



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR PENGGUNAAN KONTRASEPSI
TERHADAP ANGKA KEJADIAN KANKER OVARIUM DI
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
BERDASARKAN PEMERIKSAAN HISTOPATOLOGIK
TAHUN 2003-2007**

SKRIPSI

RANDY FAUZAN

010500134Y

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM

JAKARTA

JULI 2009



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR PENGGUNAAN KONTRASEPSI
TERHADAP ANGKA KEJADIAN KANKER OVARIUM DI
RSUPN CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
BERDASARKAN PEMERIKSAAN HISTOPATOLOGIK
TAHUN 2003-2007**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran.

RANDY FAUZAN

010500134Y

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UMUM
JAKARTA, 2009**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Randy Fauzan

NPM : 010500134Y

Tanda tangan :

Tanggal : 25 Juni 2009

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Randy Fauzan
NPM : 010500134Y
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi
Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium di
RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta
Berdasarkan Pemeriks Histopatologik tahun 2003-
2007

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana pada Program Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Endah Zuraidah SSi, M.Epid ()
Penguji : Endah Zuraidah SSi, M.Epid ()
Penguji : Prof. dr. Rahayuningsih Sp.PK (K) ()

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 25 Juni 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang maha Esa, karena atas berkat-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana kedokteran pada Pogram Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

-
1. Dr.dr.Ratna Sitompul, SpM (K) selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI);
 2. Endah Zuraedah SSi, M.Epid, selaku dosen pembimbing, dan penanggung jawab penelitian ini, yang dengan sabar telah membimbing penulis dalam pelaksanaan penelitian ini ;
 3. Dr.dr.Saptawati Bardosono M.Sc.Ph.D selaku ketua Modul Riset FKUI, selaku ketua modul Riset yang selalu memberi dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan penelitian ini ;
 4. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan kepada penulis ;
 5. Rekan-rekan FKUI angkatan 2005 yang telah memberi dukungan dan bantuan selama penelitian ini ; dan
 6. Pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif sangat penulis harapkan. Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu kedokteran.

Jakarta, 25 Juni 2009

Penulis

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Randy Fauzan
NPM : 010500134Y
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Fakultas : Kedokteran
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: ” Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium di RUSPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta Berdasarkan Pemeriksaan Histopatologik Tahun 2003-2007 ”

beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 25 Juni 2009

Yang Menyatakan

(Randy Fauzan)

ABSTRAK

Nama : Randy Fauzan
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta Berdasarkan Pemeriksaan Histopatologik tahun 2003- 2007

Kanker ovarium merupakan kanker keempat tersering yang ditemukan pada wanita di seluruh dunia . Terdapat beberapa faktor risiko yang mempengaruhi angka kejadian kanker ovarium, diantaranya penggunaan kontrasepsi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran umum dan faktor penggunaan kontrasepsi terhadap angka kejadian kanker ovarium. Penelitian ini menggunakan metode potong lintang dan bersifat deskriptif retrospektif dengan total sampel 106 pasien kanker ovarium berdasarkan pemeriksaan histopatologik di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2003-2007. Dari hasil penelitian didapatkan jumlah angka kejadian 106 kasus kanker ovarium pada kurun waktu 2003-2007. Terdapat 25 kasus (23,6 %) penderita kanker ovarium yang menggunakan kontrasepsi dan tidak menggunakan kontrasepsi sebanyak 74 kasus (69,8 %). Jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah kontrasepsi oral sebanyak 16 kasus (15,1 %) dan paling sedikit adalah ligasi tuba dan implan masing-masing 1 kasus (0,9 %). Lama penggunaan kontrasepsi paling banyak ditemukan pada rentang waktu 1-5 tahun sebanyak 17 kasus (16,0 %), dan paling sedikit pada rentang waktu 11-15 tahun sebanyak 2 kasus (1,9 %). Kesimpulan dari penelitian ini adalah semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi maka semakin berkurang risiko kejadian kanker ovarium, kontrasepsi oral merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan dari semua metode kontrasepsi, serta karsinoma ovarium yang paling banyak ditemukan adalah jenis epithelial.

Kata Kunci : kanker ovarium, penggunaan kontrasepsi, jenis kontrasepsi, lama penggunaan kontrasepsi, pemeriksaan histopatologik

ABSTRAK

Nama : Randy Fauzan
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum
Judul : Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta Berdasarkan Pemeriksaan Histopatologik tahun 2003- 2007

Kanker ovarium merupakan kanker keempat tersering yang ditemukan pada wanita di seluruh dunia . Terdapat beberapa faktor risiko yang mempengaruhi angka kejadian kanker ovarium, diantaranya penggunaan kontrasepsi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran umum dan faktor penggunaan kontrasepsi terhadap angka kejadian kanker ovarium. Penelitian ini menggunakan metode potong lintang dan bersifat deskriptif retrospektif dengan total sampel 106 pasien kanker ovarium berdasarkan pemeriksaan histopatologik di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2003-2007. Dari hasil penelitian didapatkan jumlah angka kejadian 106 kasus kanker ovarium pada kurun waktu 2003-2007. Terdapat 25 kasus (23,6 %) penderita kanker ovarium yang menggunakan kontrasepsi dan tidak menggunakan kontrasepsi sebanyak 74 kasus (69,8 %). Jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah kontrasepsi oral sebanyak 16 kasus (15,1 %) dan paling sedikit adalah ligasi tuba dan implan masing-masing 1 kasus (0,9 %). Lama penggunaan kontrasepsi paling banyak ditemukan pada rentang waktu 1-5 tahun sebanyak 17 kasus (16,0 %), dan paling sedikit pada rentang waktu 11-15 tahun sebanyak 2 kasus (1,9 %). Kesimpulan dari penelitian ini adalah semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi maka semakin berkurang risiko kejadian kanker ovarium, kontrasepsi oral merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan dari semua metode kontrasepsi, serta karsinoma ovarium yang paling banyak ditemukan adalah jenis epithelial.

Kata Kunci : kanker ovarium, penggunaan kontrasepsi, jenis kontrasepsi, lama penggunaan kontrasepsi, pemeriksaan histopatologik

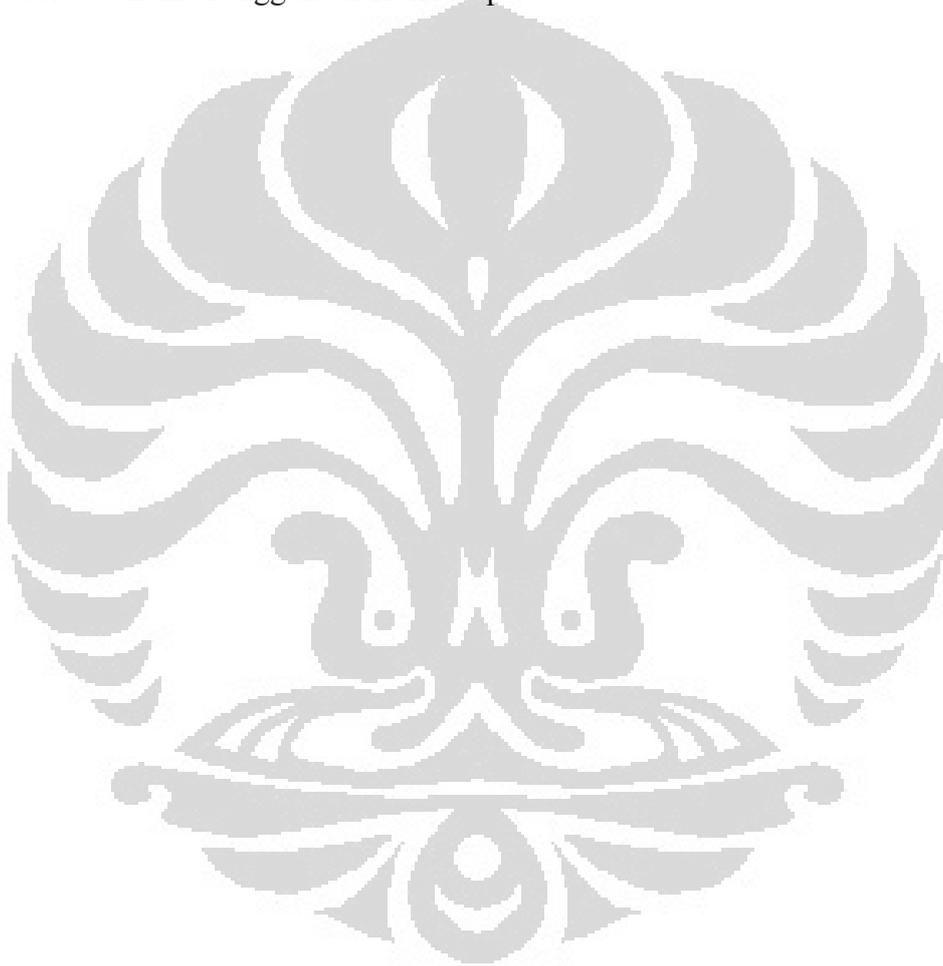
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
UCAPAN TERIMAKASIH	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.5 Manfaat Penelitian	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Epidemiologi	4
2.2 Histopatologik	5
2.3 Etiologi dan Patogenesis	5
2.4 Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Timbulnya Kanker Ovarium....	7
2.5 Diagnosis.....	9
2.6 Klasifikasi Kanker Ovarium	10
2.7 Kontrasepsi	11
2.7.1 Definisi	11
2.7.2 Jenis Kontrasepsi	11
2.8 Kerangka Teori	15
2.9 Kerangka Konsep	16
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	17
3.1.1 Jenis Penelitian	17
3.1.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	17
3.2 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian	17
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	17
3.3.1 Populasi Penelitian	17
3.3.2 Sampel Penelitian	17
3.4 Besar Sampel ..	18
3.5 Identifikasi variabel	18
3.6 Definisi Operasional	18
3.7 Pengumpulan Data	19
3.8 Pengolahan Data	19

BAB 4 HASIL PENELITIAN	
4.1 Karakteristik Pasien Kanker Ovarium	20
4.1.1. Tahun Diagnosis.....	20
4.1.2. Jenis Histopatologik	21
4.1.3. Kota Tempat Tinggal	22
4.1.4. Suku Bangsa	22
4.2 Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium	23
4.2.1. Penggunaan Kontrasepsi	23
4.2.2. Jenis Kontrasepsi	24
4.2.3. Lama Penggunaan Kontrasepsi	24
BAB 5 PEMBAHASAN	
5.1 Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium	26
5.1.1. Penggunaan Kontrasepsi	26
5.1.2. Jenis Kontrasepsi	29
5.1.3. Lama Penggunaan Kontrasepsi	30
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	31
6.2 Saran	31
DAFTAR PUSTAKA	33

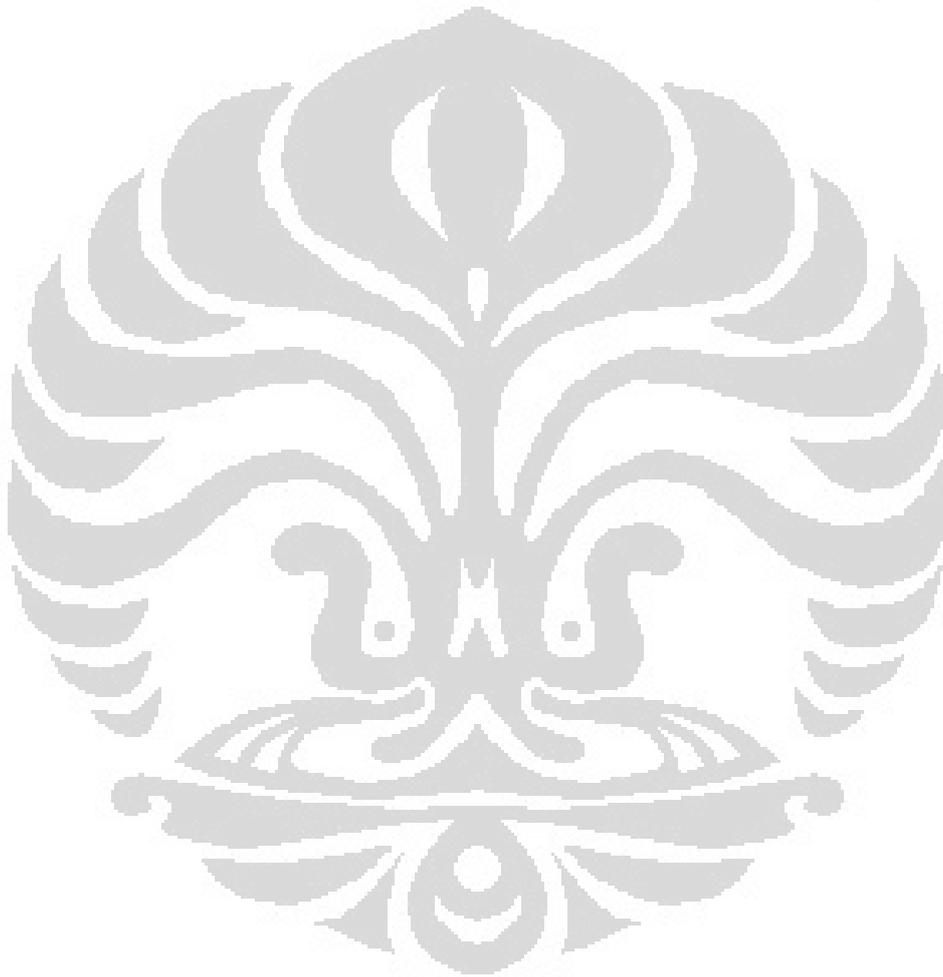
DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi Kanker Ovarium	10
Tabel 4.1. Sebaran Kasus kanker Ovarium Berdasarkan Jenis Histopatologi..	21
Tabel 4.2. Penggunaan Kontrasepsi pada penderita kanker ovarium	24
Tabel 4.3. Jenis Kontrasepsi yang digunakan penderita kanker ovarium.....	24
Tabel 4.4. Lama Penggunaan Kontrasepsi.....	25



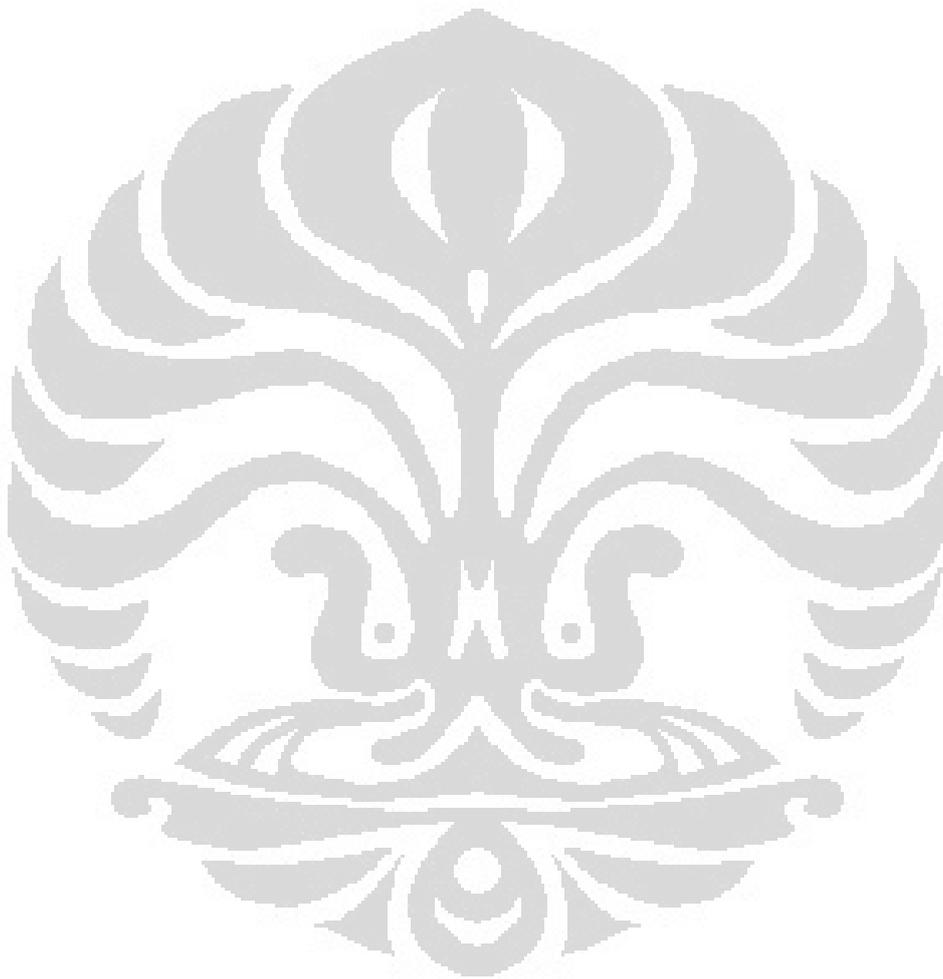
DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Angka Kejadian Kanker Ovarium pada Tahun 2003-2007.....	20
Gambar 4.2. Sebaran Kasus Kanker Ovarium Berdasarkan Lokasi Tempat Tinggal	22
Gambar 4.3. Sebaran Kasus Kanker Ovarium Berdasarkan Suku Bangsa.....	23



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1. Data Lengkap Pasien	37
--------------------------------------	----



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker ovarium merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan penderitaan dan kematian pada wanita.¹

Menurut WHO, kanker ovarium merupakan kanker keempat yang paling sering ditemukan pada wanita di seluruh dunia setelah kanker payudara, kolorektal, dan korpus uteri.² Pada tahun 1995 sebanyak 26.600 wanita di Amerika didiagnosa menderita kanker ovarium dan pada tahun yang sama, sebanyak 14.500 wanita Amerika meninggal dunia akibat kanker tersebut.¹ Sedangkan data dari American Cancer Society tahun 2007 menunjukkan kanker ovarium menempati urutan kedelapan dan menjadi penyebab kematian kelima terbanyak akibat kanker yang terjadi pada wanita di Amerika Serikat.³

Berdasarkan laporan terakhir dari Badan Registrasi Kanker (BRK) Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2003 yang diperoleh dari 13 Laboratorium Pusat Patologi Anatomi di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa frekuensi relatif kanker ovarium menempati urutan ke-6 diantara 10 tumor tersering menurut tumor primer yang terjadi pada pria dan wanita (841 kasus), dan juga menempati urutan ke-3 dari 10 tumor tersering menurut tumor primer yang terjadi pada wanita di Indonesia (840 kasus).⁴

Penelitian di RSUPN Cipto Mangunkusumo pada tahun 2002, menyebutkan bahwa kanker ovarium menempati peringkat ke-3 dari 10 kanker tersering pada wanita sebanyak 178 kasus. Secara keseluruhan angka harapan hidup dalam 5 tahun pada penderita kanker ovarium adalah 54,8 % yang terbagi dalam stadium I sebanyak (94,3 %), stadium II (75 %), stadium III (31 %) dan stadium IV (11,7 %).⁵

Terdapat beberapa faktor yang diduga menurunkan angka kejadian dari kanker ovarium, salah satu diantaranya adalah penggunaan kontrasepsi, terutama kontrasepsi oral.

Sejak digunakan 50 tahun yang lalu, kontrasepsi oral telah mencegah 200.000 insidens dan 100.000 kematian akibat kanker ovarium . Jumlah angka ini akan terus bertambah seiring dengan meningkatnya jumlah pengguna kontrasepsi baru.⁸

Berdasarkan *Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study* selama 36 tahun ,dari 744.000 wanita yang diobservasi pernah menggunakan kontrasepsi oral dan 339.000 wanita yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi oral dapat disimpulkan terdapat pengurangan risiko terjadinya kanker ovarium dengan cukup signifikan sebanyak 12 %.⁹

Belum adanya metode skrining yang efektif untuk deteksi dini kanker ovarium menyebabkan 70 persen kasus ditemukan dalam keadaan yang sudah lanjut, yakni setelah tumor bermetastasis ke luar ovarium.¹⁰ Gejala klinis yang tidak spesifik pada stadium dini, maupun keterlambatan dalam merujuk pasien menyebabkan banyak kasus yang datang pada stadium lanjut. Selain itu hal ini juga disebabkan terbatasnya alat yang dapat digunakan untuk mendeteksi kanker ovarium pada stadium awal terutama pada orang-orang dengan risiko tinggi.⁶ Hal ini juga menjadi salah satu penyebab tingginya angka mortalitas pada pasien kanker ovarium. Disebutkan bahwa 50% kematian akibat kanker ginekologi disebabkan oleh kanker ovarium.¹¹

Di Indonesia sendiri dalam hal ini di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta (RSCM), data seperti yang disebutkan diatas masih terbatas. Bagaimana sebenarnya angka kejadian kanker ovarium berdasarkan pemeriksaan histopatologik dan apakah penggunaan kontrasepsi memiliki pengaruh dalam angka kejadian dari kanker ovarium masih harus dilakukan pengkajian lebih lanjut.

1.2 Permasalahan

Diperkirakan sekitar 70 % pasien datang dengan diagnosis kanker ovarium pada stadium III atau IV. Pembedahan dan sitotoksik kemoterapi akan memberikan respon klinik yang komplisit pada 70 % pasien. Akan tetapi kebanyakan pasien akan mengalami kekambuhan .⁷

Dari beberapa fakta tersebut di atas serta masih sedikitnya data yang menggambarkan angka kejadian kanker ovarium di Indonesia, maka timbul minat penulis untuk melakukan penelitian tentang perkembangan kasus kanker ovarium di Indonesia terutama gambaran tentang faktor kontrasepsi oral yang menurut literatur merupakan salah satu faktor risiko kejadian kanker ovarium.

Pada penelitian ini penulis mengambil judul Gambaran faktor penggunaan kontrasepsi terhadap angka kejadian kanker ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta berdasarkan pemeriksaan histopatologik tahun 2003 sampai tahun 2007.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran umum angka kejadian kanker ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta tahun 2003 sampai tahun 2007 berdasarkan pemeriksaan histopatologik.

1.3.2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran faktor penggunaan kontrasepsi terhadap angka kejadian kanker ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta tahun 2003 sampai tahun 2007 berdasarkan pemeriksaan histopatologik.

1.4. Manfaat Penelitian :

1. Memberi informasi tentang angka kejadian kanker ovarium di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta tahun 2003 - 2007 kaitannya dengan penggunaan kontrasepsi
2. Hasil penelitian dapat dimanfaatkan untuk menentukan upaya yang tepat dalam rangka deteksi dini kanker ovarium, terutama pada kelompok dengan risiko tinggi terkena kanker ovarium.

1. BAB II

2. TINJAUAN PUSTAKA

3.

4. 2.1 Epidemiologi

Kanker ovarium menempati urutan ketiga sebagai keganasan terbanyak di saluran genital wanita. Kanker ovarium sulit dideteksi pada stadium awal sehingga sering ditemukan pada stadium lanjut. Hal ini pula yang menyebabkan angka kematian pada kanker ovarium menjadi tinggi, yaitu hampir setengah dari angka kematian kanker saluran kelamin wanita.¹¹

Kanker ovarium sebagian besar terjadi pada wanita usia 40 sampai 65 tahun dan jarang terjadi pada wanita usia dibawah 40 tahun. Angka kejadian meningkat seiring dengan semakin bertambahnya usia seorang wanita, dari 15 sampai 16 kasus per 100.000 pada usia 40 sampai 44 tahun meningkat menjadi 57 kasus per 100.000 pada usia 70 sampai 74 tahun. Usia rata-rata saat diagnosis adalah 63 tahun dan sebesar 48% penderita berusia diatas 65 tahun.¹²

Berdasarkan laporan Global Cancer Society tahun 2002 terdapat 204.000 kasus kanker ovarium atau sekitar 4% dari seluruh kanker pada wanita. Angka mortalitasnya mencapai 125.000 (4,2% dari total kematian akibat kanker pada wanita). Insidennya paling tinggi pada Negara maju dengan angka 9 per 100.000, kecuali Jepang (6,4 per 100.000). Data dari American Cancer Society pada tahun 2004 diperkirakan terdapat 22.430 kasus baru kanker ovarium (3%) di Amerika Serikat dengan perkiraan mortalitas sebesar 15.280 (6%).³ Kanker ovarium paling sering dijumpai pada wanita yang berusia lebih dari 60 tahun (sekitar 50% dari pasien berusia lebih dari 65 tahun), walaupun kanker ini dapat terjadi pada wanita yang lebih muda yang dengan riwayat penyakit di keluarganya.¹³

Berdasarkan laporan WHO pada tahun 2002 menyebutkan bahwa kanker ovarium di Indonesia menempati urutan keempat terbanyak kasus baru dengan angka kejadian 15 per 100.000 setelah kanker payudara, korpus uteri, dan kolorektal. Sedangkan tahun 2005 kanker ovarium menempati urutan kelima penyebab kematian akibat kanker pada wanita di Indonesia.¹³

2.2. Histopatologik

Kanker ovarium dibagi menjadi 4 jenis berdasarkan jaringan asalnya, yaitu: *epithelium carcinoma*, *germ cell carcinoma*, *sex cord-stromal carcinoma*, dan metastasis dari tempat lain. *Epithelium carcinoma* merupakan jenis yang terbanyak, sekitar 90% dari kanker ovarium. Kanker yang bermetastasis ke ovarium kebanyakan berasal dari uterus, tuba falopii, ovarium kontralateral, atau peritoneum pelvis.¹²

Kanker ovarium dapat menyebar melalui penyebaran lokal, invasi limfatik, implantasi intraperitoneal, penyebaran hematogen atau penyebaran melalui diafragma. Penyebaran intraperitoneal adalah yang paling banyak terjadi, sedangkan penyebaran hematogen jarang terjadi.¹²

Sekitar 90% kanker ovarium adalah jenis epitelial dan 10% sisanya adalah kanker ovarium non-epitelial. Penelitian di Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada semua kanker ovarium yang berobat tahun 1989—1995 ditemukan kanker ovarium jenis epitelial sebesar 55,98%, sedangkan kanker ovarium jenis non-epitelial sebanyak 44,02%. Dari semua jenis kanker ovarium epitelial, jenis serosum lebih sering ditemukan daripada jenis musinosum. Dari kelompok jenis epitelial, jenis serosum (44,44%), musinosum (19,66%), endometrid (10,26%), clear-cell (5,13%), dan mixed epithelial tumor (0,85%). Jenis epitelial jarang ditemukan pada usia kurang dari 21 tahun, berkebalikan dengan jenis non-epitelial, dimana lebih dari dua pertiga kasus ditemukan pada usia kurang dari 21 tahun.¹⁰

2.3 Etiologi dan Patogenesis

Penelitian epidemiologi telah gagal untuk mencapai suatu konsensus mengenai kontribusi dari karsinogen terhadap etiologi dari kanker ovarium. Sebenarnya masih belum dapat dapat diketahui secara pasti perkembangan kanker ovarium. Saat ini ada beberapa hipotesis yang dikemukakan dalam proses terjadinya kanker ovarium, yaitu :

a. Teori *Incessant Ovulation*

Hipotesis ini pertama kali diajukan oleh Fathalla pada tahun 1971 dan kemudian dilanjutkan oleh peneliti lainnya, mengatakan bahwa trauma berulang selama ovulasi mengakibatkan pajanan epitelial permukaan ovarium terhadap abnormalitas genetic dan faktor risiko lainnya. Dalam hal ini, usia menstruasi dini, menopause pada usia lanjut, dan nulipara, semuanya merupakan hal yang mengakibatkan ovulasi lebih banyak. Sebaliknya kondisi yang menekan ovulasi, seperti kehamilan dan menyusui telah dilaporkan menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium.¹⁴

Ovulasi dan bertambahnya usia menyebabkan terperangkapnya fragmen epitel permukaan ovarium pada *cleft* (invaginasi permukaan) dan badan inklusi pada korteks ovarium. Beberapa penelitian telah membuktikan hubungan langsung frekuensi metaplasia dan neoplasma konversi pada daerah invaginasi dan badan inklusi. Hal ini memungkinkan karena pajanan berlebihan terhadap hormone atau lingkungan stromal kaya faktor pertumbuhan. Maka epitelial permukaan ovarium yang terjebak di korteks ovarium dapat dianggap sebagai proses neoplastik tempat berkembangnya kanker epithelia ovarium. Akan tetapi, bagaimana sel epitel permukaan atau ksita berkembang menjadi ganas belum diketahui sepenuhnya.

Ness dan Cottreau melalui penelitaannya mengungkapkan, inflamasi di lingkungan ovarium, seperti kerusakan sel, pajanan oksidatif, dan peningkatan sitokin dan prostaglandin, daripada terperangkapnya epitelial permukaan ovarium pada stroma. Kehilangan berulang membrane basal selama ovulasi, telah di implikasikan sebagai kejadian awal dari kanker ovarium¹⁴

b. Teori inflamasi

Teori ini berdasarkan peningkatan insiden kanker ovarium pada individu dengan penyakit inflamasi pelvis. Teori ini menduga karsinogen dapat berkontak dengan ovarium setelah melewati saluran genital. Walaupun adanya proteksi oleh ligasi tuba da histerektomi mendukung teori ini, tapi peranan signifikan faktor reproduksi lainnya tidak dijelaskan oleh teori ini.¹⁵

c. Teori Gonadotropin

Teori ini juga dapat dikemukakan sebagai dasar timbulnya kanker ovarium, karena kadar gonadotropin yang tinggi, berkaitan dengan lonjakan yang terjadi selama proses ovulasi dan hilangnya gonadal *negative feedback* pada menopause dan kegagalan ovarium premature, dapat memegang peranan penting dalam perkembangan dan progresi kanker ovarium.

Cramer dan Welch, lebih lanjut menerangkan hubungan antara gonadotropin dan estrogen. Sekresi gonadotropin dalam jumlah banyak, mengakibatkan peningkatan stimulasi estrogen epitelial permukaan ovarium, yang bertanggung jawab terhadap peningkatan risiko kanker ovarium.¹⁴

2.4 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Timbulnya Kanker Ovarium

a. Usia

Risiko kanker ovarium meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Kanker ovarium dapat menyerang pada umur yang lebih muda dibandingkan dengan kanker jenis lain, biasanya mengenai wanita berumur sekitar 20- 30 tahun, tapi 80% lebih diagnosis ditemukan pada wanita yang berumur lebih dari 45 tahun. Median umur saat didiagnosis adalah 59 tahun.³²

Kanker ovarium dapat terjadi pada semua golongan umur, bahkan balita dan anak-anak, tetapi jumlah temuan kasus baru paling besar terjadi pada rentang umur 60- 74 tahun. Risiko tumor ovarium untuk menjadi keganasan juga meningkat seiring bertambahnya usia, dengan risiko 13% pada wanita premenopause dan 45% pada wanita postmenopause.³³

b. Kehamilan

Kehamilan adalah faktor risiko yang penting. Wanita yang sudah pernah hamil mempunyai risiko terkena kanker ovarium sekitar 50% lebih rendah dibandingkan dengan wanita nullipara. Wanita yang sudah pernah beberapa kali hamil memiliki risiko yang lebih rendah lagi.¹²

c. Penggunaan obat kontrasepsi oral

Penelitian dari CDC (Center for Disease Control) menunjukkan bahwa penggunaan obat kontrasepsi oral akan mengurangi risiko terkena kanker ovarium sebesar 40% pada wanita usia 20 sampai 54 tahun, dengan risiko relatif 0,6. Penelitian lain melaporkan bahwa pemakaian pil kontrasepsi selama 1 tahun menurunkan risiko sampai 11 persen, sedangkan pemakaian selama 5 tahun menurunkan risiko sampai 50 persen. Hormon yang berperan dalam penurunan risiko ini adalah progesterone. Pemberian pil yang mengandung estrogen saja pada wanita pascamenopause akan meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium, sedangkan pemberian kombinasi progsteron dan estrogen atau progesterone saja akan menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium.^{10,12}

d. Pemakaian talk

Pemakaian talk (*hydrous magnesium silicate*) pada daerah perineum dilaporkan meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium dengan risiko relatif sekitar 1,9%.¹⁰

e. Ligasi Tuba (Pengikatan tuba)

Pengikatan tuba menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium dengan risiko relatif 0,3. Mekanisme terjadinya efek protektif ini diduga dengan terputusnya akses talk atau karsinogen lain ke ovarium.¹⁰

f. Terapi hormon pengganti pada masa menopause

Pemakaian terapi hormon pengganti pada masa menopause dengan estrogen selama 10 tahun meningkatkan risiko relatif menjadi 2,2. Pemakaian selama 20 tahun atau lebih meningkatkan risiko relatif menjadi 3,2. Pemakaian terapi ini disertai dengan pemberian progestin masih meningkatkan risiko relatif menjadi 1,5.¹⁰

g. Obat-obatan yang meningkatkan kesuburan

Obat-obatan yang meningkatkan fertilitas (seperti klomifen sitrat) , yang diberikan secara oral, dan obat-obat gonadotropin yang diberikan dengan suntikan,(seperti *Follicle Stimulating Hormone (FSH)* atau kombinasi FSH dengan *Luteinizing Hormone (LH)*) akan menginduksi terjadinya ovulasi tunggal atau multipel. Hal ini akan meningkatkan risiko

terjadinya karsinoma ovarium. Pada pemakaian klomifen sitrat lebih dari 12 siklus, risiko relatif terjadinya karsinoma ovarium menjadi 11 kali.¹⁰

h. Riwayat keluarga

Riwayat adanya keluarga yang menderita kanker ovarium meningkatkan risiko terjadinya kanker serupa pada anggota keluarga yang lain. Risiko kanker ovarium adalah 1,6 persen pada keseluruhan populasi. Risiko meningkat menjadi 4 sampai 5 persen apabila anggota keluarga derajat 1 (ibu atau saudara kandung) terkena kanker ovarium. Risiko meningkat menjadi 7 persen, bila ada 2 anggota keluarga yang menderita kanker ovarium. Riwayat adanya kanker kolon dan kanker payudara juga meningkatkan risiko terjadinya kanker ovarium.¹⁰

i. Faktor genetik

Kanker ovarium berhubungan dengan mutasi gen BRCA 1 dan 2. Kedua gen ini dapat mengalami mutasi pada kanker payudara. Kanker ovarium juga berhubungan dengan kanker kolorektal nonpoliposis herediter yang disebabkan oleh mutasi pada gen pengatur perbaikan DNA. Sekitar 30 sampai 40% penderita kanker ovarium menunjukkan adanya gangguan genetik.^{12,16,17}

2.5 Diagnosis

Hingga saat ini, diagnosis kanker ovarium lebih merupakan suatu kebetulan daripada metode ilmiah. Karena keterbatasan kemampuan untuk mendeteksi, evaluasi yang seksama dan ditambah dengan ketelitian merupakan hal yang penting, terutama pada orang-orang dengan risiko tinggi. Insiden puncak terjadi pada wanita usia 40 sampai 65 tahun. Wanita dengan risiko tinggi biasanya mempunyai riwayat panjang ketidakseimbangan ovarium atau malfungsi, termasuk peningkatan tekanan pramenstruasi, menstruasi berat dengan rasa nyeri pada payudara, kecenderungan untuk aborsi spontan, inferilitas, dan nuliparitas.¹⁸

Onset yang tiba-tiba dari kanker ovarium menandakan tidak ada gejala awal kanker ovarium. Gejala simtomatik meliputi rasa tidak nyaman pada abdomen, *dyspepsia*, dan gejala gangguan ringan abdominal lainnya yang timbul

beberapa bulan sebelum diagnosis. Akan tetapi, beberapa keluhan diatas biasanya tidak dikenali sebagai gejala kanker ovarium, tapi hanya dianggap sebagai *middle-age indigestion*.¹⁸

2.6. Klasifikasi Kanker Ovarium

Tabel 1. Klasifikasi Kanker Ovarium

Klasifikasi Kanker Ovarium	
Sel asal	Jenis tumor
Sel Epitelial	Tumor epithelial
	Serosa
	Musinosum
	Endometrioid
	<i>Clear Cell</i> Tumor
	<i>Transitional Cell</i> Tumor
Germ cell	Mesonefrik
	Dysgerminoma
	Endodermal sinus
	Embryonal teratoma
Sex-cord cells	<i>Adult</i> teratoma
	Tumor mesenkim
	Granulosa Cell tumor
Germ Cells + Sex-cord cells	Sertoli-Leydig
	Gonadoblastoma

Sumber : Klasifikasi Kanker Ovarium (dimodifikasi dari Barber, Hugh R.K, Edward A. Graber, Tae Hae Kwon. *CA Cancer J Clin : Ovarian Cancer*. 2009. May 15; 24;339-347)

2.7 Kontrasepsi

2.7.1. Definisi

Kontrasepsi berarti mengurangi kemungkinan atau mencegah konsepsi atau agen yang mengurangi kemungkinan atau mencegah konsepsi.¹⁹ Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang cukup penting pada wanita saat ini. Dari perspektif global, dunia saat ini menghadapi krisis perkembangan populasi yang sangat cepat yang mulai mengancam kelangsungan hidup umat manusia. Dengan laju perkembangan populasi seperti saat ini, populasi dunia akan bertambah dua kali lipat dalam 40 tahun, dan negara dengan sosioekonomi yang kurang baik, populasinya akan bertambah menjadi dua kali lipat kurang dari 20 tahun.²⁰

Pada tahun 2005, mengacu kepada United Nation, lebih dari 660 juta wanita yang menikah atau hidup bersama pada usia produktif (15-49 tahun) menggunakan beberapa metode kontrasepsi dan 450 juta orang menggunakan kontrasepsi oral, *Intrauterine Devices* (IUD) atau sterilisasi tuba.²¹

2.7.2. Jenis Kontrasepsi

Secara garis besar metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu kontrasepsi hormonal, *barrier methods*, sterilisasi, dan kontrasepsi darurat.²⁸

1. Kontrasepsi Hormonal

a. Kontrasepsi oral

Merupakan metode kontrasepsi sementara yang paling sering digunakan, dengan angka kegagalan kurang dari 10 persen per tahunnya.²² Pengembangan kontrasepsi oral merupakan hal utama dalam masalah kesehatan wanita pada abad ini. Dengan kemampuan untuk mencegah kehamilan hingga 99 persen pada wanita yang menggunakannya secara teratur. Mengenai risiko penggunaan kontrasepsi oral , juga telah menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi oral juga mengurangi risiko terjadinya kanker ,khususnya kanker ovarium.²³ Faktor proteksi diberikan dengan menginterupsi ovulasi dan mengurangi level hormone intraovarium, khususnya level estrogen intraovarium.²⁶ Sesuai studi CASH, dimana terdapat 40 persen pengurangan risiko kanker ovarium setelah penggunaan periode pendek selama 3-6 bulan, dan sekitar 80 %

pada penggunaan kontrasepsi oral selama 10 tahun atau lebih. (odds ratio , 0,2;95 % confidence interval, 0,1-0,4).²³

Adapun keuntungan dari penggunaan kontrasepsi oral adalah sebagai berikut :

1. Menstruasi menjadi lebih teratur dan terprediksi.
2. Kontrasepsi oral dapat mengurangi risiko terjadinya kanker, khususnya kanker ovarium dan endometrioid sebesar 40 %. Perlindungan ini setidaknya bertahan hingga 15 tahun setelah pemakaian terakhir atau meningkat sesuai durasi pemakaian.

Efek samping dari kontrasepsi oral adalah

1. Nausea, nyeri pada payudara, amenorrhea, dan sakit kepala
2. Tidak melindungi dari STD (sexually transmitted disease)
3. Harus digunakan setiap hari secara konsisten.²⁰

b. Implant

Implant berisi progesterone merupakan batang yang fleksibel, berukuran sebesar batang korek api. Batang ini ditanam di bawah kulit di lengan atas. Kontrasepsi ini bekerja dengan melepaskan sejumlah progesterone, dan bertahan hingga lebih dari 3 tahun. Efek kontrasepsi kembali segera setelah implant diangkat. Jenis lebih dari 99 persen efektif untuk 1 tahun.²⁸

c. Suntik

Kontrasepsi ini berupa injeksi tunggal medroxyprogesteron , dapat memberikan efek kontrasepsi selama lebih dari 3 bulan. Kontrasepsi ini diberikan pada otot besar, seperti daerah *gluteus* atau lengan atas. Injeksi ini dapat diandalkan sama halnya dengan pil, tapi fertilitas memakan waktu beberapa bulan untuk kembali normal setelah kontrasepsi ini dihentikan. Siklus menstruasi dapat menjadi tak terprediksi, khususnya pada injeksi pertama. Tingkat keberhasilan dan keefektifannya lebih dari 99 persen.²⁸

2. Kontrasepsi Non-Hormonal

a. IUD (Intrauterine Device)

Metode ini sekarang digunakan oleh 150 juta wanita diseluruh dunia, atau sekitar 13 % jumlah wanita usia produktif, karena efikasinya, keamanan, dan kenyamanannya. Jangka waktu IUD yang mencapai 5 tahun, menyebabkan sedikitnya kunjungan ke pusat layanan kesehatan dan berkurangnya uang, waktu dan usaha yang dikeluarkan.

IUD mencegah terjadinya kehamilan dengan beberapa mekanisme, yaitu mempengaruhi migrasi sperma, menghambat fertilisasi, dan memicu reaksi benda asing di endometrium. Tingkat kegagalan penggunaan IUD ini kurang dari 1 per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan.²²

b. Ligasi Tuba

Berdasarkan data WHO, sterilisasi wanita atau ligasi tuba dilakukan sekitar 187 juta wanita diseluruh dunia, dan merupakan kontrasepsi yang paling efektif. Tindakan ligasi tuba ini merupakan satu per tiga dari semua metode kontrasepsi, tapi karena hal ini bersifat permanen ada wanita yang menyesali keputusannya kurang dari 10 persen.

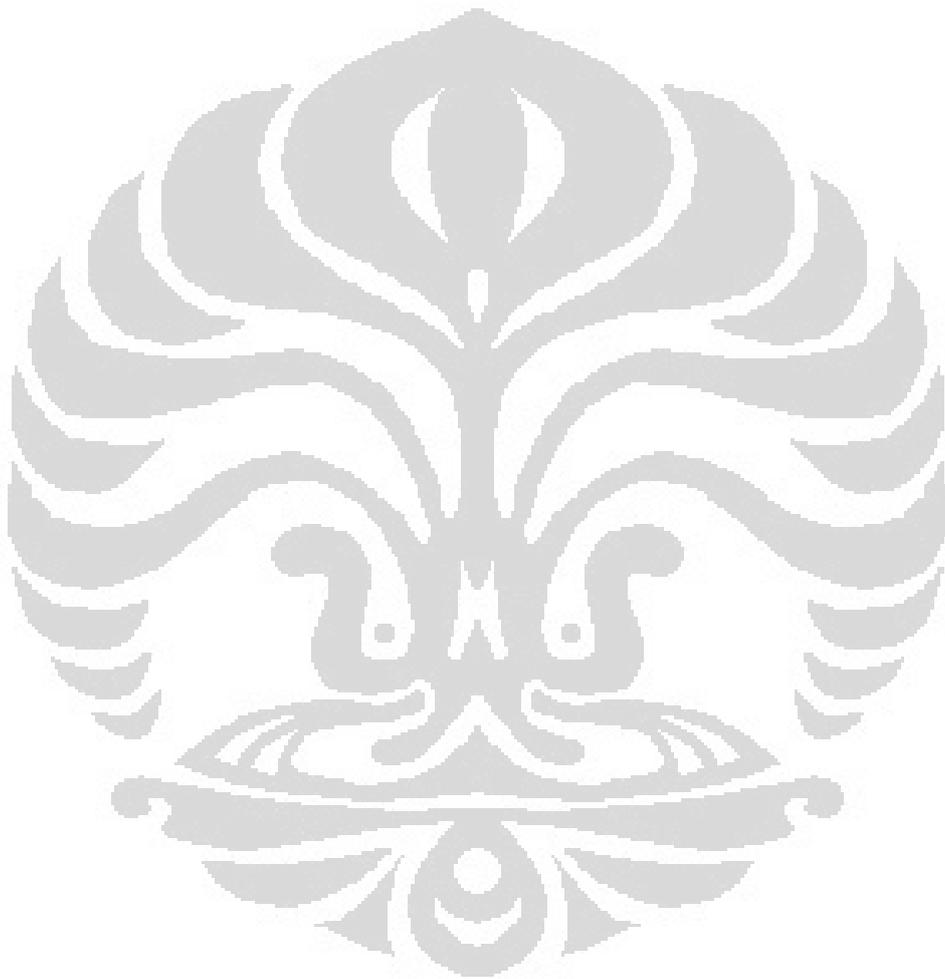
3. *Barrier Methods*

Metode ini terdiri dari kondom pria dan wanita. Walaupun kurang efektif jika dibandingkan metode hormonal, IUD, atau sterilisasi, tapi merupakan metode yang efektif jika digunakan secara konsisten dan benar. Selain itu metode ini juga melindungi dari infeksi menular seksual (IMS). Angka kegagalannya sekitar 3 sampai 14 % per tahun.²²

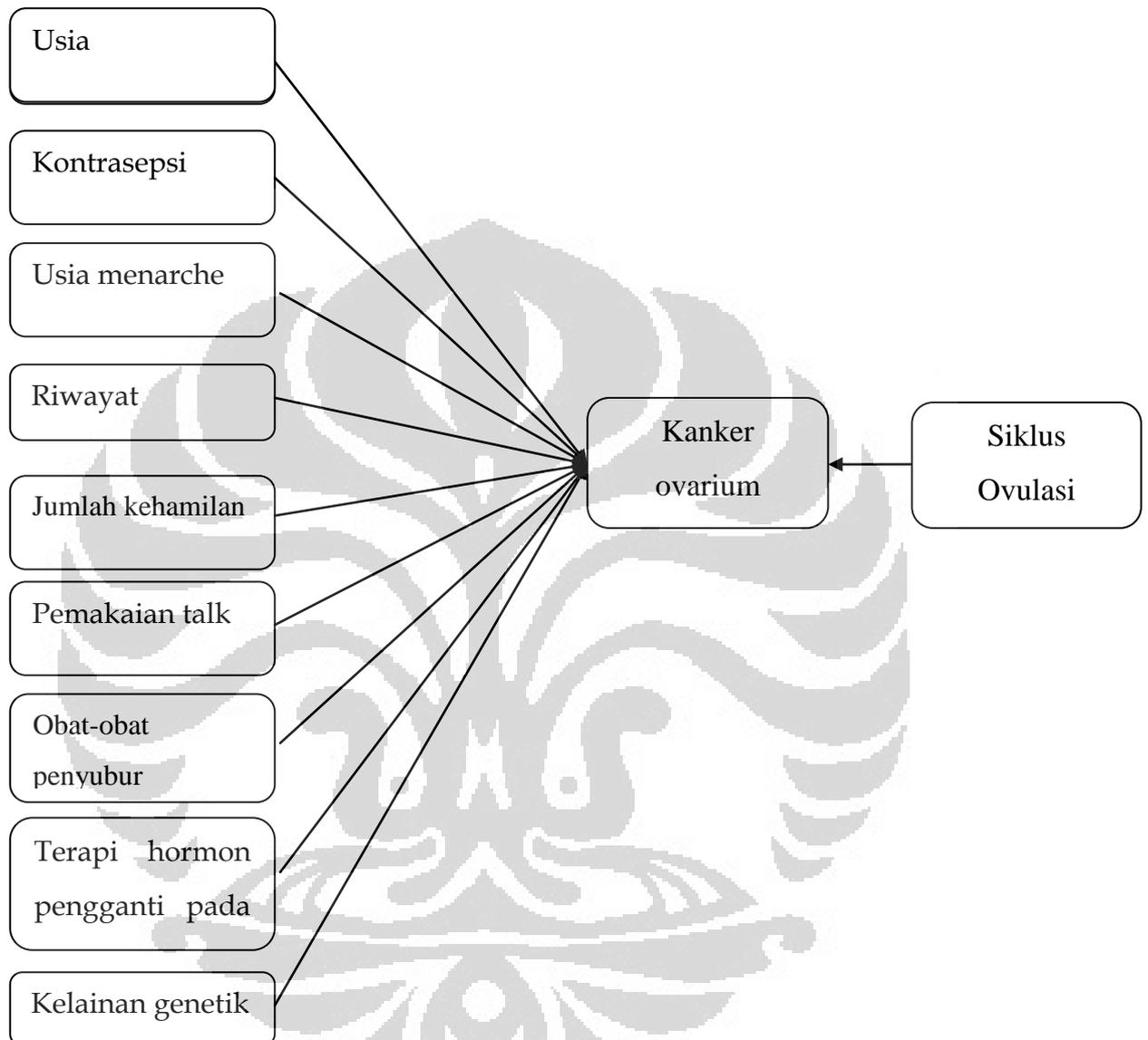
4. Kontrasepsi Darurat

Sejak pertengahan tahun 1960, penggunaan kontrasepsi oral jenis tertentu telah terbukti efektif dalam mencegah kehamilan. Dua kandungan hormonal telah terbukti aman dan efektif untuk kontrasepsi darurat. Kombinasi dari kontrasepsi oral dengan pil progesteron. Keduanya dapat diminum setelah 120 jam dari hubungan yang tak diinginkan. Meskipun

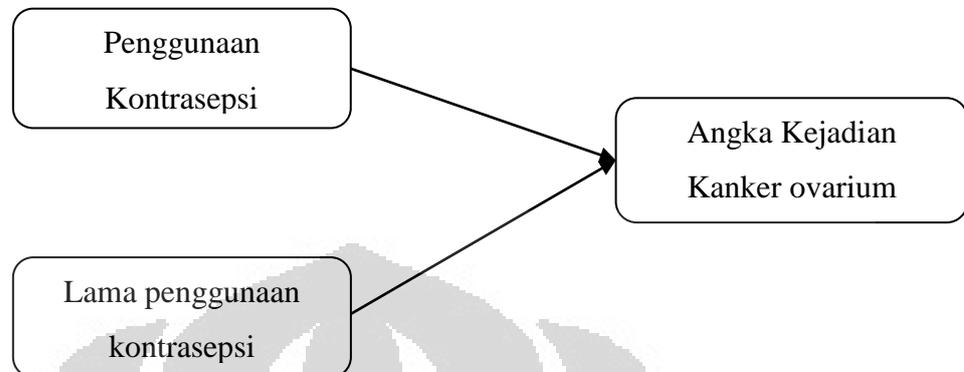
terbukti efektif ,tapi metode kontrasepsi ini tidak banyak tersedia pada negara berkembang (Langer and others 1999).²²



2.8. Kerangka Teori



2.9. Kerangka Konsep



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

3.1.1 Jenis Penelitian

Jenis desain penelitian yang digunakan adalah studi potong lintang (Cross-sectional Study). Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif dengan menggunakan data sekunder yang berasal dari hasil pemeriksaan histopatologik.

3.1.2 Kriteria penerimaan (inklusi) dan penolakan (eksklusi)

a. Kriteria penerimaan (inklusi) :

1. Hasil pemeriksaan histopatologik positif keganasan ovarium (kanker ovarium)

b. Kriteria penolakan (eksklusi) :

1. Hasil pemeriksaan histopatologik bukan merupakan keganasan ovarium.
2. Pasien yang tidak memiliki data rekam medis

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Departemen Patologi Anatomik FKUI-RSCM dan Divisi Onkologi-Ginekologi Departemen Obstetrik-Ginekologik FKUI-RSCM. Waktu penelitian akan dimulai pada bulan Mei hingga Juni 2009.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang melakukan pemeriksaan histopatologik di Departemen Patologi Anatomik FKUI-RSCM dengan diagnosa klinik kanker ovarium.

3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian yang digunakan adalah populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4 Besar Sampel

$$n = \frac{Z \alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,1^2} \\ &= \frac{0,96}{0,01} \\ &= 96 \end{aligned}$$

Besar sampel yang akan kami gunakan minimal berjumlah 96. Peneliti menggunakan metode *consecutive sampling*, yaitu semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan inklusi dan eksklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi.

3.5 Identifikasi variabel :

3.5.1. Variabel dependen (terikat) : kanker ovarium

3.5.2. Variabel independen (bebas) : Penggunaan Kontrasepsi

- a. Jenis kontrasepsi
- b. Lama penggunaan

3.6 Definisi Operasional

1. Jenis kontrasepsi adalah berbagai alat kontrasepsi yang masih atau pernah digunakan oleh wanita penderita kanker ovarium, yang terdiri dari :
 - a. Kontrasepsi hormonal
 - i. Kontrasepsi oral
 - ii. Suntik
 - iii. Implant
 - b. Kontrasepsi non-hormonal
 - i. Ligasi Tuba

ii. IUD

2. Lama penggunaan adalah lamanya penggunaan jenis kontrasepsi oleh wanita

penderita kanker ovarium

- a. 1-5 tahun
- b. 6-10 tahun
- c. 11-15 tahun
- d. 16-20 tahun

1.1 3.7 Pengumpulan Data

Data diambil dari arsip yang ada di Departemen Patologi Anatomi FKUI-RSCM, kemudian berdasarkan nomor rekam medik status penderita tahun 2003 sampai tahun 2007 ditelusuri ke bagian arsip Departemen Obstetri-Ginekologi FKUI-RSCM

3.8 Pengolahan Data

Data dimasukkan ke komputer dengan menggunakan program Excell 2003 dan SPSS versi 16.0

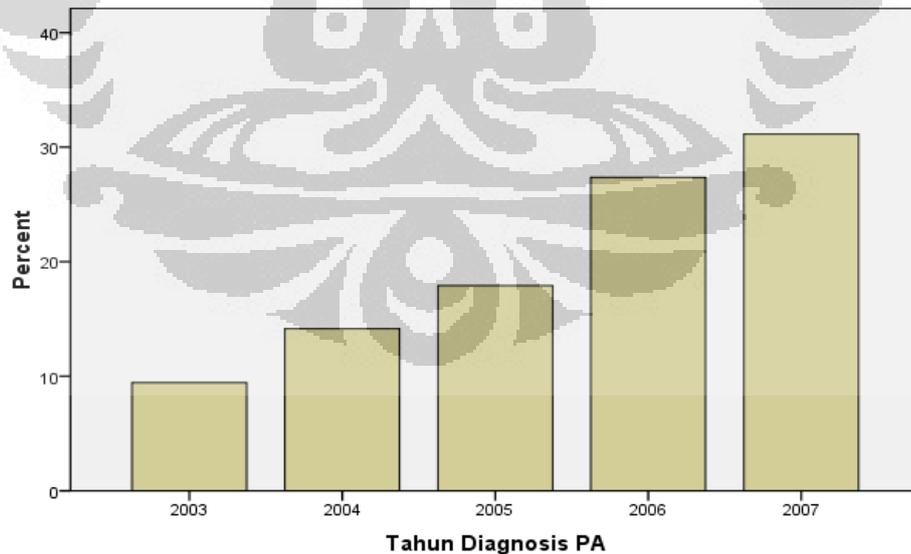
BAB IV HASIL PENELITIAN

Pada penelusuran status , kami mendapatkan 350 kasus kanker ovarium yang terbukti melalui pemeriksaan histopatologi dalam kurun waktu 2003 – 2008. Dari sejumlah kasus itu, 108 kasus yang dapat ditelusuri status rekam medisnya dan hanya 106 kasus yang masuk kriteria inklusi kami. Sisanya 242 kasus tidak dapat ditelusuri rekam medisnya, bahkan setelah dilakukan pencarian hingga ke rekam medik pusat RSUPN Cipto Mangunkusumo. Hal ini kemungkinan dikarenakan data rekam medis atau status pasien dipakai untuk penelitian lain atau rekam medik ini dibawa pulang oleh pasien .

Dari 106 kasus yang diketahui karsinoma ovarium yang dipastikan dengan hasil pemeriksaan histopatologi, kami melakukan penilaian statistik sesuai dengan latar belakang dan tujuan penelitian ini. Hasilnya disajikan seperti tabel dan gambar dibawah ini.

4.1 Karakteristik Pasien Kanker Ovarium

4.1.1 Tahun Diagnosis



Gambar 4.1. Angka Kejadian Kanker Ovarium pada tahun 2003-2007

Dalam penelitian ini , jumlah terbesar penderita kanker ovarium paling banyak ditemukan pada tahun 2007 dengan jumlah 33 kasus (31,1 %) dari 106 kasus yang ditemukan pada tahun 2003 sampai 2007. Berdasarkan tabel tersebut, terjadi kecenderungan peningkatan kasus kanker ovarium yang terdiagnosis setiap tahunnya. Angka kejadian kanker ovarium paling rendah terjadi pada tahun 2003. selanjutnya, angka kejadian semakin meningkat dan mencapai angka tertinggi pada tahun 2007.

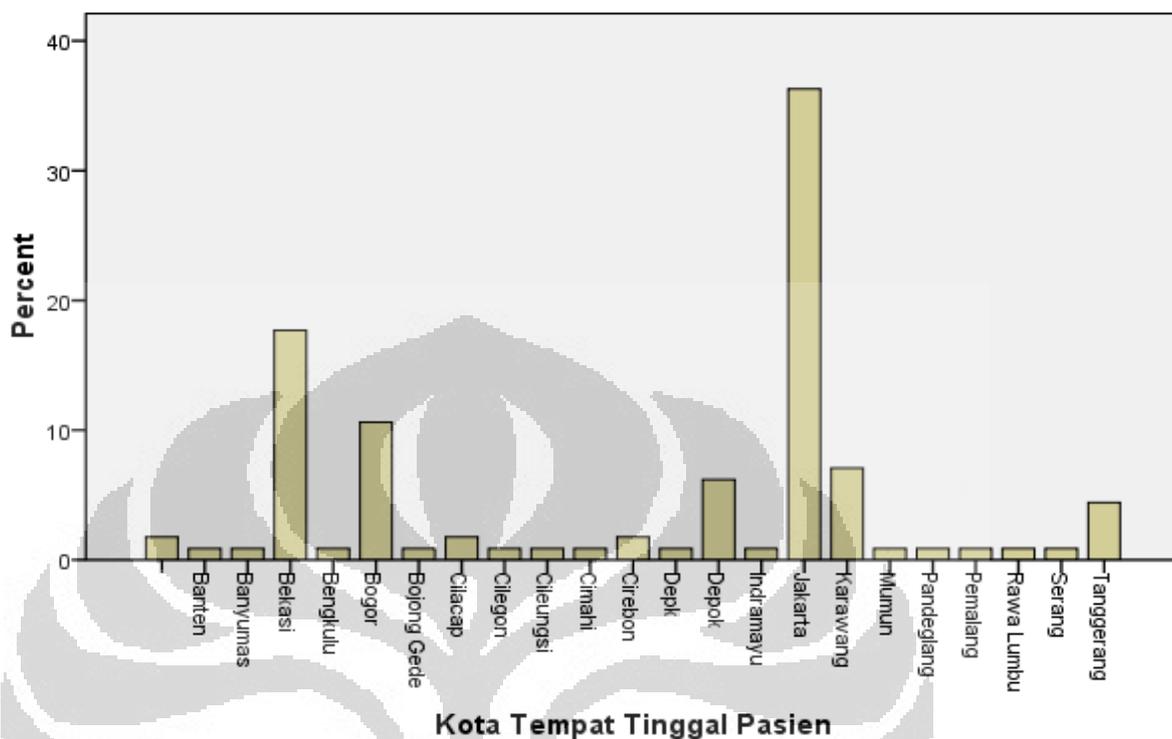
4.1.2. Jenis Histopatologik

Tabel 4.1. Sebaran Kasus kanker Ovarium Berdasarkan Jenis Histopatologik

Variabel	Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Jenis Histopatologik	Epitelial	86	81,1
	Musinosum	33	31,1
	Serosum	15	14,2
	Endometrioid	24	22,6
	<i>Clear Cell</i>	14	13,2
	Non-Epitelial	20	18,9
Total		106	100

Berdasarkan pemeriksaan histopatologik, jenis yang paling banyak ditemukan adalah karsinoma ovarium tipe epitelial sebanyak 86 kasus (81,1 %) terdiri dari jenis musinosum sebanyak 33 kasus (31,1 %), serosum 15 kasus (14,2 %), endometrioid 25 kasus (22,6 %), *clear cell* 14 kasus (13,2 %), dan kelompok karsinoma ovarium non-epitelial sebanyak 20 kasus (18,9 %).

4.1.3. Kota Tempat Tinggal



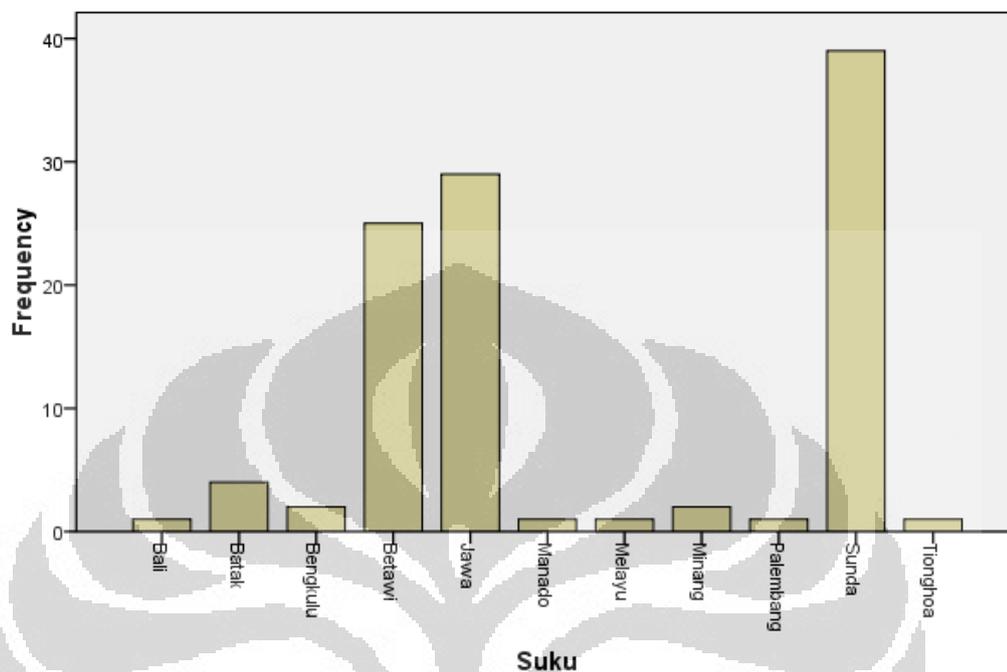
Gambar 4.2. Sebaran Kasus Kanker Ovarium Berdasarkan Lokasi Tempat Tinggal

Sebagian besar bertempat tinggal di Jakarta (36,8%), diikuti Bekasi (18,9%), Bogor (10,4%), Depok (7,5%), dan Karawang (7,5%). Sebagian besar pasien berasal dari provinsi DKI Jakarta dan Jawa Barat. Hal ini, tampaknya dipengaruhi oleh kondisi geografis kedua provinsi itu yang dekat dengan RSCM sebagai Rumah Sakit rujukan nasional

4.1.4. Suku Bangsa

Dari karakteristik suku didapatkan pasien yang didiagnosis dengan kanker ovarium terbanyak berasal dari Suku Sunda (36,8%), diikuti dengan Jawa (27,4%), Betawi (23,6%), Batak (3,8%), Minang (1,9%), Bengkulu (1,9%), Bali (0,9 %), Manado (0,9%), Melayu (0,9%), Palembang (0,9%), Tionghoa (0,9%). Pasien yang berobat dan melakukan pemeriksaan histopatologi di RSCM pada tahun 2003- 2007 terbanyak berasal dari daerah sekitar Jakarta dan Jawa Barat

sehingga didapatkan hasil suku Sunda menjadi karakteristik suku pasien dengan diagnosis kanker ovarium tertinggi.



Gambar 4.3. Sebaran Kasus Kanker Ovarium Berdasarkan Suku Bangsa

4.2. Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium.

4.2.1. Penggunaan Kontrasepsi

Dari 106 kasus kanker ovarium yang dimasukkan ke dalam penelitian, terdapat 25 kasus (23,6 %) penderita kanker ovarium yang menggunakan kontrasepsi dan yang tidak menggunakan kontrasepsi sebanyak 74 kasus (69,8 %), serta tidak ada data sebanyak 7 kasus (6,6 %).

Tabel 4.2. Penggunaan Kontrasepsi pada penderita kanker ovarium

Variabel	Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Penggunaan kontrasepsi	Ya	25	23,6
	Tidak	74	69,8
	Tidak ada data	7	6,6
Total		106	100

4.2.2. Jenis Kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah kontrasepsi oral sebanyak 16 kasus (15,1 %), kemudian diikuti oleh suntik 4 kasus (3,8), IUD 3 kasus (2,8 %), ligasi tuba 1 kasus (0,9 %), implant 1 kasus (0,9 %).

Tabel 4.3. Jenis Kontrasepsi yang digunakan penderita kanker ovarium

Variabel	Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Jenis Kontrasepsi	Kontrasepsi Oral	16	15,1
	IUD	3	2,8
	Ligasi Tuba	1	0,9
	Suntik	4	3,8
	Implant	1	0,9
	Tidak	74	69,8
	Tidak ada data	7	6,6
Total		106	100

4.2.3. Lama Penggunaan Kontrasepsi

Lama penggunaan kontrasepsi paling banyak ditemukan pada rentang waktu 1-5 tahun sebanyak 17 kasus (16,0 %), diikuti rentang waktu 6-10 tahun

dan 16-20 tahun, dan paling sedikit pada rentang waktu 11-15 tahun sebanyak 2 kasus (1,9 %).

Tabel 4.4. Lama Penggunaan Kontrasepsi

Variabel	Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Lama Penggunaan Kontrasepsi	1-5 tahun	17	16,0
	6-10 tahun	3	2,8
	11-15 tahun	2	1,9
	16-20 tahun	3	2,8
	Tidak	74	69,8
	Tidak ada data	7	6,6
Total		106	100

BAB V PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan suatu penelitian potong-lintang (cross-sectional) deskriptif berdasarkan status penderita karsinoma ovarium yang terbukti berdasarkan pemeriksaan histopatologi. Penelitian ini berhasil mengumpulkan sebanyak 106 kasus kanker ovarium selama kurun waktu 2003-2007.

Penelitian ini memiliki kelebihan dan keterbatasan. Kelebihan penelitian ini adalah penelitian ini menggunakan populasi penelitian yang berasal dari RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta yang merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Nasional, yaitu rumah sakit rujukan dari berbagai daerah di seluruh Indonesia. Sehingga gambaran yang diambil dari penelitian ini dapat menjadi gambaran secara umum mengenai kanker ovarium yang ada di Indonesia. Selain itu jenis penelitian ini relatif mudah, murah, dan hasilnya cepat dapat diperoleh. Kelebihan lain dari penelitian ini adalah subjek penelitian diperoleh dari hasil pemeriksaan jaringan yang akurat (gold standar), karena pemeriksaan dilakukan oleh para ahli Patologi Anatomi FKUI RSCM.

Keterbatasan dan kekurangan penelitian ini adalah sedikitnya jumlah sampel yang digunakan, dimana sebenarnya terdapat 350 kasus kanker ovarium yang terbukti berdasarkan pemeriksaan histopatologi dan hanya 108 kasus yang dapat dilacak keberadaan rekam mediknya, kemudian 2 kasus kami keluarkan karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi kami, sehingga total 106 kasus yang digunakan. Hal ini dapat dikarenakan kemungkinan data pasien tersebut di ambil untuk penelitian lain dan belum dikembalikan atau di bawa pulang oleh pasien sendiri.

5.1. Gambaran Faktor Penggunaan Kontrasepsi Terhadap Angka Kejadian Kanker Ovarium

5.1.1. Penggunaan Kontrasepsi

Pada penelitian ini kami ingin mengetahui gambaran faktor penggunaan kontrasepsi terhadap angka kejadian kanker ovarium. Dari 106 kasus kanker ovarium yang dimasukkan ke dalam penelitian, terdapat 25 kasus (23,6 %) penderita kanker ovarium yang menggunakan kontrasepsi dan yang tidak menggunakan kontrasepsi sebanyak 74 kasus (69,8 %), serta tidak ada data sebanyak 7 kasus (6,6 %).

Dorjgochoo dkk ²¹, dalam penelitian prospektif dengan populasi wanita Shanghai, China berusia 40-70 tahun dengan jumlah 81.170 orang yang diikuti selama 7,5 tahun dilaporkan 2250 orang wanita didiagnosis kanker. Wanita yang pernah menggunakan kontrasepsi sebanyak 76,7 % dari seluruh partisipan. Dalam penelitian ini dikemukakan terdapat penurunan risiko yang signifikan kanker ovarium pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral lebih dari 2 tahun daripada yang tidak pernah menggunakan.

Pike dan Spicer dkk ²⁶, melakukan penelitian epidemiologi berdasarkan populasi menyimpulkan terdapat penurunan risiko kanker ovarium sekitar 7,5 % pertahun terhadap pengguna kontrasepsi oral dan penurunan risiko sebanyak 32 % per 5 tahun.

Beberapa penelitian lain seperti, *Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer* ⁸, berdasarkan penelitian reanalysis data dari 45 studi epidemiologi dari 21 negara di dunia, terdiri dari 23.257 wanita dengan kanker ovarium dan 87.303 tanpa kanker ovarium, didapatkan hasil 31 persen (7308) wanita dengan kanker ovarium dan 37 persen (32717) kontrol yang pernah menggunakan kontrasepsi oral dan rata-rata lama penggunaan adalah 5 tahun. Semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi oral, semakin berkurang risiko terkena kanker ovarium. Risiko relative berkurang hingga mencapai 20 % (95 % CI, 18-23 %, $p < 0,0001$) untuk jangka waktu 5 tahun penggunaan kontrasepsi oral.

Untuk IUD senditi, Dorjgochoo dkk ²¹, menyebutkan terdapat penurunan risiko pada wanita yang menggunakan IUD dalam jangka waktu lebih lama (lebih atau sama dengan 14 tahun) ($HR_{adj} = 0,58,95$ % CI, 0,31-1,06), dan usia yang lebih muda ketika pertama kali menggunakannya. ($HR_{adj} = 0,44,95$ %, CI, 0,21-0,90).

Selain itu, Terry dkk²⁷, juga menyimpulkan terdapat hubungan terbalik antara IUD dan risiko kanker ovarium (OR= 0.71,95 % CI : 0.56,0.89). Durasi penggunaan IUD berkaitan dengan risiko kanker ovarium. Wanita yang menggunakan IUD selama < 1 , 2-3, 4-7 atau lebih dari 7 tahun memiliki 0.72,0.66,0.61, dan 0.84 kali risiko kanker ovarium daripada wanita yang tidak pernah menggunakan IUD. Pemeriksaan histopatologi menyimpulkan hubungan terkuat terdapat pada kanker ovarium jenis endometrioid (OR=0.4,95%CI:0,22,0,71). Kesimpulannya IUD menurunkan risiko terjadinya kanker ovarium, khususnya kanker ovarium jenis endometrioid.

Becker dkk²⁹. Untuk pengguna kontrasepsi jenis suntik terdapat penurunan yang tidak signifikan terhadap risiko kanker ovarium. Dimana dengan kontrasepsi jenis ini bekerja dengan menghambat ovulasi, akan tetapi banyak penelitian masih belum dapat mendeteksi perbedaan risiko kanker ovarium secara keseluruhan karena tingginya angka kehamilan pengguna kontrasepsi suntik ini. Begitu juga dengan kontrasepsi jenis implant, dimana tidak ada data epidemiologi yang mengevaluasi efek dari implant pada risiko kanker ovarium.

Pada penelitian lainnya Green dkk³¹, melaporkan dari penelitian yang dilakukan pada 824 wanita di Timur Australia berusia 18 sampai 79 tahun dan didiagnosis menderita kanker ovarium antara tahun 1990 dan 1993 bahwa ligasi tuba berkaitan dengan penurunan risiko kanker ovarium sebanyak 39 %.

Pada penelitian lain, Andrijono dkk³⁰ juga menyebutkan bahwa pada suatu studi epidemiologi, tindakan ligasi tuba terbukti efektif menurunkan risiko kanker ovarium dengan risiko relatif 0,3. Hal ini berkaitan dengan terputusnya hubungan antara ovarium dan dunia luar melalui tuba falopi, dimana karsinogen kemungkinan dapat masuk melalui vagina dan tuba dapat dicegah dengan metode ini.

Secara keseluruhan, suatu penelitian berdasarkan populasi kasus-kontrol dengan subjek penelitian wanita berusia 20-69 tahun. Pada penelitian ini semua metode kontrasepsi di evaluasi berkaitan dengan penurunan risiko kanker ovarium. Setelah penyesuaian dengan usia, kehamilan, riwayat keluarga kanker ovarium, odd-ratio bagi yang pernah menggunakan dan tidak pernah menggunakan

adalah kontrasepsi oral 0,6 (95 % CI = 0,5-0,8), IUD, 0,8 (95 % CI=0,6-0,1) , ligasi tuba 0,5 (95 % CI 0,4-0,7).²⁵

Dari hal diatas terlihat kecenderungan penurunan risiko kanker ovarium berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi, khususnya kontrasepsi oral dimanafaktor proteksi diberikan dengan menginterupsi ovulasi dan mengurangi level hormone intraovarium, khususnya level estrogen intraovarium.²⁶

5.1.2. Jenis kontrasepsi

Adapun dari 25 kasus diatas, jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah kontrasepsi oral sebanyak 16 kasus (15,1 %), kemudian diikuti oleh suntik 4 kasus (3,8), IUD 3 kasus (2,8 %), ligasi tuba 1 kasus (0,9 %), implant 1 kasus (0,9 %).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia, studi yang dilakukan pada wanita usia 15 sampai 49 tahun pada tahun 2005 tentang alat atau cara KB (Keluarga Berencana) yang sedang digunakan, dilaporkan pengguna kontrasepsi suntik menempati peringkat pertama sebanyak 33,1 %, diikuti oleh kontrasepsi oral sebanyak 13,5 %, IUD sekitar 5,2 %, ligasi tuba sebanyak 2 %, dan sisanya gabungan beberapa kontrasepsi jenis lain sebanyak 46,2 %.³⁰

Hal ini berbeda menurut penelitian Dorjgochoo et al ²¹, dimana menyebutkan bahwa di seluruh dunia kontrasepsi oral merupakan kontrasepsi ke-3 terbanyak yang digunakan sebanyak lebih dari 100, IUD menduduki peringkat ke-2 sebanyak 150 juta orang, dan sterilisasi tuba paling banyak digunakan sekitar 220 juta wanita. Selain itu , dalam penelitian yang sama, dari 2250 wanita yang di diagnosis kanker ovarium, sekitar 76,7 % menggunakan kontrasepsi , dimana menggunakan kontrasepsi oral sebanyak 19,4 %, IUD sebanyak 44,9 %, dan Ligasi tuba sebanyak 12,4 %.

Pada penelitian lain, Levine, et al ²², juga menyebutkan bahwa ligasi tuba merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan sebanyak 19 %, diikuti oleh IUD sejumlah 13 %, dan Kontrasepsi oral sebanyak 8 %.

Bila dibandingkan antara penelitian kami dengan yang lainnya memang terdapat perbedaan tentang jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan. Hal ini dapat dikarenakan penelitian kami hanya mengambil data dari RSUPN Cipto

Mangunkusumo, sedangkan data dari Badan Pusat Statistik merupakan data dari seluruh Indonesia, dimana Indonesia adalah suatu negara kepulauan yang sangat luas dan memiliki tingkat sosioekonomi dan pendidikan yang beraneka ragam. Begitu juga dengan beberapa penelitian lain, yang kebanyakan berada di negara maju yang tingkat sosioekonomi dan pendidikannya jauh lebih baik.

5.1.3. Lama Penggunaan Kontrasepsi

Lama penggunaan kontrasepsi paling banyak pada rentang waktu 1-5 tahun sebanyak 17 kasus (16,0 %), dan paling sedikit pada rentang waktu 11-15 tahun sebanyak 2 kasus (1,9 %)

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer ⁸, berdasarkan penelitian reanalysis data dari 45 studi epidemiologi dari 21 negara di dunia, terdiri dari 23.257 wanita dengan kanker ovarium dan 87.303 tanpa kanker ovarium. Semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi oral, semakin berkurang risiko terkena kanker ovarium. Risiko relative berkurang hingga mencapai 20 persen (95 % CI, 18-23 %, $p < 0,0001$) untuk jangka waktu 5 tahun penggunaan kontrasepsi oral.

Tworoger et al ²⁴, menyebutkan bahwa peningkatan durasi penggunaan kontrasepsi oral berkaitan dengan penurunan risiko kanker ovarium pada penggunaan lebih dari 5 sampai 10 tahun dibandingkan yang tidak pernah menggunakan kontrasepsi oral (RR= 0,75, CI 95 % : 0,54,1,05). Sedangkan untuk ligasi tuba, selama 28 tahun *follow-up*, melaporkan wanita dengan riwayat ligasi tuba mengalami penurunan risiko relatif terkena kanker ovarium sebanyak 34 % dibandingkan yang tidak melakukan ligasi tuba. ²⁸

Pada penelitian ini terdapat kecenderungan ,semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi, makasemakin berkurang risiko terjadinya kanker ovarium.

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

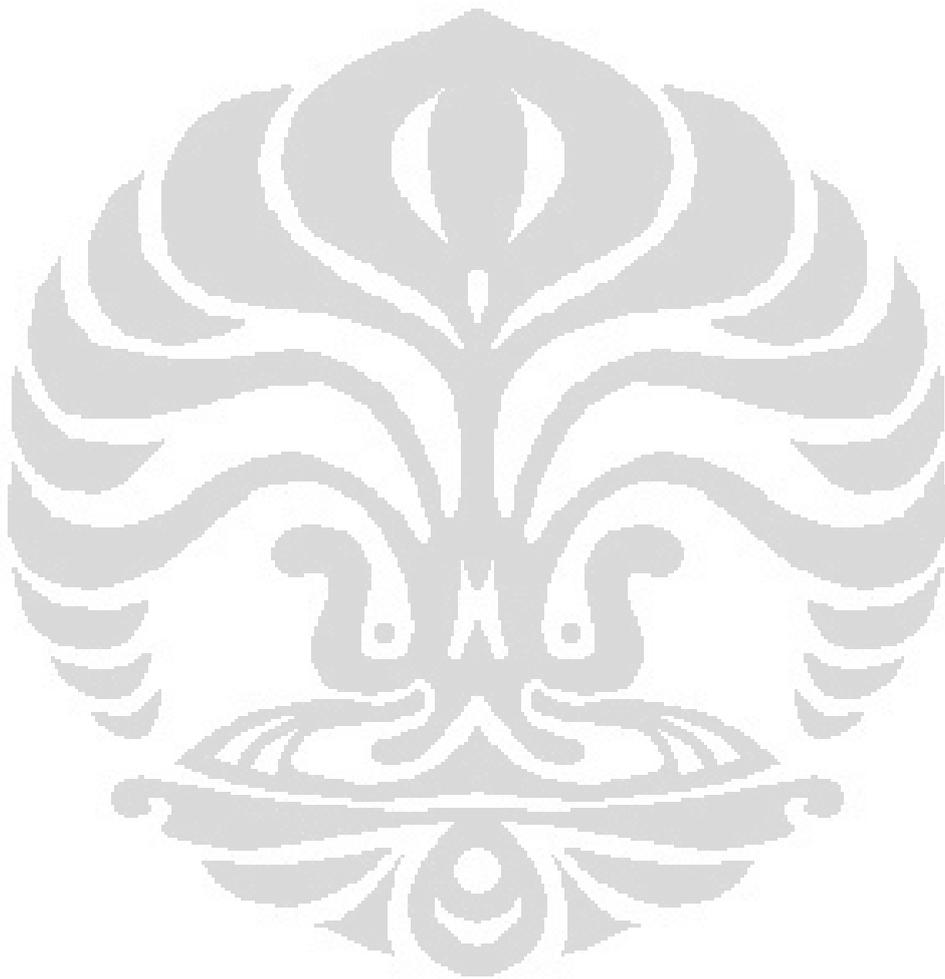
6.1. Kesimpulan

1. Jumlah angka kejadian kanker ovarium berdasarkan pemeriksaan histopatologik di bagian Patologi Anatomik RSCM Jakarta pada tahun 2003-2007 sebanyak 106 kasus.
2. Karakteristik penderita kanker ovarium yang diperiksa di bagian Patologi Anatomi RSCM Jakarta pada tahun 2003-2007 adalah :
 - c. Angka kejadian kanker ovarium paling rendah pada tahun 2003 dan terus meningkat hingga mencapai angka tertinggi pada tahun 2007
 - d. Dalam penelitian ini, suku Sunda merupakan suku bangsa yang paling banyak ditemukan kasus kanker ovarium.
 - e. Sebagian besar penderita kanker ovarium berasal dari provinsi DKI Jakarta dan Jawa Barat
 - f. Jenis histopatologik yang paling sering ditemukan adalah karsinoma ovarium jenis epitelial sebanyak 86 kasus .
3. Kontrasepsi oral merupakan jenis kontrasepsi yang paling banyak digunakan
4. Semakin lama durasi penggunaan kontrasepsi maka semakin berkurang risiko kejadian kanker ovarium.

6.2. Saran

1. Program skrining yang dilakukan secara teratur sejak usia dini terhadap perempuan termasuk golongan risiko tinggi diharapkan akan dapat mendeteksi kanker ovarium pada stadium awal sehingga prognosis dan kesempatan hidup penderita setelah terapi meningkat.

2. Penggunaan kontrasepsi, khususnya kontrasepsi oral sebagai langkah pencegahan terjadinya kanker ovarium, terutama pada wanita golongan risiko tinggi.



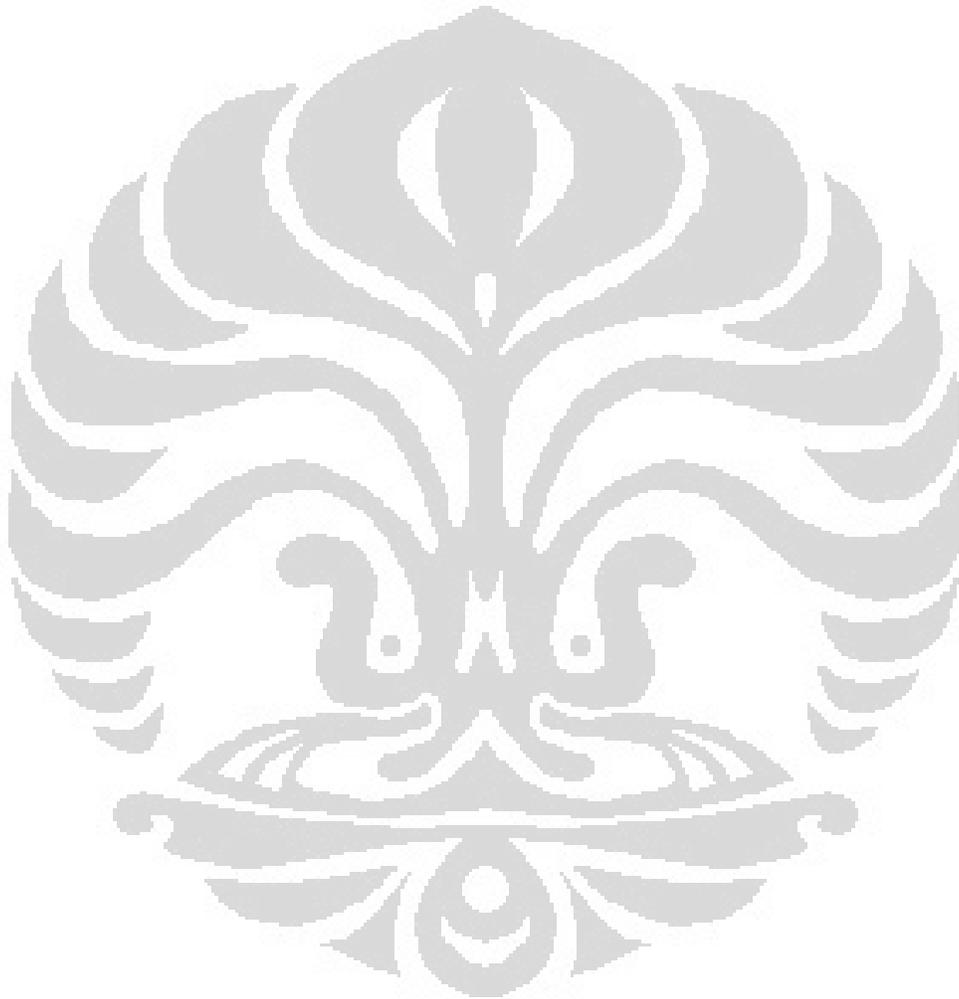
DAFTAR PUSTAKA

1. Aziz MF. Cara hidup dan perilaku seksual yang baik dapat mencegah kanker. Jakarta: Tantri 1997; 6(12): 10
2. WHO. Prevalence of cancer worldwide (1997). Diunduh dari <http://www.britannica.com/EBchecked/topic-art/435771/58070/For-further-information-about-specific-types-of-cancer-click-on>. pada 20 Mei 2009 pukul 20.30
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57: 43—66
4. Lubis ND, Nizar RZ, Musa Z. Badan Registrasi Kanker 2003. Kanker di Indonesia tahun 2003 Data Histopatologik. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I Jakarta : Yayasan Kanker Indonesia.
5. Aziz MF, Gynecological Cancer in Indonesia. *J Gynecol Oncol*.2009 Maret;20(1):8-10
6. Barber, Hugh RK, Graber EA, Kwon TH. *CA Cancer J Clin*: Ovarian cancer. 2009. May 15; 24;p. 339-47
7. Barnes MN, Grizzle WE, Grubbd CJ. Paradigms for Primary Prevention of Ovarian Carcinoma. *CA Cancer J Clin* 2002;52:216-225.
8. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian Cancer and Oral Contraceptives : Collaborative reanalysis of Data from 45 Epidemiological Studies including 23257 Women with Ovarian Cancer and 87303 Controls. *The Lancet*; Jan 26-Feb 1, 2008;371,9609;Academic Research Library p 303.
9. Hannaford PC, Sivasubramaniam S, Elliot AM. Cancer Risk Among Users of Oral Contraceptive : Cohort data from the Royal Collage of General Practitioner's Oral Contraception Study, *BMJ* 2007 ;335:651
10. Busmar B. Kanker ovarium dalam: Buku Acuan Nasional Onkologi Ginekologi. Editor: Aziz MF, Andriono, Siafuddin AB, et al. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008. P. 469-74

11. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins and cotran pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2005. p.270-1, 288-308, 319-28, 1093
12. Garcia AA. Ovarian Cancer. *Ca Cancer J Clin* 1974;24:339-347. Available from URL : <http://emedicine.medscape.com/article/255771-overview>).
13. WHO. The Impact of Cancer In Your Country - Data Tables. Available from URL :
<http://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=153&iso=IDN&generateResults=Generate+Report>.
14. Choi JH, Wong AST, Huang HF, Leung PC. Gonadotropins and Ovarian cancer. *Endocrine Reviews*.2007; 28(4):440-61
15. Bankowski BJ , Hearne AE , Lambrou NC, et al. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics 2nd edition (May 2002): The Johns Hopkins University Department By Lippincott Williams & Wilkins Publishers
16. Fleischer CK.Ovary Malignant tumors. Available from URL
[_http://emedicine.medscape.com/article/404450-overview](http://emedicine.medscape.com/article/404450-overview)
17. Anonim.Ovarian Cancer Cause. Available from URL
<http://emedicine.medscape.com/article/404450-overview>
18. Barber, Hugh RK, Graber EA, Kwon TH. Ovarian Cancer. *CA Cancer J Clin*: Ovarian cancer. 2009. May 15; 24;p. 339-47
19. Koesoemawati H, Huriawati H, Salim IS, Setyawan LV, Suparman W. Kamus Kedokteran Dorland edisi 29. 2005. Jakarta: EGC
20. Samra-latif OM, Wood OM. Contraception. 2008 ,Sept 5. Available from URL :
<http://emedicine.medscape.com/article/258507-overview>
21. Dorjgochoo T, Shu XQ, Li HL, Qian HZ, Yang G, Cai, Hui. Use of Oral Contraceptives, Intrauterine Devices, and Tubal Sterilization anda Cancer Risk in Large Prospective Study, From 1996-2006. *Int. J. Cancer* 2009 : 124, 2442-49

22. Levine R, Langer A, Birdsall, N, Matheny G, Wright M, Bayer A. Contraception. Available on URL
<http://www.dcp2.org/pubs/DCP/57/Section/8535>
23. Davidson NE, Helzlsouer KJ, Good News about Oral Contraceptive. N Eng J Med, Vol 346, No 26. June 27, 2002.
24. Tworoger SS, Fairfield KM, Colditz GA, Rosner BA, Hankinson SE. Association of Oral Contraceptive Use, Other Contraceptive Methods, Infertility With Ovarian Cancer Risk .Nov 11, 2007. Available from URL :
<http://www.medscape.com/viewarticle/566094>
25. Ness RB, Grisso JA, Vergona R, Klapper J, Morgan M, Wheeler JE. Oral contraceptives, other methods of contraception, and risk reduction for ovarian cancer. *Epidemiology*.2001 May,12(3):307-12.
26. Pike MC, Spicer DV. Hormonal Contraception and Chemoprevention of Female Cancers. *Endocrine-Related Cancer*. 2007;7, 73-83
27. Terry KL,, Ernstoff LT, Olivera J, Cramer DW. Use of Intrauterine Device and Ovarian cancer Risk. *Proc Amer Assoc Cancer Res* 2006 : Vol 47
28. Bupa's health information team. Hormonal Contraception. April 2008. Available from URL :
http://hcd2.bupa.co.uk/fact_sheets/html/hormonal_contraception.html
29. Becker KL, Bilezikian JP, Bremner WJ, Wellington. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism 3rd edition. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2005 p.1036
30. Badan Pusat Statistik Indonesia. Persentase Wanita usia 15 sampai 49 tahun menurut Alat atau Cara KB yang sedang digunakan.2005. Available from URL :
http://www.datastatistikindonesia.com/component/option,com_tabel/kat,4/idtabel,127/Itemid,166/
31. Green A, Purdie D, Christopher BI, Siskind V, Peter RS, Quinn M, et al. Tubal Sterilisation, Hysterectomy, and Decreased Risk Of Ovarian Cancer. *Int.J.Cancer*:71,948-951 (1997)

32. Colditz GA, Stein CJ. Handbook of Cancer Risk Assessment and Prevention. London: Jones and Bartlett Publishers, 2004. p. 104
33. Howe HL. Epidemiology of Ovarian Cancer in Illinois. Epidemiologic Report Series 96:2 Springfield. IL: Illinois Department of Public Health, 1996. Available on URL <http://www.idph.state.il.us/about/epi/pdf/epi96-2.pdf>



Lampiran 1. Data Lengkap Pasien Kanker Ovarium

Tahun	Diagnosis	Usia	Kehamilan	Jumlah Kehamilan	Usia Menarche	Pemeriksaan Histopatologi
2003	Diagnosis	47	tidak	0	14	adenokarsinoma endometrioid ovarium kanan diferensiasi baik sedang.
2003	Diagnosis	47	tidak	1	13	karsinoma sel endometrioid ovarium diferensiasi buruk sedang
2003	Diagnosis	41	tidak	3	14	kistadenokarsinoma musinosum papiferum ovarii
2003	Diagnosis	45	tidak	0	Tidak ada data	adenokarsinoma clear cell diferensiasi sedang pertumbuhan papiler ovarium kiri
2003	Diagnosis	52	tidak	Tidak ada data	Tidak ada data	malignant unclassified ovarian tumor, kemungkinan clear cell tumor
2003	Diagnosis	55	tidak	0	Tidak ada data	kistadenokarsinoma musinosum papiferum ovarium dextra diferensiasi baik sedang
2003	Diagnosis	34	tidak	Tidak ada data	Tidak ada data	adenoskuamosa karsinoma bergiferensiasi sedang dari ovarium
2003	Diagnosis	37	tidak	Tidak ada data	Tidak ada data	Adenokarsinoma Clear cell
2003	Diagnosis	40	tidak	1	Tidak ada data	kistadenokarsinoma serosum papiferum ovarii kanan diferensiasi baik
2003	Diagnosis	52	tidak	4	12	kistadenoma Musinosum Papiferum ovarii
2004	Diagnosis	40	tidak	2	15	kistadenokarsinoma ovarii papiferum serosum diferensiasi baik
2004	Diagnosis	51	tidak	4	12	kistadenokarsinoma serosum papiferum
2004	Diagnosis	49	tidak	2	15	adenokarsinoma papiferum diferensiasi sedang
2004	Diagnosis	55	tidak	1	13	Clear cell adeno Ca

(Lanjutan)

2004	50	IUD	4 tahun	3	15	kistadenokarsinoma ovarii musinosum papilliferum diferensiasi baik
2004	38	tidak memakai	tidak memakai	1	13	adenokarsinoma endometrioid diferensiasi buruk ovarii
2004	35	tidak ada data	tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	adenokarsinoma clear cell ovarium
2004	85	tidak ada data	tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	Malignant breiner tumor
2004	43	kontrasepsi oral	4 tahun	3	12	kistadenoma ovarii musinosum borderline
2004	30	tidak memakai	tidak memakai	1		tumor ganas ovarium dengan nekrosis luas
2004	38	tidak memakai	tidak memakai	0	13	adenokarsinoma endometrioid double primer ovarium
2004	61	tidak ada data	tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	tumor ganas epitelial dengan papil diferensiasi buruk
2004	36	tidak memakai	tidak memakai	0	13	kistadenoma serosum papilliferum dengan borderline
2004	40	tidak memakai	tidak memakai	0	12	Adenocarcinoma Endometrioid
2004	65	tidak ada data	tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	carcinoma undifferentiated dengan invasi ke dinding uterus
2005	27	tidak memakai	tidak memakai	0	Tidak ada data	kistadenokarsinoma endometrioid diferensiasi sedang ovarii bilateral
2005	24	tidak memakai	tidak memakai	0	16	Lynch Syndrom

(lanjutan)

2005	37	suntik	1 tahun	4	14	kistadenokarsinoma ovarii musinosum papiliferum ovarii diferensiasi baik
2005	30	suntik	2,5 tahun	2	15	kistadenoma ovarii musinosum borderline
2005	55	kontrasepsi oral	10 tahun	4	15	kistadenokarsinoma jenis endometrioid diferensiasi sedang
2005	15	tidak memakai	tidak memakai	0	10	disgerminoma dengan anak sebar pada peritoneum kanan
2005	54	tidak memakai	tidak memakai	0	15	endometrioid adenokarsinoma ovarium kanan diferensiasi baik
2005	33	kontrasepsi oral	2 tahun	2	13	kistadenokarsinoma musinosum papiliferum diferensiasi baik
2005	38	kontrasepsi oral	4 tahun	2	Tidak ada data	kistadenokarsinoma musinosum papiliferum ovarium diferensiasi sedang
2005	40	tidak memakai	tidak memakai	2	Tidak ada data	kistadenokarsinoma ovarii serosum papiliferum bilateral
2005	43	memakai	tidak memakai	0	11	clear cell adenokarsinoma
2005	27	suntik	1 tahun	2	11	kistadenoma musinosum papilare borderline
2005	50	tidak memakai	tidak memakai	0	15	endometrioid adenokarsinoma diferensiasi buruk ovarium kiri
2005	36	tidak memakai	tidak memakai	0	12	clear cell adenokarsinoma ovarium kanan
2005	34	tidak memakai	tidak memakai	0	11	kistadenoma endometrioid borderline
2005	37	tidak memakai	tidak memakai	1	15	kistadenokarsinoma musinosum ovarii diferensiasi baik

2005	tidak memakai	tidak memakai	0	Tidak ada data	kistadenokarsinoma musinosum papilliferum ovarium diferensiasi sedang
2005	tidak memakai	tidak memakai	0	15	kistadenokarsinoma endometrioid diferensiasi baik-sedang
2005	tidak memakai	tidak memakai	2	14	Kistadenokarsinoma ovarium multilokulare, dif baik
2006	implan	4 tahun	2	13	kistadenoma musinosum ovarium multilokulare
2006	suntik	1 tahun	1		kistadenokarsinoma ovarii serosum papilliferum diferensiasi sedang bilateral
2006	tidak memakai	tidak memakai	1	11	kistadenokarsinoma ovarii musinosum papilliferum diferensiasi baik
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	12	NOK multilokulare bagian padat susp ganas
2006	kontrasepsi oral	5 tahun	5	10	kistadenokarsinoma musinosum diferensiasi baik
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	14	adenokarsinoma clear cell diferensiasi sedang
2006	tidak memakai	tidak memakai	10	13	Adenokarsinoma endometrioid berdiferensiasi sedang ovarium bilateral
2006	tidak memakai	tidak memakai	1	14	kistadenokarsinoma musinosum ovarii papilliferum diferensiasi baik
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	13	kistadenoma ovarii musinosum borderline
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	Tidak ada data	karsinoma sel skuamosa berkeratin ovarium kanan dan kiri
2006	tidak memakai	tidak memakai	Tidak ada data	12	Adenokarsinoma berdiferensiasi sedang, agaknya jenis endometrioid

(Lanjutan)

	memakai								
2006	Tidak memakai	Tidak ada data	Tidak ada data						Cystadenokarsinoma ovarii
2006	tidak memakai	0	13						Adeno ca papiler jenis serosum ovarium diferensiasi buruk
2006	memakai	tidak memakai	0	12					Cystadenokarsinoma endometrioid ovarii bilateral berdiferensiasi baik
2006	tidak memakai	0	17						Karsinoma tidak berdiferensiasi ovarium kiri, kista folikel ovarium kanan
2006	kontrasepsi oral	16 tahun	4	15					Cystadenoma ovarium musinosum berdiferensiasi sedang
2006	tidak memakai	10 tahun	3	Tidak ada data					Adenokarsinoma papiferum berdiferensiasi buruk
2006	kontrasepsi oral	2,5 tahun	5	13					kistadenokarsinoma papiferum endometrioid diferensiasi sedang sampai buruk
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	18					kistadenokarsinoma ovarii clear cell
2006	memakai	tidak memakai	Tidak ada data	Tidak ada data					Cystadenokarsinoma ovarii serosum papiferum berdiferensiasi baik sedang dengan anak sebar di omentum
2006	kontrasepsi oral	12 tahun	2	Tidak ada data					Cystadenokarsinoma musinosum ovarii berdiferensiasi baik
2006	tidak memakai	tidak memakai	Tidak ada data	Tidak ada data					Cystadenokarsinoma ovarii musinosum berdiferensiasi baik
2006	memakai	tidak memakai	0	17					clear cell carcinoma diferensiasi sedang-buruk
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	12					adenokarsinoma papiferum multifokal ovarii kanan

(Lanjutan)

	memakai						
2006	tidak memakai	tidak memakai	3	Tidak ada data	Adenokarsinoma dengan dominasi clear cell memproduksi musin, diferensiasi menengah-buruk		
2006	tidak memakai	tidak memakai	0	12	adenokarsinoma clear cell diferensiasi baik		
2006	memakai	tidak memakai	Tidak ada data	14	Cystadenoma ovarium endometroid borderline dengan fokus-fokus invasi stroma		
2006	tidak memakai	tidak memakai	3	11	Adeno ca endometroid ovarium		
2006	tidak memakai	tidak memakai	1	Tidak ada data	Adenokarsinoma clear cell ovarii		
2007	tidak memakai	tidak memakai	2	13	adenocarcinoma clear cell ovarii diferensiasi baik-sedang		
2007	tidak memakai	tidak memakai	0	10	kistadenoma serosum papiliferum borderline malignancy		
2007	tidak memakai	tidak memakai	0	11	kistadenoma serosum papiliferum ovarium bilateral borderline malignancy		
2007	tidak memakai	tidak memakai	3	11	Mesotelioma		
2007	tidak memakai	tidak memakai	3	14	kistadenokarsinoma musinosum papiliferum ovarium		
2007	tidak memakai	tidak memakai	4	12	tumor sel granulosa ovarium		
2007	tidak memakai	tidak memakai	0	13	Cystadenokarsinoma musinosum berasal dari degenerasi ganas berbercak lesi cystadenoma ovarii musinosum papiliferum multilokulare		

(Lanjutan)

2007	27	tidak memakai	tidak memakai	1	13	Kistadenoma ovarii musinosum borderline
2007	48	Tidak memakai	tidak memakai	1	Tidak ada data	Carcinoma ovarium agaknya suatu malignan mixed mesodermal tumor ovarium
2007	51	Tidak memakai	tidak memakai	1	13	Tumor Brenner ovarium dan Kistadenoma musinosum
2007	26	tidak memakai	tidak memakai	1	13	Kistadenokarsinoma papiliferum endometrioid diferensiasi baik
2007	43	kontrasepsi oral	11 tahun	3	14	adenokarsinoma endometrioid diferensiasi baik-menengah derat keganasan seluler rendah
2007	37	tidak memakai	tidak memakai	0	11	Kistadenokarsinoma ovarii musinosum papiliferum ber diferensiasi baik
2007	39	tidak memakai	tidak memakai	1	12	adenokarsinoma musinosum ovarium diferensiasi sedang
2007	49	tidak memakai	tidak memakai	1	14	Adenokarsinoma endometrioid ovarium kiri dan kanan
2007	76	Tidak memakai	tidak memakai	8	Tidak ada data	Adenokarsinoma serosum papiliferum ovarium bilateral yang telah bermetastasis ke KGB rektum dan usus besar
2007	46	IUD	5 tahun	3	13	kistadenokarsinoma endometrioid ovarium diferensiasi baik
2007	42	tidak memakai	tidak memakai	5	11	Kistadenokarsinoma musinosum ovarium
2007	48	tidak memakai	tidak memakai	3	12	karsinoma musinosum ovarium diferensiasi sedang
2007	52	tidak memakai	tidak memakai	2	12	kistadenoma seromusinosum ovarii borderline

(Lanjutan)

2007	40	kontrasepsi mekanik tidak	2 tahun	1	12	kistadenoma serosum papiliferum ovarium bilateral borderline malignancy
2007	55	memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	0	12	Adenokarsinoma mixed epitelial + adenomiosis
2007	20	Tidak memakai kontrasepsi oral	2 tahun	1	14	Ovstadenokarsinoma endometrioid papiler ovarium diferensiasi baik
2007	47	memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	6	12	kistadenokarsinoma ovarii serosum papiliferum dif sedang-buruk
2007	57	kontrasepsi oral	20 tahun	8	Tidak ada data	Metastasis karsinoma adenoskuamosa pada ovarium dan omentum
2007	40	tidak ada data	tidak ada data	1	13	Kistadenoma serosum papiliferum ovarii jenis borderline
2007	45	memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	1	12	adenokarsinoma clear cell diferensiasi baik
2007	36	tidak memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	0	Tidak ada data	Kistadenokarsinoma musinosum papiliferum ovarium yang telah mencapai peritoneum. Diferensiasi baik-sedang
2007	47	tidak memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	0	23	kistadenokarsinoma ovarium tipe endometrioid berdiferensiasi baik
2007	42	Tidak memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	0	Tidak ada data	Ovstadenokarsinoma ovarium tipe endometrioid berdiferensiasi sedang
2007	48	memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	2	12	kistadenoma musinosum papiliferum ovarium borderline malignancy
2007	24	tidak memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	0	13	disgerminoma ovarium
2007	54	memakai kontrasepsi oral	tidak memakai	1	Tidak ada data	kistadenokarsinoma musinosum ovarium