

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker ovarium adalah kanker kelima yang paling sering diderita perempuan di seluruh dunia dengan prevalensi 1,3% dari seluruh kanker pada perempuan. Kasus baru kanker ovarium tercatat sekitar 21.290 di seluruh dunia (American Cancer Society, 2015). Menurut data GLOBOCAN (IARC) tahun 2012, dari seluruh kasus baru kanker di dunia, 6,2%nya adalah kanker ovarium yang mengindikasikan adanya peningkatan insiden kanker ovarium yang cukup signifikan.

Di Indonesia sendiri kanker ovarium menempati urutan keenam terbanyak dari kanker pada perempuan setelah kanker serviks, payudara, kolorektal, kulit dan limfoma (Busmar, 2008). Sementara itu, di Rumah Sakit Kanker Dharmais didapatkan 134 kasus baru pada tahun 2013 (Risesdas, 2013).

Insiden kanker ovarium di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 1999 didapatkan data kanker ovarium sebanyak 15,14%. Tahun 2006 didapatkan data, dari 3943 kasus tumor ganas ginekologik yang tercatat, didapatkan 350 kasus tumor ovarium, dan 56 kasus tumor ganas ovarium. Tahun 2011 dan 2012 didapatkan data pasien dengan kanker ovarium sebanyak 143 kasus (Junianto, 1999; Karlina, 2006; Rambe, 2013).

Meskipun kanker ovarium bukan merupakan kanker dengan prevalensi tertinggi baik di dunia maupun di Indonesia, namun angka kematian dari kanker ovarium terbilang tinggi. Tercatat dari 21.290 insiden kanker ovarium, 14.180 mengalami kematian dan menyumbang 2,4% dari seluruh angka mortalitas yang

disebabkan oleh kanker ( American Cancer Society, 2015). Di Indonesia, dari data RS Kanker Dharmais pada tahun 2013 dari 134 insiden kanker ovarium, 46 diantaranya berakhir dengan kematian.

Angka mortalitas yang cenderung tinggi pada kanker ovarium disebabkan oleh 70% kasus kanker ovarium ditemukan pada stadium lanjut karena manifestasi klinis kanker yang tidak jelas dan baru ada keluhan pada stadium lanjut. Hal ini sangat mempengaruhi prognosis pasien tumor epitel ovarium karena setiap peningkatan stadium maka angka survival 5 tahun juga mengalami penurunan (Hopkins, 2008; Marpaung, 2007; Desen, 2008).

Tumor ovarium dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu tumor epitel ovarium, tumor stroma korda seks ovarium, *tumor sel germinal*. Tumor epitel ovarium merupakan tumor ovarium yang paling banyak ditemukan yaitu sekitar 80%-90% dari seluruh kasus tumor ovarium. Tumor ini berasal dari epitel permukaan ovarium maupun epitel permukaan adneksa yang berinvaginasi ke dalam berupa duktus glandular dan kista. Setiap klasifikasi ini terdiri atas 3 sifat tumor yaitu tumor ganas atau kanker, tumor borderline, dan tumor jinak ovarium. ( Aziz, 2006; Desen, 2008 ).

Sifat tumor ovarium tidak bisa hanya ditentukan secara klinis saja, namun ada beberapa modalitas diagnostik yang digunakan yaitu modalitas preoperatif dan modalitas operatif. Ada beberapa modalitas preoperatif yang sering digunakan yaitu pemeriksaan fisik pelvis, tumor marker CA 125, USG *transabdominal*, *transvaginal* dengan *color dopler* dan *power dopler*, sitologi aspirasi kista ovarium, sitologi aspirasi cairan asites dan efusi pleura, biopsi kelenjar limfe yang membesar, CT-Scan, MRI, PET, dan Foto Thoraks. Modalitas operatif yaitu

dengan melakukan operasi yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi sebagai *gold standard* (Pemaron, 2013).

Modalitas preoperatif adalah modalitas yang cenderung lebih dipilih pasien dan klinisi karena tidak terlalu invasif dibandingkan dengan operasi. Sifat keganasan tumor ovarium tidak bisa ditentukan oleh klinisi jika hanya menggunakan satu modalitas preoperatif saja, namun harus menggabungkan beberapa modalitas agar spesifitas dan sensitifitas minimal 75% dan 90% dapat tercapai. Sayangnya, ketika semua modalitas preoperatif dilakukan biaya pemeriksaan akan sangat tinggi (Budiana, 2013; Pemaron, 2013).

Melihat keadaan inilah, Jacobs et al mengkombinasikan beberapa modalitas preoperatif yaitu *ultrasonografi (USG)*, penanda tumor CA 125, dan status menopause sebagai sebuah skor yang digunakan untuk memprediksi keganasan tumor ovarium preoperatif yang disebut dengan *Risk of Malignancy Index (RMI)* dengan sensitifitas dan spesifisitas 85% dan 97% (Winata, 2014).

Stadium kanker ovarium ditegakkan dengan *histopatological staging*, yaitu dengan melakukan operasi dan dilakukan pemeriksaan histopatologi di bagian Patologi Anatomi. Prosedur ini memakan waktu agak lama sehingga menunda pengobatan yang akan diberikan kepada pasien karena pengobatan definitif hanya bisa diberikan ketika hasil pemeriksaan dari bagian Patologi Anatomi sudah keluar (Berek, 2007).

Melihat keadaan diatas, penulis ingin mengetahui lebih dalam lagi mengenai perbandingan rerata skor RMI pada kanker epitel ovarium stadium awal dengan stadium lanjut guna membantu tenaga medis dalam menentukan tatalaksana dan prognosis pasien. Penelitian ini dilakukan di RSUP.DR.M.Djamil

Padang karena rumah sakit tersebut merupakan pusat rujukan seluruh daerah di Sumatera Barat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi subtipe kanker epitel ovarium di RSUP.DR.M.Djamil Padang?
2. Bagaimana perbedaan rerata skor RMI pada kanker epitel ovarium stadium awal dengan stadium lanjut di RSUP.DR.M.Djamil Padang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui perbedaan rerata skor RMI pada kanker epitel ovarium stadium awal dengan stadium lanjut di RSUP.DR.M.Djamil Padang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran distribusi frekuensi subtipe kanker epitel ovarium di RSUP.DR.M.Djamil Padang.
2. Mengetahui perbedaan rerata skor RMI pada kanker epitel ovarium stadium awal dengan stadium lanjut di RSUP.DR.M.Djamil Padang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Akademik.**

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi tentang perbandingan rerata skor RMI pada kanker epitel ovarium stadium awal dengan stadium lanjut di RSUP DR.M.Djamil Padang.

### **1.4.2 Praktisi**

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan menambah referensi untuk penelitian selanjutnya.