

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Disfagia adalah suatu gejala yang ditandai dengan kesulitan dan ketidaknyamanan dalam proses menelan atau keterlambatan pergerakan bolus makanan dari mulut ke lambung yang abnormal.^{1,2} Prevalensi disfagia pada populasi umum adalah sekitar 20% dan diperkirakan memengaruhi hingga 50-66% pada orang yang berusia lebih dari 60 tahun.^{2,3} Disfagia lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria di semua usia.⁴ Kondisi ini sering disebabkan oleh berbagai penyakit seperti gangguan pada sistem saraf pusat (SSP), penyakit neurodegeneratif, gangguan pada sistem saraf perifer, gangguan pada *neuromuscular junction*, miopati, lesi anatomi lokal, dan gangguan psikogenik. Pada populasi yang lebih tua, pasien dengan riwayat stroke, penyakit Alzheimer, *Amyotrophic Lateral Sclerosis* (ALS) lebih berisiko mengalami disfagia. Sedangkan pada populasi yang lebih muda, disfagia sering dikaitkan dengan penyakit sistemik yang mendasari seperti penyakit autoimun, *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD), esofagitis eosinofilik, dan lain-lain.¹

Disfagia yang tidak ditangani dapat menyebabkan terjadinya komplikasi berupa dehidrasi, malnutrisi, infeksi saluran napas, pneumonia aspirasi, disabilitas bahkan kematian.^{5,6} Sebuah studi melaporkan bahwa terjadi peningkatan insiden infeksi paru sebesar 17% dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami disfagia. Dalam studi yang sama, angka mortalitas lebih dari 30% pada penderita stroke.⁷ Hampir setengah dari pasien stroke dengan disfagia menjadi malnutrisi dan banyak yang mengalami pneumonia.^{6,8,9} Pada kelompok usia lanjut, pasien dengan stroke yang berat, dan disfagia pasca stroke, insiden terjadinya pneumonia mencapai 40%.⁶

Stroke adalah suatu sindroma klinis yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada bagian otak tertentu yang menimbulkan gangguan fungsi pada otak yang ditandai dengan defisit neurologis atau kelumpuhan pada saraf baik fokal maupun global, berlangsung minimal selama 24 jam dan berkembang cepat.¹⁰ Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di banyak negara, termasuk

Indonesia. Sebuah studi tentang stroke melaporkan bahwa pada tahun 2013, secara global hampir 25,7 juta orang yang menderita stroke, 6,5 juta kematian akibat stroke, dan 10,3 juta kasus baru stroke.¹¹ Data terbaru dari *World Stroke Organization* (WSO) pada tahun 2019 menyebutkan bahwa ada lebih dari 13,7 juta kasus baru setiap tahunnya, dan secara global, 1 dari 4 orang diatas usia 25 tahun akan mengalami stroke dalam hidup mereka.¹²

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, stroke adalah penyebab kematian tertinggi di dunia, setelah penyakit jantung iskemik. Sementara itu di Indonesia, pada tahun 2014, prevalensi stroke adalah 12,1% per mil dan penyebab kematian tertinggi diikuti penyakit jantung dan pembuluh darah.¹³ Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 adalah sebesar 10,9% per mil dan terkhusus di Provinsi Sumatera Barat tidak berbeda jauh yaitu sebesar 10,8% per mil.¹⁴ RSUP Dr. M Djamil Padang termasuk salah satu rumah sakit rujukan di Sumatera Barat untuk kasus penyakit stroke. Jumlah pasien stroke iskemik yang di rawat inap pada tahun 2015 yaitu 206 pasien dengan jumlah pasien laki-laki 120 orang dan pasien perempuan 86 orang.¹⁵ Pada tahun 2017, penderita stroke hemoragik di Bangsal Saraf yaitu 68 kasus dan setiap tahunnya mengalami peningkatan. Prevalensi stroke iskemik pada tahun 2019 adalah sebanyak 79 orang.^{16,17}

Stroke dapat diklasifikasikan dalam beberapa aspek. Berdasarkan etiologinya, stroke dibagi menjadi stroke iskemik (*ischaemic stroke*) dan stroke perdarahan (*haemorrhage stroke*). Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di daerah lokal otak, kecuali selama kegagalan pembuluh darah akibat serangan jantung dan hipotensi sistemik. Stroke perdarahan terutama disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah secara spontan, aneurisma, atau sekunder karena trauma.^{18,19} Pasien stroke dapat mengalami berbagai manifestasi klinis seperti paresis, ataksia, paralisis, muntah, sakit kepala, agitasi, penurunan kesadaran dan lain-lain tergantung penyebab dan area otak yang dikenai dan besarnya kerusakan dari jaringan otak.²⁰

Sebagian besar dari 6,7 juta penderita stroke di Amerika Serikat, salah satu tantangan pertama pada proses pemulihan adalah gangguan menelan atau disfagia.⁷

Disfagia merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penderita stroke akut, tetapi perkiraan frekuensinya bervariasi. Beberapa literatur menyebutkan disfagia terjadi lebih dari 50% pada pasien stroke.^{5,21} Laporan prevalensi disfagia setelah stroke bergantung pada deteksi gangguan menelan yang dilakukan ketika dalam proses pemulihan. Misalnya pada stroke akut (kurang dari 5 hari setelah onset), prevalensi disfagia bisa mencapai 50% sedangkan 2 minggu setelahnya disfagia mungkin hanya sekitar 10-28% terjadi pada pasien.²¹ Meskipun banyak penderita stroke yang pulih, dimana pasien dapat menelan secara spontan, tetapi 11-50% pasien masih mengalami disfagia dalam 6 bulan.⁶

Penatalaksanaan awal disfagia terutama pada pasien stroke adalah dengan pemasangan *Nasogastric Tube* (NGT). NGT biasanya direkomendasikan karena mudah dipasang dan relatif kurang invasif. Oleh karena itu, diharapkan dapat memberikan nutrisi yang cukup kepada pasien disfagia. Namun, penggunaan NGT yang berkepanjangan dapat menyebabkan komplikasi seperti lesi pada *nasal wing*, sinusitis kronis, refluks gastroesofageal dan pneumonia aspirasi. Kondisi ini dapat memperburuk status fungsional pasien. Oleh sebab itu, pelepasan NGT yang tepat diperlukan pada pasien stroke akut dengan disfagia. Walaupun pemasangan NGT sudah cukup dalam banyak kasus, namun terkadang ada keraguan akan terjadinya aspirasi. Oleh sebab itu, dibutuhkan metode evaluasi yang lebih tepat. Salah satu pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah *Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).²² FEES adalah pemeriksaan untuk menilai fungsi menelan menggunakan alat nasofaringolarinoskop fleksibel yang masuk dari nasal ke faring melalui meatus medial atau nasalis inferior. Alat ini akan terhubung dengan kamera yang akan menangkap gambaran audio-visual saat pemeriksaan.^{23,24} FEES memberikan gambaran yang luas pada fase menelan faring dan dapat mendeteksi tanda-tanda tidak langsung gangguan pada fase oral dan fase esofagus. FEES juga dapat langsung mengamati struktur dan pergerakan laringofaring serta transpor berbagai makanan dan cairan.^{24,25}

Saat ini, *Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing* merupakan metode yang paling sering dipilih untuk penilaian objektif menelan di Jerman. Pemeriksaan ini digunakan lebih dari 50% pada semua unit stroke yang bersertifikat serta di berbagai klinik akut dan rehabilitasi. Tujuan dari pemeriksaan FEES adalah untuk

mengidentifikasi pola pergerakan patologis, menilai efektivitas dan keamanan menelan, menentukan konsistensi makanan yang sesuai atau bentuk gizinya, serta untuk memandu penggunaan terapi manuver untuk setiap pasien. FEES juga mengukur terjadinya penetrasi, aspirasi, dan residu pada faring selama proses menelan. Data menunjukkan bahwa FEES merupakan pemeriksaan yang ditoleransi dengan sangat baik dan aman. Dari 6000 pemeriksaan yang dilakukan, hanya 222 (3,7%) yang dihentikan lebih awal atas permintaan pasien. Selain itu prosedurnya bisa dilakukan di tempat tidur pasien dan tidak memerlukan fluoroskopik. Efek samping paling umum dilaporkan adalah mimisan yang sembuh sendiri, laringospasme yang terjadi kurang dari 1% dari semua pemeriksaan.^{24,25}

Berdasarkan uraian diatas, telah diketahui pentingnya pemeriksaan FEES pada penderita disfagia terutama pada pasien stroke, karena berhubungan dengan morbiditas dan mortalitas pasien, serta mempengaruhi kualitas hidup mereka. Sejauh penelusuran yang peneliti lakukan, data mengenai gambaran pemeriksaan FEES ini juga belum banyak dilaporkan terutama di Padang. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran pemeriksaan FEES pada pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran pemeriksaan FEES pada pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pemeriksaan FEES pada pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.

2. Untuk mengetahui angka kejadian penetrasi dan aspirasi dari pemeriksaan FEES pada pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.
3. Untuk mengetahui angka kejadian residu dari pemeriksaan FEES pada pasien stroke dengan disfagia di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.
4. Untuk mengetahui jenis makanan yang disarankan kepada pasien stroke dengan disfagia yang melakukan pemeriksaan FEES baik dengan atau tanpa perasat menelan di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Oktober 2018 – Oktober 2021.
5. Untuk mengetahui jenis perasat/manuver menelan yang disarankan kepada pasien stroke dengan disfagia yang melakukan pemeriksaan FEES di poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun periode Oktober 2018 – Oktober 2021.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini sebagai wujud penerapan disiplin ilmu yang telah dipelajari sehingga dapat mengembangkan wawasan keilmuan peneliti. Penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai data dasar terbaru bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai gambaran pemeriksaan FEES pada pasien stroke di Kota Padang terutama di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Bagi institusi pendidikan, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat dan menambah sumber referensi atau sumber pembelajaran untuk pendidikan.

1.4.2 Manfaat Bagi Klinisi

Bagi klinisi atau tenaga kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat menjadi data tambahan untuk membantu mengenali keadaan pasien sehingga dapat mendiagnosis dan memberikan tatalaksana yang cepat dan tepat. Selain itu juga dapat membantu mencegah komplikasi yang tidak diinginkan serta tindakan preventif lainnya.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kewaspadaan masyarakat terhadap penyakit stroke dan disfagia.

