Tingkat pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini karsinoma sel skuamosa rongga mulut

Gostry Aldica Dohude^{1*}, Rizki Ramaliah²

^{1*}Departemen Bedah Mulut dan Maksilofasial, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Sumatera Utara, Indonesia

*Korespondensi: gostryaldica@gmail.com

Submisi: 25 Mei 2022; Penerimaan: 29 Juni 2022; Publikasi Online: 30 Juni 2022

DOI: [10.24198/pjdrs.v6i2.39540](https://doi.org/10.24198/pjdrs.v6i2.39540)

ABSTRAK

Pendahuluan: Karsinoma sel skuamosa rongga mulut (KSSRM) merupakan neoplasma ganas epitelial yang menunjukkan diferensiasi sel skuamosa ditandai dengan adanya pembentukan keratin. Insidensi kanker mulut masih terus meningkat dan hampir semua penderita kanker mulut ditemukan ketika sudah berada pada stadium lanjut. Salah satu faktor yang dapat menimbulkan keterlambatan diagnosis ini adalah dokter gigi yang kurang teliti dalam pemeriksaan rutin rongga mulut atau tidak memiliki pengetahuan yang cukup mengenai keganasan di rongga mulut. Deteksi dini kanker mulut menjaga kelangsungan hidup pasien dan prognosis menjadi lebih baik. Tujuan penelitian mengetahui tingkat pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini dan diagnosis karsinoma sel skuamosa rongga mulut. **Metode:** Jenis penelitian menggunakan teknik *purposive sampling* dengan menggunakan kuesioner online kepada 106 dokter gigi di Kota Medan. Responden dipilih dengan yaitu responden yang diteliti berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Analisis data yang digunakan distribusi frekuensi. **Hasil:** Sebanyak 56,6% responden memiliki tingkat pengetahuan baik, 41,1% responden memiliki tingkat pengetahuan yang cukup dan 2,7% responden memiliki tingkat pengetahuan kurang/rendah. **Simpulan:** Pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini dan diagnosis KSSRM termasuk dalam kategori baik, namun terdapat beberapa responden yang memiliki pengetahuan cukup hingga kurang.

Kata kunci: OSCC; deteksi dini; pengetahuan; dokter gigi

Knowledge level of dentists about early detection and diagnosis of oral squamous cell carcinoma

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma is an epithelial malignant neoplasm that shows squamous cell differentiation characterized by the formation of keratin. The incidence of oral cancer is still increasing and almost all oral cancer patients are found when they are at an advanced stage. One of the factors that can cause this delay in diagnosis is the dentist who is not careful in routine oral examinations or does not have sufficient knowledge about malignancies in the oral cavity. In fact, if oral cancer is detected early, it will prolong the patient's survival and the prognosis will be better. This study aims to describe the level of knowledge of dentists regarding the early detection and diagnosis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. **Methods:** This study was conducted using an online questionnaire to 106 dentists in the city of Medan. Respondents were selected using a purposive sampling technique, namely respondents who were studied based on predetermined criteria. **Results:** From the results of this research, as many as 56.6% of respondents have a good level of knowledge, 41.1% of respondents who have a sufficient level of knowledge and 2.7% of respondents who have a low level of knowledge. **Conclusions:** Dentists' knowledge of early detection and diagnosis of OSCC is included in the good category, although there are some respondents who have sufficient to less knowledge.

Keywords: Early detection of OSCC; knowledge; dentist

PENDAHULUAN

Kanker rongga mulut merupakan salah satu dari enam jenis kanker yang paling sering ditemukan di dunia.¹ Hampir 90% kanker rongga mulut ialah karsinoma sel skuamosa rongga mulut (KSSRM).^{1,2} Karsinoma sel skuamosa merupakan neoplasma ganas epitelial yang menunjukkan diferensiasi sel skuamosa ditandai dengan adanya pembentukan keratin.^{2,3}

Kasus baru kanker rongga mulut pada tahun 2020 secara global berjumlah 377.713 jiwa.⁴ Berdasarkan data tersebut dilaporkan sebanyak 248.360 kasus atau hampir dua pertiga penderita kanker rongga mulut berasal dari Asia, dengan prevalensi tertinggi berada di Asia Selatan dan Asia Tenggara.^{4,5,6} Prevalensi kanker rongga mulut di Asia Tenggara pada tahun 2020 berjumlah 18.381 kasus.^{3,4} Menurut data dari GLOBOCAN (*Global Cancer Observatory*) tahun 2020, jumlah kasus kanker rongga mulut di Indonesia terdapat 5.780 kasus dan sebanyak 3.087 jiwa diantaranya meninggal.^{4,5} Hal ini berarti lebih dari setengah penderita kanker rongga mulut di Indonesia tidak bisa diselamatkan.

Rongga mulut merupakan area yang mudah diakses untuk *screening* rutin dan pemeriksaan klinis terhadap tanda-tanda malignansi. Perubahan malignansi tersebut seharusnya dapat dengan mudah dideteksi dan didiagnosa pada tahap dini. Sekitar 50% penderita kanker rongga mulut umumnya ditemukan ketika sudah berada pada stadium lanjut dengan gejala yang semakin berkembang dan prognosis menjadi buruk.⁷ Apabila kanker mulut dapat dideteksi lebih dini, akan memperlama kelangsungan hidup pasien dan prognosis menjadi lebih baik.

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan keterlambatan diagnosis ini antara lain dapat berasal dari masyarakat atau dokter gigi itu sendiri. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang masih rendah mengenai kanker mulut merupakan salah satu faktor yang paling signifikan dalam tertundanya diagnosis dan pengobatan kanker mulut. Masyarakat pada umumnya masih memiliki pengetahuan yang rendah tentang faktor resiko kanker dan adanya lesi di rongga mulut yang harus diobati, hal inilah yang menyebabkan masyarakat tidak mau repot datang ke dokter gigi atau lebih memilih pergi ke pengobatan alternatif.⁷ Faktor lain adalah karena dokter gigi kurang teliti pada pemeriksaan rutin rongga mulut

atau mengabaikan tanda-tanda awal keganasan dalam rongga mulut sehingga terlambat untuk menemukan lesi kanker mulut lebih dini.^{7,8}

Abdal *et al*⁸, melaporkan pengetahuan dokter gigi umum mengenai kanker mulut di Ilam, Iran tergolong tidak cukup. Jboor *et al*⁹, juga mengevaluasi pengetahuan, sikap, dan perilaku dokter gigi di Qatar mengenai kanker mulut. Hasilnya sebanyak 66,7% partisipan pada survei awal melaporkan pengetahuan yang *up to date* mengenai kanker mulut, sementara hasil penelitiannya menunjukkan sebanyak 78% dokter gigi yang menjadi responden memiliki pengetahuan yang rendah mengenai gambaran klinis kanker mulut. Bahkan 35% dokter gigi tidak merasa percaya diri dengan kemampuannya dalam melakukan pemeriksaan klinis terkait kanker mulut.⁹ Menurut penelitian Maciel *et al*¹⁰, pengetahuan dokter gigi di Brazil mengenai kanker mulut juga tergolong tidak cukup atau tidak adekuat. Berdasarkan data tersebut, sebanyak 52% responden melaporkan bahwa mereka memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kanker rongga mulut, tetapi pada kenyataannya masih banyak dokter gigi tidak mampu mengenali lesi yang dicurigai sebagai proses keganasan, sehingga diagnosa dini tidak dapat dilakukan.¹⁰ Berbeda dari penelitian sebelumnya, Amjad *et al*¹¹, melaporkan dalam penelitiannya bahwasanya pengetahuan dokter gigi di Pakistan mengenai kanker mulut sudah tergolong cukup.

Pengetahuan dokter gigi yang baik mengenai tanda, gejala, dan gambaran klinis KSSRM sejak tahap awal sangatlah penting untuk mengenal lesi proses keganasan lebih dini. Pengetahuan ini juga harus diikuti dengan kemampuan dokter gigi dalam mendeteksi lesi kanker mulut yang pertama kali yaitu lewat tampilan klinisnya.⁷ Penelitian Hashim *et al*¹², menunjukkan bahwa 254 dokter gigi (84,9%) di Uni Emirat Arab merasa mereka membutuhkan pelatihan lebih lanjut tentang deteksi kanker rongga mulut. Penelitian mengenai kanker mulut di Indonesia masih sedikit, sehingga penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini kanker mulut di Indonesia.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode survei, yaitu menggunakan kuesioner *online* yang dibagikan kepada 106 dokter gigi umum

yang praktik di Kota Medan. Kuesioner diberikan secara *online* untuk meminimalkan kontak pada responden dimasa pandemi COVID-19. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei hingga Juli 2021. Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah dokter gigi umum yang praktik di Kota Medan.

Responden dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu dokter gigi umum yang praktik di Kota Medan dan bersedia menjadi sampel penelitian. Kuesioner yang digunakan berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Jboor et al. dan telah dimodifikasi sesuai dengan variabel penelitian.⁹ Kuesioner yang diberikan telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas menggunakan tipe *Test-retest*, yaitu instrumen dan responden yang diuji berada pada populasi yang sama, namun waktu pemberian instrumen yang berbeda. Uji validitas dilakukan pada tahap awal penelitian dengan menggunakan kuesioner *online* yang diberikan kepada 30 responden sebelum dilakukannya penelitian yang sebenarnya.

Uji validitas pada penelitian ini diukur dengan membandingkan nilai r_{tabel} dengan nilai r_{hitung} . Untuk mengetahui r_{tabel} dapat dilihat dari tabel r uji dua sisi menggunakan *degree of freedom* (df) = 28 dengan taraf *significant alpha* (α) sebesar 5%, maka diperoleh nilai r_{tabel} sebesar 0,361, untuk menentukan nilai r_{hitung} dapat dilihat pada kolom *correct item total correlation* dengan ketentuan jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka pertanyaan tersebut dikatakan valid dan sebaliknya. Semua kuesioner pada penelitian ini dinyatakan valid karena nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$. Suatu kuesioner dinyatakan reliabel jika jawaban responden terhadap pertanyaan adalah konsisten dari waktu ke waktu. Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Cronbach alpha* yaitu, membandingkan nilai r_{tabel} dengan r_{hitung} dimana r_{hitung} adalah nilai *Cronbach alpha*. Keputusan uji bila nilai *Cronbach alpha* $> r_{tabel}$. Suatu instrument penelitian diindikasikan memiliki reliabilitas yang dapat diterima jika *Cronbach's alpha* lebih besar atau sama dengan 0,70 dan semakin tinggi nilai *Cronbach alpha* maka tingkat reliabilitas data semakin baik.

Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan dengan pilihan jawaban berganda yakni a,b, dan c. Setiap pertanyaan yang dijawab benar akan mendapat skor 1 dan skor 0 jika dijawab salah. Tingkat pengetahuan diukur menggunakan skala interpretasi menurut notoatmodjo dan diklasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu; kategori baik, jika skala persentase

76-100% dengan total skor 11-14, kategori cukup, jika skala persentase 56-75% dengan total skor 8-10, dan kategori kurang jika skala persentase di bawah 56% dengan total skor 0-7 dari seluruh jawaban responden.¹³ Alat ukur yang digunakan dalam menghitung besar sampel penelitian ini menggunakan rumus estimasi proporsi dengan derajat kepercayaan 95%, besar proporsi yang ditetapkan adalah 50% (0,5) dan presisi mutlak adalah 10% sehingga besar sampel yang didapatkan berjumlah 106 responden.

Penelitian ini diajukan terlebih dahulu kepada komisi etik Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara untuk mendapatkan persetujuan etik. Setelah mendapat persetujuan dari komisi etik dengan No: 722/KEP/USU/2021 penelitian ini selanjutnya meminta persetujuan kepada subjek berupa *informed consent*. Pengelolaan data dilakukan menggunakan komputerisasi dengan analisis data deskriptif berupa tabel distribusi frekuensi serta hasil interpretasinya.

HASIL

Karakteristik sampel yang diteliti dalam penelitian ini antara lain umur, jenis kelamin, dan tempat praktik dokter gigi umum di Kota Medan.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden

Karakteristik sampel	Frekuensi	Persentase
Usia (tahun)		
27-36 tahun	54	50,9
37-46 tahun	24	22,6
47-56 tahun	22	20,8
57-64 tahun	6	5,7
Total	106	100,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	33	31,1
Perempuan	73	68,9
Total	106	100,0
Tempat praktik		
Rumah sakit dan klinik atau praktik pribadi	14	13,2
Puskesmas dan klinik atau praktik pribadi	10	9,4
Rumah sakit	8	7,5
Puskesmas	11	10,4
Klinik atau praktik pribadi	63	59,4
Total	106	100,0

Berdasarkan hasil penelitian tentang karakteristik usia, diperoleh sampel terbanyak adalah berusia 27-36 tahun yaitu sebanyak 54 orang (50,9%), disusul oleh sampel dengan usia 37-46 tahun sebanyak 24 orang (22,6%), 47-56 tahun sebanyak 22 orang (20,8%), dan 57-64 tahun hanya 6 orang (5,7%). Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, hasil penelitian didapatkan sampel terbanyak adalah perempuan yaitu sebanyak 73 orang (68,9%), sedangkan sampel laki-laki hanya 33 orang (31,1%). (Tabel 1)

Tabel 2. Tingkat pengetahuan responden mengenai deteksi dini dan diagnosis KSSRM

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Baik	60	56,6
Sedang	43	40,6
Buruk	3	2,8
Total	106	100,0

Berdasarkan tempat praktik, hasil penelitian didapatkan tempat praktik sampel terbanyak adalah klinik atau praktik pribadi yaitu sebanyak 63 orang (59,4%), disusul oleh sampel dengan tempat praktik rumah sakit dan klinik atau praktik pribadi sebanyak 14 orang (13,2%), puskesmas sebanyak 11 orang (10,4%), puskesmas dan klinik atau praktik pribadi sebanyak 10 orang (9,4%), dan rumah sakit hanya 8 orang (7,5%) (Tabel 1).

Hasil distribusi tingkat pengetahuan responden tentang faktor risiko karsinoma sel skuamosa rongga mulut dapat dilihat pada tabel 2, yang memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu 60 orang (56,6%), disusul oleh responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang sedang sebanyak 43 orang (40,6%), sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan yang kurang hanya 3 orang (2,8%). Distribusi frekuensi jawaban responden pada lembar kuesioner pengetahuan tentang deteksi dini dan diagnosis karsinoma sel skuamosa rongga mulut dapat dilihat pada tabel 3.

Tingkat pengetahuan dokter gigi yang termasuk kategori baik (76%-100%) meliputi pertanyaan tentang jenis kanker rongga mulut yang paling sering ditemui, kondisi terkait KSSRM, bukan tanda atau gejala KSSRM, lokasi di rongga mulut yang paling sering ditemukan KSSRM, gambaran klinis KSSRM pada tahap lanjut, dan keperluan menanyakan kebiasaan dan gaya hidup pasien saat anamnesis. Tingkat pengetahuan responden yang termasuk

Tabel 3. Distribusi frekuensi jawaban responden pada lembar kuesioner pengetahuan tentang deteksi dini dan diagnosis KSSRM

Pertanyaan	Jawaban			
	Benar		Salah	
	N	%	N	%
Jenis kanker rongga mulut yang paling sering ditemui adalah karsinoma sel skuamosa rongga mulut (KSSRM)	101	95,3	5	4,7
Leukoplakia dan eritroplakia merupakan kondisi yang terkait dengan KSSRM	92	86,8	14	13,2
Pasien kanker mulut pada tahap awal biasanya asimtomatik	31	29,2	75	70,8
Yang termasuk tanda dan gejala KSSRM adalah benjolan abnormal di rongga mulut, perdarahan, nyeri, dan <i>numbness</i>	85	80,2	21	19,8
Lokasi di rongga mulut yang paling sering ditemukan KSSRM adalah lidah	83	78,3	23	21,7
Bagian lidah yang paling sering ditemukan kasus KSSRM adalah bagian ventral-tepi lateral lidah	74	69,8	32	30,2
Gambaran klinis KSSRM yang paling umum adalah ulkus yang tidak kunjung sembuh	62	58,5	44	41,5
Gambaran klinis KSSRM pada tahap lanjut berupa ulkus dengan tepi bergulung, lebih tinggi dari sekitarnya, dan indurasi	97	91,5	9	8,5
Dokter gigi perlu menanyakan kebiasaan dan gaya hidup pasien saat anamnesis	102	96,2	4	3,8
Kasus KSSRM paling sering baru terdiagnosa pada saat stadium lanjut	79	74,5	27	25,5
TBVS (<i>Toluidine blue vital staining</i>) merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dokter gigi pada daerah perifer untuk mendeteksi lesi KSSRM lebih dini	45	42,5	61	57,5
Sitologi eksfoliatif digunakan untuk membantu mendeteksi dan mendiagnosis lesi ganas rongga mulut	57	53,8	49	46,2

kategori cukup (56%-75%) meliputi pertanyaan tentang bagian lidah yang paling sering ditemukan kasus KSSRM, gambaran klinis KSSRM yang paling umum, dan waktu paling sering terdiagnosisnya kasus KSSRM berdasarkan data epidemiologi.

Tingkat pengetahuan responden yang termasuk kategori kurang (<56%) meliputi pertanyaan tentang tanda atau gejala yang umum ditemui pada pasien KSSRM tahap awal, pemeriksaan yang dapat dilakukan dokter gigi pada daerah

perifer untuk mendeteksi lesi KSSRM lebih dini, dan kegunaan sitologi eksfoliatif.

PEMBAHASAN

Karsinoma sel skuamosa rongga mulut merupakan neoplasma ganas rongga mulut yang paling umum ditemui, mewakili lebih dari 90% keganasan di rongga mulut.^{14,15,16,17} Sebanyak 95,3% responden sudah mengetahui hal ini dengan baik dan persentase ini lebih tinggi dari penelitian Jornet et al. (90,6%), Abdal et al⁸ (89,9%), Jboor et al⁹, (84,2%), Alaizari et al¹⁸ (82,81%), dan Ahmed et al¹⁹ (80%).^{7,8,9,18,19} Karsinoma sel skuamosa adalah neoplasma ganas yang berasal dari epitel skuamosa berlapis yang dapat merusak secara lokal dan bermetastasis jauh.^{2,14} Di antara neoplasma ganas yang terjadi di rongga mulut, KSSRM menyumbang 90%-95% dari semua kasus, bertanggung jawab atas 2% kematian di seluruh dunia, dengan tingkat kematian 350 ribu jiwa per tahun.^{10,14} Neoplasma oral lainnya, yang mana berkisar antara 8%-10% adalah limfoma, sarkoma, dan neoplasma kelenjar saliva.¹⁰

Leukoplakia dan eritroplakia merupakan lesi prekanker paling umum yang terkait dengan kanker mulut.^{18,20} Hal ini diketahui dengan baik oleh responden dalam penelitian ini (86,8%), namun penelitian sebelumnya menunjukkan persentase tingkat pengetahuan yang lebih baik yakni penelitian Jornet et al⁷.(95%), Joseph et al¹⁸.(93,2%) dan Alaizari et al²⁰.(87%). Leukoplakia adalah istilah klinis yang digunakan untuk menunjukkan kondisi mukosa yang berwarna lebih putih daripada mukosa normal, sedangkan eritroplakia adalah istilah klinis untuk menggambarkan bercak merah pada mukosa mulut.¹⁴ Meskipun kedua lesi memiliki potensi menjadi ganas, eritroplakia memiliki peluang lebih besar untuk berkembang menjadi kanker mulut.^{8,9} Secara histologi, lebih dari 90% lesi kanker mulut menunjukkan displasia eritroplakia.⁸

Transformasi leukoplakia menjadi karsinoma sel skuamosa rongga mulut adalah sebanyak 5%-15% kasus²¹. Eritroplakia oral tipe homogen harus dianggap sebagai lesi yang jauh lebih mengkhawatirkan daripada leukoplakia karena biasanya asimtomatik dan memiliki insidensi transformasi ke arah premaligna atau maligna yang tinggi.¹⁴ Evaluasi mikroskopis menunjukkan 60%-90% eritroplakia merupakan displasia epitel, karsinoma insitu, ataupun karsinoma sel

skuamosa.^{14,15} Kanker mulut pada tahap awal sering tidak diketahui karena tidak menimbulkan gejala (asimtomatik).¹⁹ Nyeri, di sisi lain, tidak selalu berhubungan dengan presentasi awal kanker mulut.^{19,20} Nyeri lebih banyak dikeluhkan oleh pasien kanker mulut tahap lanjut, yakni pada pasien stadium III dan IV.^{18,20} Hal ini belum diidentifikasi oleh sebagian besar dokter gigi yang menjadi responden dalam penelitian ini (70,8%), sedangkan yang mengetahui hanya 29,2% responden.

Hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan hal yang serupa, yaitu hanya 21% dokter gigi di Qatar yang benar mengidentifikasi bahwa pasien kanker mulut biasanya asimtomatik pada tahap awal.⁹ Gambaran klinis lesi KSSRM pada tahap awal biasanya hanya berupa lesi eritroleukoplakia.²² Lesi KSSRM biasanya tidak menimbulkan rasa sakit saat tahap pra-ulseratif.^{9,22} Nyeri akan berkembang dan menjalar ke daerah sekitarnya begitu ulserasi muncul. Nyeri juga biasanya timbul hanya jika lesi telah mencapai ukuran tertentu.^{14,18} Lesi awal KSSRM biasanya asimtomatik karena masih kecil. Gejala menjadi bervariasi jika lesi tersebut bertambah besar, mulai dari rasa tidak nyaman hingga rasa nyeri yang hebat, terutama pada kasus karsinoma pada lidah.^{18,22}

Benjolan abnormal di rongga mulut, perdarahan, nyeri dan rasa kebas (*numbness*) termasuk ke dalam tanda atau gejala KSSRM, sedangkan mobilitas gigi terkait penyakit periodontal bukanlah salah satu tanda atau gejala KSSRM.^{11,23} Dokter gigi dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik mengenai tanda atau gejala KSSRM (80,2%), sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Amjad et al¹¹, (84,1%). Tanda atau gejala yang mengindikasikan kanker mulut menurut NICE *Guidelines*-UK, diantaranya adalah ulkus yang tidak kunjung sembuh, rasa tidak nyaman atau nyeri yang persisten, lesi berwarna merah atau putih-merah yang menetap, benjolan atau penebalan, kesulitan mengunyah atau menelan, pendarahan abnormal atau rasa kebas pada mulut, kehilangan gigi tanpa alasan yang jelas, kesulitan menggerakkan rahang, kesulitan berbicara, bengkak pada leher, sakit tenggorokan dan sakit telinga pada sisi yang sama.²³

Berdasarkan penelitian ini, sebanyak 78,3% responden mengetahui KSSRM paling umum ditemui pada lidah terutama di bagian ventral dan lateral lidah (69,8%). Persentase ini lebih tinggi daripada penelitian sebelumnya oleh Jboor et al⁹, yang

melaporkan hanya 46,3% dokter gigi di Qatar yang mengidentifikasi bagian ventral dan tepi lateral lidah sebagai lokasi yang paling sering terkena KSSRM. Karsinoma pada batas lateral dan permukaan ventral lidah menyumbang 25% dari seluruh kasus karsinoma sel skuamosa rongga mulut dan 50% dari semua lesi intraoral.¹⁷ Bagian ventral dan lateral lidah dilapisi oleh mukosa yang tidak berkeratin, sehingga memiliki proteksi yang lebih kecil dan lokasinya lebih rentan terkena iritasi kronis.² Sejumlah besar kasus telah diamati dimana kanker lidah berkembang di tempat yang sama persis dengan sumber iritasi kronis seperti karies atau gigi patah atau gigi palsu yang tidak pas.^{2,14}

Gambaran klinis yang paling umum ditemui dari kasus KSSRM adalah ulkus di rongga mulut yang tidak kunjung sembuh.^{15,17} Lebih dari setengah dokter gigi dalam penelitian ini (58,5%) dapat mengidentifikasi hal ini, sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Abdal *et al*⁸ (58,1%). Gambaran klinis karsinoma sel skuamosa rongga mulut (KSSRM) secara luas dapat dibedakan menjadi 2 stadium, yaitu stadium awal dan stadium lanjut.¹⁷ Tahap awal biasanya hanya berupa ulkus superfisial, sedangkan pada tahap lanjut, berupa ulkus dengan tepi bergulung, lebih tinggi dari sekitarnya dan indurasi.¹⁶ Indurasi ini disebabkan oleh infiltrasi sel tumor jauh ke dalam jaringan ikat di sekitarnya.¹⁷ Margin lesi yang terelevasi terjadi karena adanya peningkatan laju pertumbuhan jaringan epitel akibat mitosis luas sel tumor dibandingkan epitel normal di sekitarnya.^{17,22}

Sebagian besar kasus kanker mulut baru didiagnosis ketika sudah berada pada stadium lanjut, yakni stadium III atau IV, dengan tingkat kelangsungan hidup (*survival rates*) yang bervariasi mulai dari 20%-50% tergantung pada lokasi tumor.¹⁸ Pada penelitian ini sebanyak 74,5% responden sudah benar mengidentifikasi hal ini, sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Joseph *et al*²⁰ (75%). Penting bagi dokter gigi untuk dapat mengenali lesi oral yang mencurigakan secara klinis.

Langkah pertama dalam mendeteksi kanker mulut adalah mendapatkan riwayat pasien yang terperinci dan komprehensif yang mencakup riwayat tentang kebiasaan dan gaya hidup pasien seperti kuantitas dan durasi merokok, menyirih, dan mengonsumsi alkohol.²³ Hal ini karena kebiasaan seperti merokok dan mengonsumsi alkohol merupakan salah satu faktor risiko terjadinya KSSRM

yang paling banyak dilaporkan.^{20,23}

Terdapat banyak teknik diagnostik yang dapat digunakan untuk skrining dan deteksi dini kanker mulut. Salah satunya adalah biopsi, yang merupakan *gold standard* dalam diagnosis kanker mulut. Teknik lainnya yang kurang invasif adalah *Toluidine blue vital staining* (TBVS). *Toluidine blue vital staining* dapat digunakan sebagai alat bantu diagnostik untuk mendeteksi kelainan mukosa di rongga mulut.²⁴ *Toluidine blue* sendiri adalah pewarna metakromatik yang dimaksudkan untuk mengikat jaringan yang berproliferasi secara aktif, dengan cara mewarnai asam nukleat pada sel-sel yang sedang membelah diri.¹⁶

TBVS selain telah digunakan sebagai alat skrining untuk kanker mulut, juga telah digunakan oleh ahli bedah sebagai panduan untuk memilih lokasi biopsi.^{12,16} Hanya 42,5% responden pada penelitian ini yang mengidentifikasi TBVS sebagai salah satu teknik diagnostik kanker mulut. Pengetahuan yang rendah mengenai penggunaan TBVS juga dilaporkan oleh Hashim *et al*¹², yaitu (6%). Alat bantu diagnostik untuk mendeteksi lesi premaligna dan maligna rongga mulut lainnya adalah sitologi eksfoliatif.²³ Tujuan dari pemeriksaan sitologi eksfoliatif adalah untuk membantu mendiagnosis lesi ganas dan praganas di rongga mulut yang tidak terdiagnosis dengan pemeriksaan klinis saja dan membutuhkan hasil yang cepat serta non-invasif dibanding biopsi.²⁴

Kegunaan metode sitologi eksfoliatif ini hanya dapat diidentifikasi oleh 53,8% responden pada penelitian ini, sementara 46,2% responden lainnya menjawab kegunaan sitologi eksfoliatif adalah untuk menegakkan diagnosis definitif dari KSSRM. Sitologi eksfoliatif memang digunakan untuk mengidentifikasi lesi maligna rongga mulut, tetapi tes definitif untuk diagnosis tetap dari lesi keganasan rongga mulut tetap ditegakkan dengan biopsi jaringan.²³

Persentase tingkat pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini KSSRM menunjukkan bahwa 56,6% responden pada penelitian ini dalam kategori baik, sementara pengetahuan 43,4% responden lainnya belum tergolong baik. Hampir setengah dari dokter gigi yang menjadi responden tidak memiliki pengetahuan yang baik mengenai deteksi dini kanker mulut. Penelitian Abdal *et al*⁸ dan Jboor *et al*⁹, juga melaporkan tingkat pengetahuan dokter gigi yang rendah mengenai kanker mulut. Hashim *et al*¹² meneliti tentang pengetahuan dan sikap

dokter gigi di Uni Emirat Arab mengenai deteksi dini kanker mulut. Hasilnya adalah hanya 49 dari 298 dokter gigi (31,4%) yang merasa percaya diri untuk mendiagnosis kanker mulut berdasarkan tampilan klinis.¹² Penelitian Hashim *et al*¹², juga menunjukkan bahwa 254 dokter gigi (84,9%) merasa membutuhkan pelatihan lebih lanjut tentang deteksi dini kanker mulut.¹² Informasi terkait kanker mulut memang sudah didapat dokter gigi selama masa perkuliahan terdahulu, namun hal itu belum tentu dapat mencukupi kebutuhan informasi lebih lanjut bagi dokter gigi terkait kanker mulut setelah keluar dari masa perkuliahan.

Dokter gigi dapat meng-*update* informasi terkait kanker mulut dengan cara mencari informasi secara luas melalui internet ataupun dengan cara mengikuti berbagai seminar dan konferensi ilmiah yang diadakan oleh instansi tertentu. Dokter gigi seharusnya lebih *aware* terhadap lesi yang mencurigakan di rongga mulut dan meningkatkan kepedulian serta kesadaran akan kanker mulut dan faktor risiko terkait, serta menambah kemampuan dalam mengenali dan mendiagnosis lesi yang berpotensi menjadi ganas maupun yang sudah terdiagnosis ganas. Tujuannya adalah supaya dokter gigi dapat melakukan pemeriksaan kanker mulut secara benar dan membantu mengedukasi pasien, sehingga upaya deteksi dini dapat tercapai.

SIMPULAN

Pengetahuan dokter gigi mengenai deteksi dini dan diagnosis KSSRM termasuk dalam kategori baik, meskipun terdapat beberapa responden yang memiliki pengetahuan cukup dan kurang. Diharapkan dokter gigi sebagai praktisi yang melakukan pemeriksaan di rongga mulut dapat lebih meningkatkan pengetahuan mengenai kanker mulut sehingga upaya deteksi dini dapat terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Panta P, Andreadis D. Introduction to oral cancer. Cham: Springer Publishing, 2019: 1-2.
2. Rajendran R, Sivapathasundharam B. Shafer's textbook of oral pathology. 7th ed. New Delhi: Elsevier Health Sciences, 2012: 138-9,144-5,156-61,454.
3. Epstein J. Oral and oropharyngeal cancer. In: Glick M, ed. Burket's oral medicine. 12th ed. Connecticut: People's Medical Publishing House, 2015: 174,184-5.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, dkk. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021; 71: 209-49. DOI: [10.3322/caac.21660](https://doi.org/10.3322/caac.21660)
5. Filho AM, Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. Oral Oncol 2020; 102: 1-8. DOI: [10.1016/j.oraloncology.2019.104551](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104551)
6. Mathur P, Satishkumar K, Chaturvedi M, Das P, Sudarshan KL, Santhappan S, dkk. Cancer statistics, 2020: Report from national cancer registry programme, India. JCO Glob Oncol 2020;6: 1063-75. DOI: [10.1200/GO.20.00122](https://doi.org/10.1200/GO.20.00122)
7. Alaizari NA, Almaweri SA. Oral cancer: knowledge, practices, and opinions of dentist in Yemen. APJCP 2014; 15: 5627-30. DOI: [10.7314/apjcp.2014.15.14.5627](https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.14.5627)
8. Abdal K, Mortezaee K, Haidari S, Darvishi M. Evaluation of general dentist's knowledge about oral cancer in Ilam, Iran in 2016. J Bas Res Med Sci 2019; 6(1): 36-40.
9. Jboor DH, Al-darwish MS, Nur U. Oral cancer knowledge, attitude, and practice of dentist in the state of Qatar. Dent J 2019; 7: 1-17. DOI: [10.3390/dj7020043](https://doi.org/10.3390/dj7020043)
10. Maciel RI, Alves RT, Godoy GP, Cavalcanti AL, Nonaka CFW, Alves PM. Knowledge of brazilian dentists about oral cancer. Braz Res Ped Dent Int Clin 2016; 16(1): 177-84. DOI: [10.4034/PBOCI.2016.161.19](https://doi.org/10.4034/PBOCI.2016.161.19)
11. Amjad K, Anwar A, Malik YR, Sukhia HR. Knowledge, attitude and practice of dental practitioners in Karachi regarding oral cancer. PODJ 2018; 38 (4): 508-12.
12. Hashim R, Fanas AA, Al-tak A, Al-kadri A, Ebaid YA. Early detection of oral cancer- Dentist's knowledge and practices in the United Arab Emirates. APJCP 2018; 19: 2351-5. DOI: [10.22034/APJCP.2018.19.8.2351](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.8.2351)
13. Notoatmodjo S. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta, 2012: 50-2.
14. Malik NA. Textbook of oral and maxillofacial surgery. 4th ed. New Delhi: Jaypee brothers medical publishers, 2016: 983-984.
15. Neville BW, Allen CM, Damm DD, Chi AC. Oral and maxillofacial pathology. 4th ed. St. Louis:

- Elsevier, 2016: 374,379-380.
16. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral cancer and precancer: A narrative review on the relevance of early diagnosis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1-14. DOI: [10.3390/ijerph17249160](https://doi.org/10.3390/ijerph17249160)
 17. Odell EW. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier, 2017: 320-322.
 18. Jornet PL, Alonso FC, Minano FM. Knowledge and attitudes about oral cancer among dentists in Spain. *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 129-33. DOI: [10.1111/j.1365-2753.2009.01132.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01132.x)
 19. Ahmed NHM, Naidoo S. Oral cancer knowledge, attitudes, and practices among dentists in Kahrtoom State, Sudan. *J Canc Educ* 2017; 34: 291-6. DOI: [10.1007/s13187-017-1300-x](https://doi.org/10.1007/s13187-017-1300-x)
 20. Joseph BK, Sundaram DB, Sharma P. Oral cancer awareness among dentists in Kuwait. *Med Princ Pract* 20w12; 21: 164-70. DOI: [10.1159/000333543](https://doi.org/10.1159/000333543)
 21. Pekiner FN, Kebabcioglu O. Assessing oral cancer awareness among dentists. *J Canc Educ* 2018; 33: 1020-6. DOI: [10.1007/s13187-017-1199-2](https://doi.org/10.1007/s13187-017-1199-2)
 22. Edentalen EB, Ufadime. A survey on awareness, knowledge, and attitude toward NICE oral cancer referral guidelines among general dental practitioners in Edo State. *NJGP* 2020; 18: 17-21. DOI: [10.4103/1008-682X.275507](https://doi.org/10.4103/1008-682X.275507)
 23. Awan KH, Patil S, Islam SA, Jafer M. Early detection of oral cancer-Guidelines for dental practitioners. *J Int Oral Health* 2016; 8 (3): 399-403. DOI: [10.2047/jioh-08-03-20](https://doi.org/10.2047/jioh-08-03-20)
 24. Torras CC, Escoda CG. Techniques of early diagnosis of oral squamous cell carcinoma: Systemic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015; 20(3): 305-15. DOI: [10.4317/medoral.20347](https://doi.org/10.4317/medoral.20347)