

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kanker adalah pertumbuhan dan penyebaran sel secara tidak terkendali, sering menyerang jaringan sekitar dan dapat bermetastasis atau menyebar ke organ lain (World Health Organization, 2012). Menurut data WHO tahun 2013, insidensi kanker meningkat dari 12,7 juta kasus pada tahun 2008 menjadi 14,1 juta kasus pada tahun 2012. Sedangkan jumlah kematian meningkat dari 7,6 juta orang pada tahun 2008 menjadi 8,2 juta orang pada tahun 2012. Kanker menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskular. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk atau sekitar 330.000 orang (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Karsinoma nasofaring adalah tumor ganas daerah kepala leher yang berasal dari epitel nasofaring (Afifah & Mayangsari, 2014). Karsinoma nasofaring banyak ditemukan pada ras Mongoloid sehingga sering terjadi pada penduduk Cina Selatan, Hongkong, Vietnam, Thailand, Malaysia, Singapura, dan Indonesia. Insidensi karsinoma nasofaring di Cina Selatan menempati kedudukan tertinggi yaitu 50 per 100.000 penduduk per tahun, khususnya provinsi Guang Dong dan daerah Guangxi (Yenita & Asri, 2012). Angka kejadian karsinoma nasofaring di Indonesia adalah 6,5 per 100.000 penduduk dengan mortalitas 3,3 per 100.000 penduduk (*International Agency for Research on Cancer*, 2010).

Di Indonesia, karsinoma nasofaring merupakan tumor ganas daerah kepala dan leher yang terbanyak yaitu hampir 60%, kemudian diikuti oleh karsinoma hidung dan sinus paranasal (18%), laring (16%), dan tumor ganas rongga mulut, tonsil, hipofaring dalam persentase rendah. Berdasarkan data Laboratorium Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, tumor ganas nasofaring berada di urutan ke-5 untuk tumor ganas di seluruh tubuh (Roezin & Adham, 2012).

Penyebab terjadinya karsinoma nasofaring ini bersifat multifaktorial yaitu ras dimana karsinoma nasofaring lebih sering ditemukan pada ras Mongoloid dibandingkan ras lainnya, genetik yaitu HLA-A2-Bw46 dan B-17 dapat meningkatkan risiko terjadinya karsinoma nasofaring, diet sering konsumsi ikan asin dan makanan yang diawetkan, virus Eipsten-Barr, lingkungan, dan pekerjaan (Ariwibowo, 2013).

Diagnosis dini karsinoma nasofaring sangat menentukan prognosis pasien. Hal ini cukup sulit dilakukan karena gejala awal tidak jelas dan lokasinya yang tersembunyi serta berhubungan dengan banyak daerah penting di dalam tengkorak (Roezin & Adham, 2012). Oleh karena itu, karsinoma nasofaring sering menyebabkan metastasis ke kelenjar limfe leher dan menimbulkan gangguan saraf otak sehingga penderita datang pada stadium lanjut yang menyebabkan tingginya angka kematian (Haryanto et al., 2010).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk meneliti tentang insidensi dan gambaran penderita karsinoma nasofaring di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka identifikasi masalah penelitian ini adalah:

- Berapa prevalensi karsinoma nasofaring di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung pada periode Januari-Desember 2014.
- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan golongan usia di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.
- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan jenis kelamin di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.
- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan pekerjaan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.
- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan keluhan utama di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.

- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan stadium di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.
- Bagaimana gambaran pasien karsinoma nasofaring berdasarkan pemeriksaan histopatologi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui prevalensi dan gambaran pasien karsinoma nasofaring di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung periode Januari-Desember 2014 berdasarkan golongan usia, jenis kelamin, pekerjaan, keluhan utama, stadium, dan pemeriksaan histopatologi.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Akademis**

Menambah pengetahuan di bidang epidemiologi dan melengkapi informasi mengenai prevalensi dan gambaran pasien karsinoma nasofaring.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Memberikan informasi mengenai prevalensi dan gambaran pasien karsinoma nasofaring kepada tenaga medis, paramedis, dan masyarakat, yang diharapkan dapat berkontribusi dalam mencegah terjadinya karsinoma nasofaring.

### **1.5 Landasan Teori**

Karsinoma nasofaring adalah tumor ganas daerah kepala leher yang paling sering ditemukan, bersifat sangat invasif dan sangat mudah bermetastasis

dibanding tumor ganas daerah kepala leher yang lain. (Afifah & Mayangsari, 2014; Firdaus & Prijadi, 2009).

Karsinoma nasofaring sering terjadi pada penduduk Afrika Utara, Cina Selatan, Hongkong, Vietnam, Thailand, Malaysia, Singapura, dan Indonesia. Insidensi karsinoma nasofaring berdasarkan data GLOBOCAN (*Global Burden Cancer*) 2012 adalah 86.691 kasus dengan kematian 50.831 kasus di seluruh dunia. Cina Selatan masih menduduki tempat tertinggi yaitu dengan 2500 kasus baru per tahun untuk propinsi Guang-dong atau prevalensi 39,84 per 100.000 penduduk. Insidensi karsinoma nasofaring di Indonesia adalah 6,5 per 100.000 penduduk dengan mortalitas 3,3 per 100.000 penduduk (*International Agency for Research on Cancer*, 2012; Roezin & Adham, 2012).

Kanker ini dapat diderita oleh pasien berbagai usia dengan insidensi meningkat setelah usia 30 tahun dan mencapai puncak pada umur 40-60 tahun (Yenita & Asri, 2012). Rasio insidensi karsinoma nasofaring pada pria dibanding wanita adalah 2-3:1 (*International Agency for Research on Cancer*, 2012).

Pekerjaan berhubungan dengan faktor risiko lingkungan seperti riwayat kontak dengan karsinogen antara lain *benzopyrene*, *benzoathracene*, formaldehida, gas kimia, asap industri, dan asap kayu dalam jangka waktu lama dapat meningkatkan risiko karsinoma nasofaring (Firdaus & Prijadi, 2009).

Gejala klinik yang paling sering terjadi adalah benjolan leher. Gejala lain yang umumnya dapat ditemukan berupa hidung tersumbat, mimisan, rasa tidak nyaman di telinga, penurunan penglihatan, disfagia, dan nyeri kepala. Metastasis jauh dapat menyebabkan destruksi tulang, lemah badan dan penurunan berat badan (Roezin & Adham, 2012).

Pembagian stadium karsinoma nasofaring menggunakan sistem TNM menurut AJCC (*American Joint Comitee on Cancer*) 2010 yaitu dilihat dari tumor primer, pembesaran KGB regional, dan metastasis jauh. Karsinoma nasofaring terbagi menjadi 4 stadium yaitu I, II, III, IV A, IV B, dan IV C (Afifah & Mayangsari, 2014).

Terdapat 3 tipe karsinoma nasofaring menurut WHO tahun 1978 yaitu *differentiated squamous cell carcinoma* (WHO-I), *non-keratinizing carcinoma*

(WHO-II), dan *undifferentiated carcinoma* (WHO-III) (*American Cancer Society*, 2015). Penggolongan ini penting untuk menentukan derajat suatu penyakit dan jenis terapi yang akan diberikan.

