

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menelan merupakan proses kompleks dan terintegrasi yang melibatkan banyak saraf dan otot. Pada keadaan normal, rongga mulut, faring, laring dan esofagus serta persarafannya berkoordinasi dengan baik saat terjadi proses menelan. Kemampuan menelan yang baik sangat penting untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, hidrasi dan kualitas hidup. Gangguan dalam proses menelan mulai dari proses persiapan menelan, transportasi bolus dari rongga mulut melewati faring dan esofagus menuju ke lambung disebut dengan disfagia. Gangguan ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang signifikan terutama pada pasien anak dan orang tua.¹⁻³

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan suatu sindrom serebrovaskular akut yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa defisit neurologik atau kelumpuhan saraf.⁴ Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 10,9 per mil. Sementara itu, prevalensi stroke di Provinsi Sumatera Barat adalah sebesar 10,8 per mil.⁵ Jumlah pasien stroke di RSUP dr. M. Djamil Padang yang dirawat di ruangan rawat inap bagian Neurologi dari bulan Januari tahun 2018 sampai bulan Desember tahun 2018 adalah sebanyak 580 orang atau rata-rata 48 orang per bulan dengan jumlah pasien stroke hemoragik sebanyak 290 orang dan stroke infark sebanyak 290 orang.

Disfagia merupakan komplikasi yang umum terjadi pada pasien stroke, terutama bila mengenai serebri, serebelum dan batang otak.^{3,6,7} Berdasarkan beberapa penelitian didapatkan prevalensi disfagia pada pasien stroke bervariasi antara 29%-64%⁸ hingga 30-50%.⁹ Sebagian besar pasien akan mengalami perbaikan fungsi menelan dalam 7 hari setelah serangan, namun sekitar 11-13% pasien masih mengalami disfagia yang persisten sampai 6 bulan setelahnya.^{10,11}

Disfagia pada pasien pasca stroke terjadi karena adanya disfungsi dan gangguan koordinasi otot-otot faring akibat gangguan sistem saraf pusat. Adanya

lesi pada batang otak berhubungan dengan timbulnya disfagia pasca stroke. Keluhan disfagia dapat berupa tersedak dan terbatuk-batuk pada saat makan, saliva terkumpul di mulut, makanan terkumpul di mulut, makan dengan usaha yang lebih, kesulitan dalam menelan pil, keluhan makanan menyangkut di tenggorok dan gangguan menelan. Disfagia pada pasien stroke dapat menyebabkan komplikasi pneumonia, gangguan nutrisi dan dehidrasi.¹⁰⁻¹²

Prevalensi pneumonia pada pasien stroke di beberapa penelitian diperkirakan sekitar 6-22%.¹³ Penyebab pneumonia pada pasien stroke beragam yaitu *community-acquired pneumonia*, *hospital-acquired pneumonia*, *health care-associated pneumonia*, *ventilator associated pneumonia*, pneumonia aspirasi dan pneumonia akibat infeksi oportunistik.¹⁴ Di antara penyebab pneumonia tersebut, yang tersering adalah pneumonia aspirasi yang diakibatkan oleh aspirasi makanan, minuman dan sekresi oral.^{13,14} Banyak penelitian mendapatkan insiden pneumonia yang tinggi terjadi pada pasien disfagia dan/atau aspirasi.¹² Pneumonia yang terjadi pada pasien stroke berkaitan dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi serta biaya rumah sakit yang besar. Wilson¹³ dalam penelitiannya mendapatkan angka pneumonia pada pasien stroke sebesar 8,1%. Angka kematian pada pasien stroke dengan pneumonia didapatkan sebesar 20%, sementara itu angka kematian pada pasien stroke tanpa pneumonia lebih kecil, yaitu sebesar 3,5%. Penelitian lain menyatakan angka kematian akibat pneumonia pasca stroke sebesar 3% pada tiga bulan pertama dan meningkat menjadi 6% pada satu tahun pertama.¹² Beberapa penelitian lainnya mendapatkan hasil sebanyak 50% penderita stroke mengalami gangguan menelan dan sekitar sepertiganya ditemukan aspirasi pada pemeriksaan fungsi menelan. Setengah pasien yang mengalami aspirasi, tidak memiliki keluhan.¹⁴

Aspirasi akan memberikan gejala seperti tersedak atau batuk. Batuk merupakan mekanisme protektif penting untuk membersihkan saluran nafas dan mencegah aspirasi pada pasien disfagia. Insiden terjadinya aspirasi pada pasien stroke bervariasi sebesar 16-52%. Namun demikian, pada sebagian besar pasien tidak memiliki reflek batuk yang adekuat sehingga terjadi *silent aspiration*, yaitu penetrasi makanan melewati plica vokalis tanpa keluhan batuk atau tersedak. *Silent aspiration* ini terjadi akibat kelemahan dan inkoordinasi otot-otot faring

sehingga menyebabkan inisiasi faring dan respon motorik yang abnormal saat menelan atau akibat berkurangnya sensasi faring. Insiden *silent aspiration* ini terjadi pada 8-27% pasien stroke. Sehingga dengan angka aspirasi dan *silent aspiration* yang cukup tinggi pada pasien stroke, sangat penting untuk menegakkan diagnosis dini adanya aspirasi untuk mencegah komplikasi yang tidak diinginkan pada pasien stroke.^{12,15}

Eating Assessment Tools 10 (EAT-10) dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi secara dini adanya aspirasi. EAT-10 merupakan suatu instrumen klinis yang digunakan untuk menilai beratnya gejala disfagia pada pasien dengan gangguan menelan. Instrumen ini dapat dikerjakan dengan cepat, mudah dihitung dan memiliki konsistensi, *test retest reliability* dan validitas yang bagus. Selain dipergunakan untuk menilai beratnya disfagia, EAT-10 juga dapat dipergunakan untuk menilai perbaikan fungsi menelan pada pasien dengan disfagia.^{16,17}

Standar baku untuk menilai aspirasi adalah dengan pemeriksaan *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).^{3,10,18} FEES adalah suatu pemeriksaan endoskopik untuk mengevaluasi fase faring pada proses menelan. Pemeriksaan ini meliputi penilaian tentang anatomi dan fisiologi laringofaring dalam hubungannya dengan menelan, fungsi menelan (saliva dan makanan/cairan) dan intervensi untuk menentukan strategi postural yang paling aman dan efisien dalam proses menelan. Aspirasi dapat dinilai secara kuantitatif dengan menggunakan *penetration-aspiration scale* (PAS). PAS dapat menilai seberapa dalam bolus masuk ke dalam saluran nafas dan respon tubuh terhadap bolus tersebut.¹⁸⁻²¹

Aspirasi yang terjadi akibat disfagia pada stroke dapat memberikan komplikasi pneumonia yang akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas pasien stroke. Sangat penting untuk mengetahui secara dini adanya aspirasi pada pasien pasca stroke untuk menentukan rencana pengobatan, mencegah komplikasi dan tindakan intervensi selanjutnya. Salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk penilaian dini gangguan menelan adalah EAT-10. Pada beberapa penelitian sebelum ini didapatkan hasil yang bervariasi mengenai korelasi antara EAT-10 dengan PAS. Arrese dkk²² mendapatkan korelasi yang kuat antara EAT-10 dan PAS pada pasien kanker kepala dan leher. Sementara itu, hasil yang berbeda

didapatkan pada penelitian Arslan dkk¹⁶ yaitu korelasi yang sedang antara EAT-10 dan PAS pada pasien disfagia akibat gangguan neurologis. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Wilmskoetter dkk¹⁷ dan Cheney dkk²³ pada pasien disfagia dengan berbagai etiologi mendapatkan korelasi yang lemah antara EAT-10 dan PAS.

Tingginya kasus stroke di Sumatera Barat serta komplikasi disfagia akibat stroke membutuhkan metode skrining untuk mencegah komplikasi. Metode skrining yang dapat digunakan salah satunya adalah dengan EAT-10. Namun, pada beberapa penelitian terdapat perbedaan hasil korelasi antara EAT-10 dan PAS untuk menilai disfagia, sehingga hal ini menjadi dasar keingintahuan peneliti untuk melakukan penelitian melihat korelasi antara EAT-10 dengan PAS pada pasien pasca stroke di RSUP dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian singkat pada latar belakang di atas, peneliti ingin melihat apakah ada korelasi antara EAT-10 dengan PAS pada pasien pasca stroke di RSUP dr. M. Djamil Padang

1.3 Hipotesis

Terdapat korelasi positif antara EAT-10 dengan PAS pada pasien pasca stroke.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui korelasi antara EAT-10 dengan PAS pada pasien pasca stroke di RSUP dr. M. Djamil Padang

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran penetrasi, aspirasi dan residu dari pemeriksaan *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* pada pasien pasca stroke.
2. Mengetahui gambaran keluhan berdasarkan EAT-10 pada pasien pasca stroke.

3. Mengetahui gambaran nilai PAS dengan pemeriksaan *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* pada pasien pasca stroke.
4. Mengetahui korelasi antara EAT-10 dengan PAS pada pasien pasca stroke.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bidang pelayanan

Menjadi masukan bagi praktisi kesehatan dalam menegakkan diagnosis disfagia pada pasien pasca stroke berdasarkan kuesioner EAT-10 dan pemeriksaan *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).

1.5.2 Bidang akademik

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang karakteristik disfagia pada pasien pasca stroke berdasarkan pemeriksaan *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).

1.5.3 Bidang penelitian

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat menjadi landasan untuk penelitian klinis lebih lanjut yang berhubungan dengan disfagia dan *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).

