dari penyebab secara fisiologis, sedangkan massa yang berukuran > 4 cm umumnya bersifat kronis dan dikorelasikan dengan keadaan patologis.(Anawalt, 2016)

KESIMPULAN

Pada penelitian ini didapatkan penderita ginekomastia di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 2016-2020 sebagian besar di kelompok usia 17-25 tahun, dengan lokasi terbanyak di unilateral sinistra, dan ukuran massa pada rentang 2,00-3,99 cm.

DAFTAR PUSTAKA

- Cuhaci N, Polat SB, Evranos B, Ersoy R, Cakir B. Gynecomastia: Clinical Evaluation and Management. *Indian Journal Endocrinology and Metabolism*. 2014;18(2):150–8.
- Kanakakis GA, Nordkap L, Bang AK, Calogero AE, Bártfai G, Corona G, et al. EAA Clinical Practice Guidelines—Gynecomastia Evaluation and Management. *Andrology*. 2019;7(6):778–93.
- Carlson HE, Kane P, Lei ZM, Li X, Rao C V. Presence of Luteinizing Hormone/Human Chorionic Gonadotropin Receptors in Male Breast Tissues. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2004;89(8):4119–23.
- Dickson G. Gynecomastia. *American Family Physician*. 2012;85(7):716–22.
- Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: Pathophysiology, Evaluation, and Management. *Mayo Clinic Proceedings*. 2009;84(11):1010–5.

- Kinsella C, Landfair A, Rottgers SA, Cray JJ, Weidman C, Deleyiannis FWB, et al. The psychological Burden of Idiopathic Adolescent Gynecomastia. *Plastic Reconstructive Surgery*. 2012;129(1):1–7.
- Carlos A, Dornellas De Barros S, De M, Moura C, li S. Ginecomastia: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. *Sao Paulo Medical Journal*. 2012;130(3):187–97.
- Fagerlund A, Lewin R, Rufolo G, Elander A, Santanelli Di Pompeo F, Selvaggi G. Gynecomastia: A Systematic Review. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*. 2015;49(6):311–8.
- Vandeven HA, Pensler JM. Gynecomastia. In : NCBI Bookshelf [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020:1–6.
- Narula HS, Carlson HE. Gynaecomastia - Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Nature Reviews Endocrinology*. 2014;10(11):684–98.
- Le JL, Speziale NJ, McGrath MH. Gynecomastia. In: *Breast Surgery*. 2010. p. 470–4.
- Mancino AT, Young ZT, Bland KI. Gynecomastia. In: *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. 5th ed. Elsevier; 2018. p. 104–15.
- Ansstas G. Gynecomastia: Practice Essentials, Background, Etiology [Internet]. 2020.
- Narula HS, Carlson HE. Gynecomastia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2007;36(2):497–519.
- Ajani MA, Salami AA, Awosusi BL, Omenai SA, Iyapo O, Samson Odetola S. Histopathological characteristics of gynaecomastia in Southwestern Nigeria: A review from a tertiary hospital. *Medical Journal*. 2020;14(2):68–72.
- Elazizi L, Essafi MA, Hanane A, Aynaou H, Salhi H, El Ouahabi H. A Clinical, Etiological, and Therapeutic Profile of Gynecomastia. *Cureus*. 2022;14(8).
- Costanzo PR, Pacenza NA, Aszpis SM, Suárez SM, Pragier UM, Usher JGS, et al. Clinical and Etiological Aspects of Gynecomastia in Adult Males: A Multicenter Study. *Biomed Research International*. 2018;2018:1–7.
- Charles M L, Peter L N. Painful unilateral gynecomastia with identification of the cause of the pain: A case report. *Archives of Pathology and Clinical Research*. 2021;5(1):34–6.
- Kim MS, Kim JH, Lee KH, Suh YJ. Incidental Gynecomastia on Thoracic Computed Tomography in Clinical Practice: Characteristics, Radiologic Features, and Correlation With Possible Causes in South Korean Men. *American Journal of Mens Health*. 2020;14(3):1-14.
- Aslan Ö, Bayraktaroğlu S, Çinkooğlu A, Ceylan N, Savaş R, Oktay A. Prevalence of Incidental Gynecomastia by Chest Computed Tomography in Patients with a Prediagnosis of COVID-19 Pneumonia. *European Journal of Breast Health*. 2021;17(2):173–9.
- Anawalt BD. Gynecomastia. In: *Endocrinology: Adult and Pediatric*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2016. p. 2421-30.
- Soliman AT, De Sanctis V, Yassin M. Management of adolescent gynecomastia: an update. *Acta Biomedica*. 2017;88(2):204–13.
- Kang SG, Song WJ, Kim CH, Kim JW, Tark MS. Unilateral gynecomastia in a tennis player. *Archives of Plastic Surgery*. 2012;39(6):675–8.