

**WANITA 28 TAHUN DENGAN HYPERPROLACTINEMIA DAN
HUBUNGAN TERHADAP POLICYSTIC
OVARY SYNDROME****Ely Malihah^{1*}, Diana Novitasari², Akbar Nasution³, Mietha Apriyanti⁴**¹⁻⁴Fakultas Kedokteran, Universitas Tarumanagara

Email Korespondensi: Elymalihah75@gmail.com

Disubmit: 16 Oktober 2023

Diterima: 09 November 2023

Diterbitkan: 01 Desember 2023

Doi: <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i12.12651>**ABSTRACT**

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a collection of symptoms characterized by 3 (three) characteristics namely, increased androgen levels (hyperandrogenism), menstrual cycle irregularities, and small cysts on one or both ovaries. PCOS is the most common hormonal disorder affecting women of childbearing age. Hyperinsulinemia and insulin resistance are often associated with PCOS and become the main pathophysiology of this disease, where insulin functions to help regulate ovarian function by functioning as a gonadotropin that will facilitate the secretion of androgen hormones from the adrenal glands and modulate the secretion of Luteinizing Hormone (LH) pulsatilely. There are various signs and symptoms of PCOS, including enlarged ovaries with many small cysts inside, irregular menstrual cycles, low back pain, hirsutism, alopecia, acne, acanthosis nigricans, skin tags. Laboratory investigations are needed to exclude other differential diagnoses as well as to see the levels of circulating androgen hormones in the blood. These include total and free testosterone, thyroid-stimulating hormone, prolactin, 17-hydroxyprogesterone, 2-hour post-prandial oral glucose tolerance test, fasting blood glucose, and lipid profile. After bromocriptine treatment, her prolactin levels decreased. The association of PCOS and hyperprolactinemia should be taken into account in cases of PCOS.

Keywords: PCOS, Hyperandrogenism, Hyperprolactinemia, Insulin Resistance

ABSTRAK

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) adalah kumpulan gejala yang dicirikan dengan 3 (tiga) karakteristik yaitu, peningkatan kadar androgen (hiperandrogenisme), irregularitas siklus menstruasi, dan kista kecil pada satu atau kedua ovarium. PCOS merupakan gangguan hormonal tersering yang menyerang Wanita Usia Subur (WUS). Hiperinsulinemia dan resistensi insulin sering dihubungkan dengan PCOS dan menjadi patofisiologi utama terjadinya penyakit ini, dimana insulin berfungsi untuk membantu regulasi fungsi ovarium dengan berfungsi sebagai gonadotropin yang akan memfasilitasi sekresi hormon androgen dari kelenjar adrenal dan memodulasi sekresi Luteinizing Hormone (LH) secara pulsatil. Terdapat berbagai macam tanda dan gejala PCOS, diantaranya adalah, pembesaran ovarium dengan banyak kista kecil didalamnya, siklus menstruasi yang tidak teratur, nyeri pinggang, hirsutisme, alopecia, acne, akantosis nigricans, skin tags. Pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk mengeksklusi

diagnosis banding yang lain serta melihat kadar hormon androgen yang bersirkulasi dalam darah. Pemeriksaan meliputi kadar testosterone total dan testosterone bebas, kadar Thyroid-Stimulating Hormone, prolaktin, 17-Hidroksiprogesterone, tes toleransi glukosa oral 2 jam post prandial, glukosa darah puasa, serta profil lipid. Setelah pengobatan bromokriptin, kadar prolaktinnya menurun. Hubungan PCOS dan hyperprolactinemia harus diperhitungkan pada kasus PCOS.

Kata Kunci: PCOS, Hiperandrogenisme, Hyperprolactinemia, Resisten Insulin

PENDAHULUAN

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) adalah kumpulan gejala yang dicirikan dengan 3 (tiga) karakteristik yaitu, peningkatan kadar androgen (hiperandrogenisme), irregularitas siklus menstruasi, dan kista kecil pada satu atau kedua ovarium.¹ PCOS merupakan gangguan hormonal tersering yang menyerang Wanita Usia Subur (WUS).² Prevalensi lebih tinggi ditemukan pada individu dengan relasi derajat satu yang mengalami PCOS, obesitas prepubertas, dan penggunaan asam valproat. Prevalensi lebih tinggi juga ditemukan pada ras Meksiko-Amerika dibandingkan ras putih non-hispanik dan afrika amerika.³ Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk memaparkan suatu kasus yaitu wanita 28 Tahun dengan Hyperprolactinemia dan Polycystic Ovary Syndrome serta Hubungan Terhadap Pituitary Adenoma

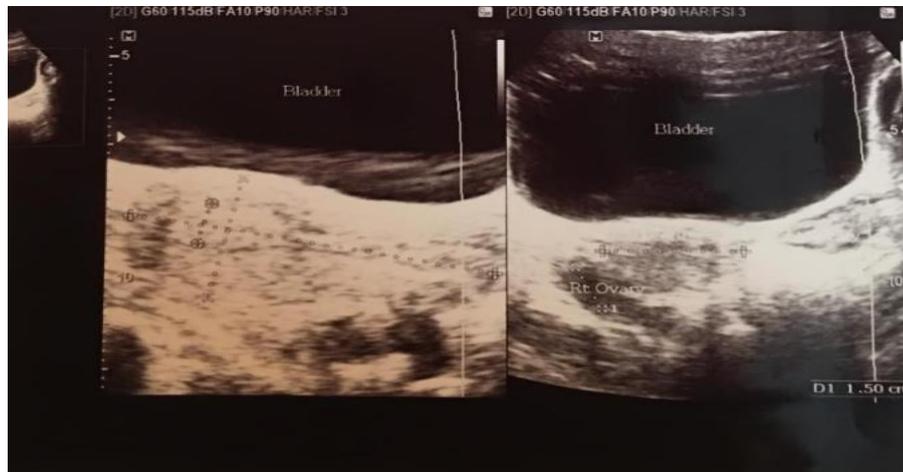
Pasien datang dengan keluhan jadwal menstruasi tidak teratur sejak akhir tahun 2021, tidak ada nyeri pada perut sebelum, saat dan sesudah menstruasi. Pasien mengeluh sering nyeri kepala unilateral sejak 1 tahun yang lalu, nyeri kepala dirasakan berdenyut, tidak menjalar dan kadang timbul secara tiba-tiba. Nyeri bahu, tengkuk, dan badan juga dikeluhkan oleh pasien sejak kurang lebih 1 tahun lalu, nyeri dirasakan seperti kaku dan pegal-pegal, dengan skala

nyeri 4, dan tidak menjalar. Tidak ada hal yang memperingan ataupun memperberat keluhan. Selain itu, pasien juga mengeluhkan pertumbuhan rambut-rambut halus pada badannya, dan rambut kepala yang rontok. Keluhan lain seperti mual, muntah, demam disangkal. Pasien pernah mengalami amenorrhea selama 3 bulan pada tahun 2013, keluhan tersebut disertai munculnya acne diseluruh wajah, rambut rontok dan kulit berminyak. Keluhan tidak membaik dengan pengobatan cycloprogynova, sehingga dilakukan pemeriksaan laboratorium hematologi rutin dan endokrinologi. Hasil laboratorium pasien menunjukkan kadar prolactin 38.90 ng/mL, LH 26.05 mIU/mL, FSH 4.30 mIU/mL, estradiol 40.60 pg/mL. Pasien pada saat itu didiagnosa adenoma kelenjar pituitari, dikarenakan tingginya kadar prolactin dan diberi tatalaksana farmakologi, namun diberhentikan oleh pasien karena efek samping bromokriptin yang berat.

Pada tahun 2014 hingga 2016, pasien mengalami oligomenorrhea dan siklus menstruasi menjadi lebih panjang yaitu 35-50 hari, dan selanjutnya mengalami amenorrhea kembali dan berobat ke spesialis Obgyn dan Ginekologi, dan didiagnosis dengan PCOS. Setelah ditatalaksana, pasien mengalami perbaikan secara signifikan, jadwal menstruasi teratur, acne wajah

membalik, dan minyak pada wajah berkurang. Pasien melakukan USG pada tahun 2016, terlihat

penebalan dinding rahim, terdapat folikel-folikel sel telur kecil dan satu sel telur matang.



Gambar 1: Dinding Rahim Menunjukkan Penebalan, Terdapat Folikel-Folikel Sel Telur Kecil, Tetapi Didapati Juga Satu Sel Telur Yang Matang.

Pada tahun 2017 hingga 2023, pasien kembali mengalami keluhan yang sama, karena berhenti mengonsumsi obat yang diberikan oleh dokter, disertai dengan GERD. Siklus menstruasi menjadi lebih panjang yaitu 38-60 hari, dan hanya menstruasi 8 hingga 9 kali dalam 1 tahun. Gejala seperti hirsutisme dan rambut kepala rontok menetap. Pada tahun 2021, pasien didiagnosis female pattern hair loss et causa hormone imbalance, dan dirujuk kembali ke spesialis Obgyn dan Ginekologi. Setelah berobat, didapatkan bahwa peningkatan

prolaktin disebabkan oleh obat Sulpiride pada pengobatan GERD selama 7 bulan. Pada pemeriksaan laboratorium, ditemukan kadar prolactin mengalami kenaikan, menjadi 128.70 ng/mL, estradiol 28.95 pg/mL, Anti-Mullerian Hormone 19,27 ng/mL. Setelah kontrol, didapatkan kembali penurunan estradiol yang signifikan dan tidak membaik dengan tatalaksana farmakologi. Pada tahun 2021, pasien melakukan pemeriksaan USG kembali, didapatkan polycystic pada ovarium kanan dan kiri, dan penipisan dinding rahim.



Gambar 2: Terlihat Polycystic Pada Ovarium Kanan Dan Kiri, Dan Penipisan Dinding Rahim.

Pada tahun 2023, pasien berkonsultasi dengan dokter Sp.PD Konsultan Endokrin dan Metabolisme. Pada saat pemeriksaan laboratorium, ditemukan HbA_{1c} menurun ke 5.6% setelah beberapa bulan diet. AMH masih 5.4 termasuk ke kategori hiper-responder. Angka serum prolactin menurun dari 128.7 ng/mL ke 35.7 ng/mL. Pasien kemudian diberikan Diane-35 dan metformin 500 mg 1x1.

METODOLOGI PENELITIAN

Subjek penelitian adalah seorang wanita berusia 28 tahun dengan hasil tes darah yang menunjukkan adanya hyperprolactinemia. Pasien telah mengalami gangguan menstruasi, jerawat, obesitas, dan peningkatan pertumbuhan rambut tubuh.

Prosedur

1. Pengumpulan Data: Data demografi, riwayat medis, dan gejala pasien akan dikumpulkan.
2. Pemeriksaan Fisik: Pemeriksaan fisik akan dilakukan untuk mengidentifikasi tanda-tanda fisik yang berkaitan dengan PCOS.
3. Pemeriksaan Laboratorium: Tes darah tambahan akan dilakukan untuk mengukur kadar hormon lainnya, seperti hormon luteinizing (LH) dan hormon folikel-stimulasi (FSH), serta glukosa darah puasa.

PEMBAHASAN

Prevalensi lebih tinggi ditemukan pada individu dengan relasi derajat satu yang mengalami PCOS, obesitas prepubertas, dan penggunaan asam valproat. Prevalensi lebih tinggi juga ditemukan pada ras Meksiko-Amerika dibandingkan ras putih non-hispanik dan afrika amerika.³

4. Pemeriksaan USG Transvaginal: USG transvaginal akan dilakukan untuk mengevaluasi kondisi ovarium dan mengidentifikasi kemungkinan polikistik.
5. Analisis Data: Data akan dianalisis untuk menentukan hubungan antara hyperprolactinemia dan PCOS pada pasien ini.

HASIL PENELITIAN

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) adalah kumpulan gejala yang dicirikan dengan 3 (tiga) karakteristik yaitu, peningkatan kadar androgen (hiperandrogenisme), irregularitas siklus menstruasi, dan kista kecil pada satu atau kedua ovarium.¹ PCOS merupakan gangguan hormonal tersering yang menyerang Wanita Usia Subur (WUS). Berdasarkan kriteria diagnosis, diperkirakan 6-20% WUS terkena penyakit ini² dimana gejala akan muncul mulai usia pubertas awal. Penyakit ini merupakan diagnosis eksklusif, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan menyeluruh untuk mengeksklusi penyakit yang memiliki gejala yang mirip dengan PCOS, seperti penyakit tiroid, hiperprolaktinemia, dan hiperplasia adrenal kongenital.⁴ Pasien berusia 28 dan masih termasuk ke dalam WUS, pasien mengalami gangguan menstruasi sejak berusia 19 tahun.

PCOS merupakan penyakit yang disebabkan oleh interaksi antara genetik dan lingkungan, dimana interaksi kedua faktor ini akan mempengaruhi keberagaman gejala klinis dan fenotip yang akan muncul pada pasien. Terdapat empat fenotip pada PCOS, yaitu PCOS lengkap (hiperandrogen, oligomenorrhea, dan polikistik ovarium), hiperandrogen

dan disfungsi ovulasi, oligomenorrhea dan polikistik ovarium. Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi berupa obesitas, resistensi insulin, infeksi, diet yang buruk dan kurangnya aktivitas fisik.^{1,5} (Kurniati, 2022). Pasien tidak mengalami obesitas, namun sejak kecil pasien memiliki pola hidup yang kurang sehat. Pasien menyukai minuman manis sejak tahun 2011 (teh/kopi manis). Semakin lama toleransi rasa manis pasien meningkat dan mengonsumsi minuman manis lebih banyak secara tidak sadar. Ada periode dimana pasien memiliki pola hidup yang tidak baik (lembur) dan sering makan makanan cepat saji & kopi/teh manis. Hal ini dapat menyebabkan risiko terjadinya resistensi insulin yang dialami oleh pasien.

Hiperinsulinemia dan resistensi insulin sering dihubungkan dengan PCOS dan menjadi patofisiologi utama terjadinya penyakit ini, dimana insulin berfungsi untuk membantu regulasi fungsi ovarium dengan berfungsi sebagai gonadotropin yang akan memfasilitasi sekresi hormon androgen dari kelenjar adrenal dan memodulasi sekresi Luteinizing Hormone (LH) secara pulsatil.⁶ Selain resistensi insulin, hiperandrogenisme juga menyebabkan gangguan ovulasi. Pada PCOS, terdapat gangguan keseimbangan antara androgen, hormon anti-mullerian (AMH, berfungsi untuk menghambat perubahan sel primordial menjadi folikel primer) dan follicle Stimulating Hormone (FSH), serta adanya peningkatan LH. Peningkatan hormon LH membuat sel Theca memproduksi hormon Androgen yang berlebih, tetapi karena kadar FSH yang rendah menyebabkan sel folikel tidak dapat mengalami maturasi sehingga terjadi anovulasi. Oleh karena gangguan maturasi ini pula

terdapat gambaran polikistik pada pemeriksaan USG.⁷

Terdapat berbagai macam tanda dan gejala PCOS, diantaranya adalah, pembesaran ovarium dengan banyak kista kecil didalamnya, siklus menstruasi yang tidak teratur, nyeri pinggang, hirsutisme, alopecia, acne, akantosis nigricans, skin tags. Dari sekian banyak gejala yang ada, gangguan siklus menstruasi, tanda peningkatan hormon androgen (hirsutisme, alopecia, dan acne) dan polikistik ovarium menjadi gejala dan tanda yang paling sering muncul dan menjadi kriteria diagnosis. Pasien juga dapat mengalami peningkatan berat badan dan indeks massa tubuh (IMT) akibat penambahan adiposit visceral dan abdominal serta adanya gejala klasik diabetes melitus (polidipsi, polifagia dan poliuria serta penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya). Gangguan siklus menstruasi yang terjadi dapat berupa oligomenorrhea atau amenorrhea yang menyebabkan keluhan infertilitas pada pasien yang mengalami PCOS.⁵ Pada pasien terjadi gejala berupa siklus menstruasi yang tidak teratur, hirsutisme, penurunan berat badan, muncul juga akne pada wajah, serta rambut kepala yang rontok.

Pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk mengeksklusi diagnosis banding yang lain serta melihat kadar hormon androgen yang bersirkulasi dalam darah. Pemeriksaan meliputi kadar testosterone total dan testosterone bebas, kadar Thyroid-Stimulating Hormone, prolaktin, 17-Hidroksiprogesterone, tes toleransi glukosa oral 2 jam post prandial, glukosa darah puasa, serta profil lipid. Pemeriksaan kadar hormon gonadotropin dapat menentukan penyebab utama amenorrhea.⁸ Pada pasien terjadi hyperprolactinemia, peningkatan kadar AMH, peningkatan LH, peningkatan HbA1c.

Pemeriksaan Ultrasound (USG) digunakan untuk melihat morfologi ovarium serta mengidentifikasi apakah terdapat kelainan pada endometrium atau tidak. pada USG pasien PCOS dapat ditemukan volume ovarium >10 cm³ dan jumlah folikel >12 dengan masing-masing folikel berukuran 2-9 mm dan didapatkan gambaran seperti roda pedate.⁹⁻¹⁰

Terapi PCOS dibagi menjadi terapi non-farmakologi dan farmakologi. Untuk terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan berupa modifikasi gaya hidup sehat dan penurunan berat badan. Penurunan berat badan membantu dalam menurunkan kadar androgen, LH, dan insulin serta membantu mengatur ovulasi sehingga potensi untuk terjadinya kehamilan dapat meningkat.¹

Untuk menurunkan kadar androgen, pemberian kontrasepsi oral (Cyproterone, Chlormadinone, Drospirenon, dan Progesterin) merupakan terapi lini pertama. Pemberian diberikan selama enam bulan untuk menimbulkan respon pada rambut dan apabila tidak memberikan respon, pemberian antiandrogen dapat ditambahkan. Kontrasepsi oral kombinasi juga dapat diberikan apabila pasien juga tidak ingin hamil, dimana kontrasepsi oral kombinasi bekerja dengan menekan LH yang akan menurunkan sintesis androgen.

Selain itu, kontrasepsi oral kombinasi juga bekerja dengan meningkatkan produksi SHBG di hepar, menurunkan sekresi androgen serta menghambat konversi perifer testosteron menjadi dihidrotestosteron dan menempel pada reseptor dihidrotestosteron. Spironolakton, antagonis aldosteron juga dapat menurunkan kadar androgen dengan terikat langsung dengan reseptor aldosteron sebagai antagonis serta menghambat steroidogenesis adrenal dan ovarium,

menghambat aktivitas enzim 5- α -reduktase dan bersaing dengan androgen untuk berikatan pada reseptor androgen di folikel rambut. Dosis 25-200 mg per hari dalam 1-2 dosis terbagi.

Pada pasien, diberikan terapi berupa bromocriptine pada awal terapi. Diane-35, Metformin 500 mg 1x sehari, Suplementasi Vit D 3, dan mengubah pola hidup dengan mengonsumsi makanan yang baik dan menghindari makanan yang manis serta berolahraga teratur.

Dalam mengatasi gangguan menstruasi, pemberian progestin siklik atau kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah dapat membantu proliferasi endometrium. Penggunaan kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah lebih direkomendasikan karena dapat memperbaiki regularitas siklus menstruasi lebih baik dibandingkan dengan progestin. Penurunan berat badan juga akan membantu menurunkan kadar androgen. Gejala infertilitas yang dirasakan oleh pasien dapat diatasi dengan penggunaan clomiphene citrat, aromatase inhibitor, serta induksi ovulasi dengan menggunakan gonadotropin dan laparoscopic ovarian drilling (LOD).

Clomiphene citrat merupakan terapi farmakologi lini pertama untuk menginduksi ovulasi pada wanita dengan PCOS yang bekerja sebagai antiestrogen.

Aktivitas antiestrogennya bekerja di daerah hipotalamus dengan menginduksi perubahan frekuensi pengeluaran GnRH yang akan meningkatkan pelepasan FSH dari kelenjar pituitari. Dosis awal clomiphene dimulai dari 50 mg per hari selama 5 hari, jika ovulasi tidak terinduksi maka diperlukan peningkatan dosis menjadi 50 mg sampai dosis maksimal 150 mg per hari. Aromatase inhibitor mencegah konversi testosteron dan androstenedion menjadi estradiol dan estrone. Penurunan konversi ini

akan melepaskan hipotalamus dari feedback negatif sehingga FSH dapat mengalami peningkatan. Aromatase inhibitor yang paling sering digunakan adalah Letrozole, dengan dosis awal 2,5-7,5 mg per hari selama 5 hari dimulai saat hari ketiga siklus menstruasi. Gonadotropin juga dapat diberikan untuk merangsang pembentukan FSH.11 (Itisho,. 2022)

Komplikasi PCOS dibagi menjadi komplikasi dini dan lanjut. pada komplikasi dini, dapat terjadi infertilitas dan gangguan kehamilan (diabetes gestasional, abortus, hipertensi, pre-eklampsia) sedangkan komplikasi lanjutan yang dapat terjadi berupa komplikasi metabolik (hipertensi, dislipidemia, diabetes melitus), ca endometrium, dan gangguan psikologis seperti depresi dan ansietas (Aulia, 2022).

KESIMPULAN

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) adalah kumpulan gejala yang dicirikan dengan 3 (tiga) karakteristik yaitu, peningkatan kadar androgen (hiperandrogenisme), irregularitas siklus menstruasi, dan kista kecil pada satu atau kedua ovarium. Pada kasus, terjadi hyperprolactinemia yang kemungkinan disebabkan oleh gangguan berupa adenoma pada pituitary yang menyebabkan gangguan hormonal sehingga menyebabkan PCOS pada pasien. Hal ini cukup jarang terjadi. Pasien kemudian direncanakan akan dilakukan pemeriksaan MRI untuk memastikan apakah terdapat adenoma pada pituitary sehingga menyebabkan kondisi seperti ini.

DAFTAR PUSTAKA

Abrams E. Hormonal Imbalance And Hormone Regulated Issues. J Mol Pathophysiol. 2021;10(8).
Majid S, Wani H, Khan A.

Therapeutic Effects Of Nigella Sativa On Hormonal Dysfunctions. Researchgate. 2021;1(9):217-34.

Aulia, D. L. N., Risqi Utami, S. S. T., & Anjani, A. D. (2022). *Komplikasi Pada Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Bayi Baru Lahir (Dilengkapi Latihan Soal Uji Kompetensi)*. Cv Pena Persada.

Fitria, S. (2016). Pengaruh Sindrom Polikistik Ovarium Terhadap Peningkatan Faktor Risiko Infertilitas. *Medical Journal Of Lampung University*, 5(2).

Harper-Harrison G, Shanahan M. Hormone Replacement Therapy. Nih. 2022.

l'tishom, R., & Pramesti, M. D. (2020). *Biologi Reproduksi Pria*. Airlangga University Press.

Khan R, Jiang X, Hameed U. Role Of Lipid Metabolism And Signaling In Mammalian Oocyte Maturation, Quality, And Acquisition Of Competence. Researchgate. 2021

Kurniati, M. (2021). *Peran Aspek Genetik Sopk*. Gracias Logis Kreatif.

Laven J. The Genetics Of Polycystic Ovary Syndrome: An Overview Of Candidate Gene Systematic Reviews And Genome-Wide Association Studies. Researchgate. 2019;8(10):1606.

Lee Tt, Rausch Me. Polycystic Ovarian Syndrome: Role Of Imaging In Diagnosis. Radiographics. 2012;32(6):1643-57.

Lividas S. Polycystic Ovary Syndrome: Definitions, Phenotypes And Diagnostic Approach. Researchgate. 2013.

Majid S, Wani H, Khan A. Therapeutic Effects Of Nigella Sativa On Hormonal Dysfunctions. Researchgate. 2021;1(9):217-34.

Mareta, R., Amran, R., & Larasati, V.

- (2018). Hubungan Polycystic Ovary Syndrome (Pcos) Dengan Infertilitas Di Praktik Swasta Dokter Obstetriginekologi Palembang. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*, 50(2), 85-91.
- Nurwati, I., & Ak, S. (2023). *Akupunktur Pada Infertilitas Wanita*. Cv. Mitra Cendekia Media.
- Pertiwi, D. Y. P. (2018). *Aplikasi Akupresur Pada Ny. N Dengan Ketidakefektifan Pemberian Asi Di Dusun Blanten Dukun Magelang* (Doctoral Dissertation, Skripsi, Universitas Muhammadiyah Magelang).
- Rasquin L, Anasthasopoulou C. Polycystic Ovarian Disease. Nih. 2022, Lividas S. Polycystic Ovary Syndrome: Definitions, Phenotypes And Diagnostic Approach. Researchgate. 2013.
- Sen K, Gupta P, Talwar G. Intracellular Localization Of Estrogens In Chick Liver: Increase Of The Binding Sites For The Hormone On Repeated Treatment Of The Birds With The Hormone. 1975;6(8):1223-7.
- Sirmans S, Pate K. Epidemiology, Diagnosis, And Management Of Polycystic Ovary Syndrome. Nih. 2014;(6):1-13.
- Uche A, Eaton A, Green M. Polycystic Ovary Syndrome. Pubmed. 2013;38(6):336-8, 348, 355.
- Witchel S, Oberfield S, Pena A. Polycystic Ovary Syndrome: Pathophysiology, Presentation, And Treatment With Emphasis On Adolescent Girls. Pubmed. 2019;3(8):1545-73.
- Wiweko, B., & Mulya, R. (2008). Profil Resistensi Insulin Pada Pasien Sindrom Ovarium Polikistik (Sopk) Di Rs Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Indonesian Journal Of Obstetrics And Gynecology*.