

Gambaran Pasien Kanker Ovarium Tipe Epitel di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie: Stadium, Usia, Status Menopause, dan Subtipe Histopatologis

Della Ayu Lestari¹, Eva Rachmi^{2*}, Andika Adi Saputra Achmad³,

¹Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

² Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

³ Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Samarinda, Indonesia

*eva_rachmi@yahoo.com

HIGHLIGHTS

- Gambaran pasien kanker ovarium tipe epitel di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie

ARTICLE INFO	ABSTRAK
Article history	Ovarian cancer is the third most common gynecological cancer in women worldwide and has increased by 31.5% in 2020 compared to 2012, with the majority of cases being the epithelial type (90%). Ovarian cancer is one of the deadliest gynecological cancers because it tends to be asymptomatic or often has no clear symptoms so it can only be diagnosed at an advanced stage. This study describes the stage, age, menopausal status, and histopathological subtype in patients with epithelial ovarian cancer at Abdoel Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda, which was conducted from August to December 2023. The design of this study was descriptive observational with a cross-sectional approach. The sampling technique was purposive sampling and based on secondary data in the form of medical records, totaling 30 patients. The highest proportion was found in stage III (50%). The age distribution was dominated by 41 – 60 year (56.67%), menopausal status was dominated by the postmenopausal group (73.33%), and the most common histopathological subtype was serous (63.33%).
<i>Received date</i>	
<i>Revised date</i>	
<i>Accepted date</i>	
Keywords:	
Stadium	
Usia	
Status Menopause	
Histopatologis	
Kanker Ovarium Tipe Epitel	

**Corresponding Author:*
Eva Rachmi
Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda
Jln. Krayan, Gn Kelua, Kecamatan Samarinda Utara, Samarinda, Indonesia.
Email: eva_rachmi@yahoo.com

1 Pendahuluan

Kanker ovarium adalah kanker ginekologi ketiga tersering pada wanita. Prevalensi kanker ovarium di dunia terus meningkat, yaitu sebesar 31,5% pada tahun 2020 (313.959 kasus) dibanding tahun 2012 (238.719 kasus) [1,2]. Insiden kanker ovarium diprediksi akan meningkat bermakna pada tahun 2040 [3]. Kanker ovarium masih menjadi salah satu kanker ginekologi paling mematikan [2,4,5]. Fenomena ini berhubungan dengan hanya 20% kanker ovarium yang dapat terdiagnosis pada stadium awal [6], yang disebabkan oleh kecenderungannya bersifat asimtomatik atau sering tidak ditemukan gejala yang jelas sehingga baru dapat terdiagnosis pada stadium lanjut [7,8]. Berdasarkan insidensi kanker ovarium, mayoritas kasus yang terjadi adalah kanker ovarium tipe epitel. Kanker ovarium tipe epitel ditemukan pada 90% kejadian kanker ovarium, dengan tipe histologis yang paling umum adalah karsinoma serosa derajat tinggi (*high-grade serous carcinoma*), yaitu sekitar 60% dari kasus kanker ovarium tipe epitel, diikuti dengan karsinoma endometrioid, sel jernih, musinosa, dan serosa derajat rendah [9,10].

Stadium klinis kanker ovarium merupakan variabel yang berkaitan erat dengan prognosis dan penentuan tatalaksana selanjutnya [11]. Semakin awal stadium kanker ovarium terdiagnosis, semakin baik responnya terhadap terapi, bahkan kesintasan lima tahun akan jauh lebih tinggi. Sekitar 80% pasien yang didiagnosis pada stadium awal (stadium I atau II) menunjukkan tanggapan positif terhadap kemoterapi lini pertama, dengan kesintasan lima tahun sebesar 93% [12]. Sedangkan, pada kanker ovarium tipe epitel invasif yang didiagnosis stadium lanjut (stadium III atau IV) memiliki kesintasan lima tahun kurang dari 20% [13].

Peningkatan insidensi kanker ovarium juga dikaitkan dengan usia dan status menopause. Angka kasus ditemukan lebih tinggi pada usia yang lebih tua, dengan kelompok usia terbanyak yaitu 51-60 tahun. Selain itu, semakin tua seseorang terkena kanker ovarium juga semakin menurunkan angka harapan hidup seseorang [14]. Status menopause pun berperan dalam terjadinya kanker ovarium, yang sebagian besar ditemukan pada usia lebih dari 51 tahun [7]. Namun, hal ini masih kontroversial karena menurut beberapa penelitian didapatkan hasil yang tidak selaras, seperti pada penelitian oleh Nababan *et al.*, (2021) yang menunjukkan usia dan status menopause tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap insidensi kanker ovarium [15].

Berdasarkan patogenesis, manifestasi klinis, dan histologi, kanker ovarium dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori besar, yaitu tipe I dan tipe II. Tipe I mewakili 25% tumor epitel, meliputi tumor endometrioid, sel jernih, sel transisi, borderline, dan musinosa. Sedangkan, tipe II mewakili 75% tumor epitel, yang mencakup karsinoma serosa tingkat tinggi, karsinoma tidak berdiferensiasi, dan karsinosarkoma [9]. Tipe I bersifat lamban dan stabil secara genetik, sedangkan tipe II adalah tumor agresif yang tidak stabil secara genetik dan biasanya mengandung mutasi p53 [13]. Dalam hal ini, tipe histopatologis dari kanker ovarium menjadi salah satu faktor prognosis dari kanker ovarium [16].

RSUD Abdoel Wahab Sjahranie merupakan rumah sakit rujukan nasional atau tipe A sehingga kasus serius seperti keganasan, khususnya kanker ovarium yang membutuhkan pelayanan dokter spesialis maupun subspesialis akan dirujuk ke rumah sakit ini. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai gambaran pasien kanker

ovarium tipe epitel yang meliputi stadium, usia, status menopause, dan sub tipe histopatologis di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie.

1 Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*, yang dilaksanakan di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus – Desember 2023. Sementara itu, pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober – November 2023. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling*, dan didapatkan jumlah sampel sebanyak 30 pasien yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Data dalam penelitian ini dikumpulkan menggunakan tabel dan diperoleh dari data sekunder, yaitu rekam medis pasien kanker ovarium tipe epitel di RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda. Data ini diolah melalui empat empat tahapan, yakni *editing*, *coding*, *entri*, dan *cleaning* data. Kemudian,

seluruh data diolah menggunakan *Software Microsoft Excel* 2019, dan *IBM SPSS Statistics* 25. Penyajian data ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi mengenai penjelasan tabel. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis univariat, yang mendeskripsikan stadium, usia, status menopause, dan sub tipe histopatologis kanker ovarium tipe epitel yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

2 Hasil dan Pembahasan

Pada penelitian ini, distribusi stadium kanker ovarium tipe epitel menunjukkan 50% pada stadium III. Distribusi usia terbanyak adalah pada kategori 40 – 60 tahun (56,67%). Status menopause didominasi oleh kategori pascamenopause (73,33%). Kemudian, distribusi sub tipe histopatologis dalam penelitian ini didominasi oleh sub tipe *serous*, dengan persentase sebesar 63,33%.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Sampel

No	Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1.	Stadium Kanker Ovarium Tipe Epitel		
	Stadium I	7	23,33
	Stadium II	4	13,33
	Stadium III	15	50
	Stadium IV	4	13,33
2.	Usia		
	< 40	5	16,67
	40 – 60	17	56,67
	> 60	8	26,67
3.	Status Menopause		
	Premenopause	8	26,67
	Pascamenopause	22	73,33
4.	Sub tipe Histopatologis Kanker Ovarium Tipe Epitel		
	<i>Serous</i>	19	63,33
	<i>Mucinous</i>	3	10
	<i>Endometrioid</i>	8	26,67
	Total	30	100

Distribusi stadium kanker ovarium tipe epitel menunjukkan persentase pada stadium III (50%), diikuti dengan stadium I (23,33%), serta stadium II dan stadium IV dengan persentase yang sama besar, yaitu 13,33%. Distribusi stadium kanker ovarium ini sejalan dengan penelitian di beberapa wilayah Indonesia, yaitu di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dan di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta [17,18]. Selain itu, distribusi ini juga sejalan dengan penelitian di Polandia [19]. Sebagian besar pasien kanker ovarium tidak mengalami gejala yang jelas pada stadium awal sehingga sering kali kanker ovarium baru dapat terdiagnosis pada stadium lanjut, terutama pada stadium III [17,18]. Hal ini dikaitkan dengan kurangnya strategi diagnostik atau skrining yang memadai sehingga sebagian besar pasien didiagnosis pada stadium lanjut dan berujung dengan prognosis buruk atau kesintasan lima tahun yang rendah [4]. Prognosis ditentukan terutama oleh stadium kanker ovarium yang menggambarkan penyebaran tumor yang terjadi [16,20].

Pada hasil penelitian ini, didapatkan proporsi pasien pada stadium I (stadium awal) memiliki jumlah yang cukup banyak (23,33%) bila dibandingkan dengan proporsi pasien stadium IV (stadium lanjut), yaitu 13,33%. Hal ini mungkin terjadi berkaitan dengan usia. Penelitian menyatakan bahwa kasus kanker dapat lebih cepat terdiagnosis pada wanita berusia lebih muda sehingga tergolong dalam stadium dini, dibandingkan dengan wanita berusia lebih tua [17]. Kondisi ini mungkin berhubungan dengan kecenderungan gejala kanker ovarium yang menyerupai gejala menopause pada wanita yang memasuki usia menopause sehingga berdampak pada peningkatan risiko lambat terdiagnosis [21]. Selain terkait usia, kondisi ini juga mungkin dikaitkan

dengan tingginya pengetahuan mengenai gejala kanker ovarium, status ekonomi yang lebih tinggi, ataupun dukungan dari orang terdekat yang memungkinkan seseorang dapat lebih cepat terdiagnosis [22]. Bahkan, penelitian oleh Aziz (2009) didapatkan dominasi stadium kanker ovarium pada kelompok stadium awal [23]. Akan tetapi, alasan mengenai didapatkannya proporsi pasien stadium I lebih banyak daripada stadium IV pada penelitian ini belum bisa dipastikan.

Distribusi usia terbanyak pada pasien kanker ovarium tipe epitel adalah kategori usia 40 – 60 tahun, yaitu 17 pasien (56,67%). Distribusi usia ini sejalan dengan penelitian di RSUP Dr. Sardjito oleh Reza et al., (2022) yang menunjukkan bahwa usia terbanyak didapatkan pada kategori usia 41 – 60 tahun, yaitu sebanyak 44 pasien (73,3%) [14], serta penelitian oleh Prajatmo et al., (2018) yang menyatakan bahwa kelompok usia didominasi pada kategori lebih dari 40 tahun sebesar 72,8% (51 pasien) [16]. Penelitian kanker ovarium tipe epitel di Cina juga menunjukkan pola distribusi usia yang serupa, yaitu 53,8 % (63 pasien) berusia lebih dari 55 tahun [24]. Teori yang paling kuat mengenai hubungan antara usia dan kejadian kanker ovarium jenis epitelial adalah teori hipotesis *incessant ovulation*. Dengan berulangnya ovulasi, trauma epitel permukaan ovarium meningkat. Tingginya frekuensi metaplasia dan konversi neoplasma pada daerah invaginasi fragmen epitel permukaan ovarium dan badan inklusi terjadi dalam kondisi ini. Hal disebabkan oleh lingkungan stromal yang kaya dengan faktor pertumbuhan atau pajanan hormon yang berlebihan. Permukaan epitelial ovarium yang terjebak di korteks ovarium dapat dianggap sebagai proses neoplastik tempat berkembangnya kanker epitelial ovarium [15].

Distribusi status menopause didominasi oleh kelompok pascamenopause, yaitu 22 pasien (73,33%). Distribusi status menopause ini sejalan dengan penelitian di beberapa negara yang menunjukkan mayoritas pasien kanker ovarium tipe epitel termasuk kelompok pascamenopause (66,5%), yaitu di Istanbul-Turki dan di Korea Selatan (80%) [25,26]. Menurut penelitian, kanker ovarium umumnya dijumpai pada usia pascamenopause dengan penyebab belum jelas. Namun, hal ini tampaknya masih dikaitkan dengan patofisiologi kanker ovarium terkait insiden yang lebih banyak pada usia tua [8].

Distribusi sub tipe histopatologis dalam penelitian ini didominasi oleh sub tipe serous (63,33%), sedangkan sub tipe lainnya lebih sedikit, yaitu sub tipe endometrioid (26,67%) dan sub tipe mucinous (10%). Sementara itu, tiga sub tipe lainnya, yaitu clear cell, seromucinous, dan brenner tidak ditemukan. Distribusi sub tipe ini sejalan dengan Ariningtyas (2018) di Surabaya, yang menyatakan bahwa sub tipe histologis tumor ovarium terbanyak adalah serous carcinoma (25%–35%), diikuti endometrioid carcinoma (15%–30%) dan mucinous carcinoma (5%–10%), serta selebihnya tersebar pada sub tipe lainnya (serous borderline, mucinous borderline, clear cell carcinoma, dan undifferentiated germ cell) dengan persentase yang lebih kecil [27]. Penelitian ini juga serupa dengan penelitian di Slovenia, yang menyatakan bahwa sub tipe serous mendominasi sampel (84,2%), sedangkan sub tipe endometrioid (15,8%) dan sub tipe lainnya tidak ditemukan [28]. Begitu juga pada penelitian di Boston-Amerika Serikat didominasi pada sub tipe serous (63,8%) [29]. Tumor serosa atau neoplasma kistik ini adalah tumor ganas ovarium yang

paling umum dan menyumbang sekitar 40% dari seluruh kanker ovarium. Terlepas dari istilah serosa yang menggambarkan cairan kista, istilah ini bersinonim dengan “epitel yang menyerupai tuba” pada tumor ini. Istilah tersebut dikaitkan dengan patologi kanker ovarium pada sub tipe serosa. Ia berasal dari kista inkusi serosa di dalam ovarium atau dari lesi in situ pada fimbriae tuba fallopi, yang disebut serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC). Lesi ini merupakan area atipikal epitel yang ditemukan di tuba fallopi [20].

3 Kesimpulan

Pada penelitian ini didapatkan stadium kanker ovarium tipe epitel memiliki distribusi yang lebih banyak pada kelompok stadium III, dengan persentase sebesar 50%. Distribusi usia didominasi pada kelompok 41-60 tahun (56,67%) dan status menopause mayoritas pada kelompok pascamenopause (73,33%). Sementara itu, sub tipe histopatologis dalam penelitian ini didominasi oleh sub tipe serous (63,33%).

4 Deklarasi/Pernyataan

5.1 Kontribusi Penulis

Penulis 1: sebagai penulis utama dalam penelitian ini, baik penulisan, pengambilan data, pengolahan data, dan pelaporan data.

Penulis 2: sebagai peninjau dan pemberi masukan, terutama dalam hal penulisan, metodologi, dan proses penelitian hingga pelaporan.

Penulis 3: sebagai peninjau dan pemberi masukan, terutama mengenai teori dalam penelitian ini serta mendukung proses pelengkapan data yang diperlukan.

5.2 Etik

Nomor SK Etik: 239/KEPK-AWS/X/2023

Lembaga: RSUD Abdoel Wahab
Sjahranie Samarinda

5.3 Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak adanya konflik kepentingan, finansial, atau lainnya.

5 Daftar Pustaka

1. Zhang Y, Luo G, Li M, Guo P, Xiao Y, Ji H, et al. Global patterns and trends in ovarian cancer incidence: Age, period and birth cohort analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1–14.
2. Globocan. The Global Cancer Observatory: All Cancer [Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2020 [cited 2023 Aug 30]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/25-Ovary-factsheet.pdf>
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209–49.
4. Ali AT. Towards prevention of ovarian cancer. *Curr Cancer Drug Targets* [Internet]. 2018;(18):522–37. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/ccdt/2018/00000018/0000006/art00004>
5. Charkhchi P, Cybulski C, Gronwald J, Wong FO, Narod SA, Akbari MR. Ca125 and ovarian cancer: A comprehensive review. *Cancers (Basel)*. 2020;12(12):1–29.
6. Harsono AB. Kanker Ovarium: “The Silent Killer.” *Indones J Obstet Gynecol Sci*. 2020;3(1):1–6.
7. Batool A, Rathore Z, Jahangir F, Javeed S, Nasir S, Chughtai AS. Histopathological Spectrum of Ovarian Neoplasms: A Single-Center Study. *Cureus*. 2022;14(November 2020).
8. Gea IT, Loho MF, Wagey FW. Gambaran jenis kanker ovarium di RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou Manado. *E-Clinic*. 2016;4:2–6.
9. Gaitskell K, Green J, Pirie K, Barnes I, Hermon C, Reeves GK, et al. Histological subtypes of ovarian cancer associated with parity and breastfeeding in the prospective Million Women Study. *Int J Cancer*. 2018;142(2):281–9.
10. Ruiz MP, Morales-Ramirez PB, Dziadek OL, Algren SD. Epithelial ovarian cancer and type of peritoneal insult: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016;205:170–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.494>
11. Lahmuddin T, Maulani H, Musa Z, Saleh I. Korelasi Antara Overekspresi p53 Dengan Derajat Histopatologi Dan Stadium Klinis Karsinoma Ovarium. 2015;2(3):267–75.
12. Assidi M. High N-Cadherin Protein Expression in Ovarian Cancer Predicts Poor Survival and Triggers Cell Invasion. *Front Oncol*. 2022;12(April):1–10.
13. Menon U, Karpinskyj C, Gentry-Maharaj A. Ovarian Cancer Prevention and Screening. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):909–27.
14. Reza H, Andriani NA, Suwantari SA. Karakteristik Klinis Dan Histopatologi Kanker Ovarium Epitelial Yang Menjalani Operasi Di RSUP Dr. Sardjito. 2022;13(4):397–402.

15. Nababan EHF, Sihotang J, Sasputra IN, Damanik EMB. Faktor Risiko Kanker Ovarium Jenis Epitelial di RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kota Kupang Nusa Tenggara Timur Tahun 2016-2019 Tahun 2016-2019. *Cendana Med J*. 2021;9(2).
16. Prajatmo H, Siswishanto R, Prawitasari S. Hubungan Kadar CA-125 Praoperatif terhadap Prognosis Survival Penderita Kanker Ovarium Epitelial di RSUP Dr. Sardjito. *J Kesehat Reproduksi*. 2018;5(1):15–23.
17. Agusweni T, Dewi YI, Erwin E. Gambaran Faktor Risiko Insiden Kanker Ovarium Di Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau. *J Ners Indones*. 2020;11(1):36.
18. Noela F, Nuryanto KH. Epidemiology Data of Ovarian Cancer in Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta. *Indones J Obstet Gynecol*. 2016;4(2):101.
19. Abdulaziz G, Welc NA, Gąsiorowska E, Nowak-Markwitz E. Assessment of gynecological and lifestyle-related risk factors of ovarian cancer. *Prz Menopauzalny*. 2021;20(4):184–92.
20. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease. 10th ed. Turner JR, editor. Philadelphia: Elsevier; 2021. 1377 p.
21. Ferrell B, Smith S, Cullinane C, Melancon C. Symptom concerns of women with ovarian cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(6):528–38.
22. Williams P, Rebeiz MC, Hojeij L, McCall SJ. Help-seeking behaviour in women diagnosed with gynaecological cancer: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2022;72(725):E849–56.
23. Aziz MF. Gynecological cancer in Indonesia. *J Gynecol Oncol*. 2009;20(1):8–10.
24. Li Z, Yin H, Ren M, Shen Y. Prognostic significance of CA125 dynamic change for progression free survival in patients with epithelial ovarian carcinoma. *Med Sci Monit*. 2020;26:1–8.
25. Kim B, Park Y, Kim B, Ahn HJ, Lee KA, Chung JE, et al. Diagnostic performance of CA 125, HE4, and risk of Ovarian Malignancy Algorithm for ovarian cancer. *J Clin Lab Anal*. 2019;33(1):1–8.
26. Ay S, Ozyukseler DT, Dulgar O, Basak M, Yildirim ME, Gumus M. Initial Ca 125 Value as a Predictive Marker for High-grade Serous Ovarian Cancer. *J Coll Physicians Surg Pakistan* [Internet]. 2021;33(12). Available from: <https://jcpsp.pk/article-detail/initial-ca-125-value-as-a-predictive-marker-for-highgrade-serous-ovarian-cancer>
27. Ariningtyas ND. CA 125 dan Pemakaian Klinis Dalam Penatalaksanaan Kanker Ovarium. *Qanun Med - Med J Fac Med Muhammadiyah Surabaya*. 2018;2(2):73–82.
28. Merlo S, Besic N, Drmota E, Kovacevic N. Preoperative serum CA-125 level as a predictor for the extent of cytoreduction in patients with advanced stage epithelial ovarian cancer. *Radiol Oncol*. 2021;55(3):341–6.
29. Shafrir AL, Babic A, Tamimi RM, Rosner BA, Tworoger SS, Terry KL. Reproductive and hormonal factors in relation to survival and platinum resistance among ovarian cancer cases. *Br J Cancer* [Internet]. 2016;115(11):1391–9.

Available from:
<http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2016.316>

6 Saran Reviewer

Tidak ada, menyesuaikan saja