

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker ovarium adalah kanker ginekologi nomor tiga terbanyak penyebab kematian setelah kanker serviks dan kanker corpus uteri.¹ Secara keseluruhan kanker pada wanita, kanker ovarium menjadi kanker nomor 7 terbanyak dan nomor 8 penyebab kematian dengan *five years survival rates* dibawah 45%.² Data di Amerika Serikat pada tahun 2018, ada sekitar 22.240 kasus baru kanker ovarium yang di diagnosis dan 14.070 kematian akibat kanker ovarium.³

Data Globocan tahun 2018, kanker ovarium di Indonesia sebanyak 13.310 (7,1%) kasus.⁴ Insiden kanker ovarium di Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada periode Januari 2011 sampai Desember 2012 didapatkan 143 kasus tumor ganas ovarium.⁵ Meskipun kanker ovarium bukan merupakan kanker dengan prevalensi tertinggi baik di dunia maupun di Indonesia, namun angka kematian dari kanker ovarium terbilang tinggi. Kanker ovarium tipe epitel mendapati 90% kasus dan baru-baru ini secara histopatologis, molekuler dan genetik mengembangkan karsinogenesis ovarium dalam dua kategori besar yaitu tipe I (*low grade serous carcinoma, musinosum, endometriod, clear cell, transisional*) dan tipe II (*high grade serous carcinoma, undifferentiated, carcinosarcomas*).⁶

Angka mortalitas yang cenderung tinggi pada kanker ovarium disebabkan oleh karena sering didiagnosis pada stadium lanjut dan asimptomatik pada stadium awal.⁷ Penderita kanker ovarium tipe serosum umumnya baru terdiagnosis pada stadium III (51%) dan stadium IV (29%), sedangkan tipe endometrioid, musinosum, dan *clear cell* sering terdiagnosis pada stadium I (58-64%).⁸ Tanda paling umum dari stadium lanjut adalah pembengkakan perut yang disebabkan oleh asites. Namun beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa beberapa wanita mengalami gejala nonspesifik yang persisten pada bulan-bulan sebelumnya untuk didiagnosis, termasuk

nyeri punggung, distensi perut, nyeri panggul atau perut, sulit makan atau merasa kenyang dengan cepat, muntah, gangguan pencernaan, perubahan kebiasaan buang air besar, dan buang air kecil.¹⁰ Oleh karena tidak ada keluhan, gejala, dan *marker* yang spesifik terutama pada stadium awal, selain itu tak ada skrining yang dapat digunakan secara efektif sehingga derajat kesembuhannya sangat rendah. Selain itu, keterlambatan diagnosis akan menyebabkan berbagai masalah seperti, komplikasi penyakit, efek samping pengobatan, rasa sakit akibat penyebaran sel kanker, dan dampak finansial serta psikologis.⁹

Sifat kanker 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 doppler* dan *spectral doppler*, CT scan, PET scan, dan MRI.⁹ Modalitas operatif yaitu dengan pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan ini merupakan *gold standard* untuk menentukan tipe dan stadium dari kanker ovarium.¹²

Modalitas preoperatif adalah modalitas yang cenderung lebih dipilih pasien dan klinisi karena tidak terlalu invasif. Dahulu hanya digunakan pemeriksaan *tumor marker* CA-125. Pada pemeriksaan kadar CA-125, 90% penderita dengan tumor ganas epitel ovarium ditemukan kadar CA-125 lebih dari 35 IU/ml.⁷ Meskipun CA-125 meningkat pada tumor ganas ovarium, CA-125 dapat meningkat pada keadaan tidak ganas seperti mioma uteri, endometriosis, kista jinak ovarium, abses tubovarian, sindroma hiperstimulasi ovarium, kehamilan ektopik terganggu, kehamilan, dan menstruasi. Kadar CA-125 juga dapat normal pada keadaan ganas seperti tumor ganas ovarium epitel tipe musinosum, tumor ganas ovarium germinal dan pada tumor ganas yang masih terbatas di ovarium. Hal ini menyebabkan rendahnya spesifisitas dan *positive predictive value* dari CA-125.

Oleh karena itu, ada metode kombinasi untuk mengevaluasi massa ovarium yang diusulkan oleh Jacobs et al dengan menggabungkan beberapa modalitas

preoperatif yaitu ultrasonografi (USG), *tumor marker* CA-125, dan status menopause sebagai sebuah skor yang digunakan untuk memprediksi keganasan tumor ovarium preoperatif yang disebut dengan *Risk Malignancy Index* (RMI) dengan sensitifitas dan spesifisitas 85% dan 97%.¹¹

Melihat keadaan diatas, penulis tertarik ingin melakukan penelitian mengenai hubungan skor *Risk Malignancy Index* dengan subtype kanker epitel ovarium sebagai deteksi dini subtype kanker epitel ovarium. Lokasi penelitian dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan seluruh daerah di Sumatera Barat.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana karakteristik pasien kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
2. Bagaimana gambaran distribusi frekuensi subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang?
3. Bagaimana hubungan skor RMI dengan subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan skor RMI dengan subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik pasien kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Mengetahui gambaran distribusi frekuensi subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

3. Mengetahui hubungan skor RMI dengan subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat memberikan informasi tentang hubungan skor *Risk Malignancy Index* dengan subtype kanker epitel ovarium di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.4.2 Praktisi

Hasil penelitian dapat menambah ilmu pengetahuan mengenai hubungan skor *Risk Malignancy Index* dengan subtype kanker ovarium untuk diagnosis awal kanker epitel ovarium.

1.4.3 Peneliti

Hasil penelitian dapat meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai hubungan skor *Risk Malignancy Index* dengan subtype kanker epitel ovarium dan menambah referensi untuk penelitian selanjutnya.

