

SKRIPSI

TAHUN 2023

**KARAKTERISTIK PENDERITA DISFAGIA DI RUMAH SAKIT UMUM
PUSAT DR WAHIDIN SUDIROHUSODO PERIODE JANUARI-
DESEMBER 2022**



Andi Azhar Faidh Patra

C011201022

Pembimbing:

Dr. dr. Amsyar Akil Sp. THT-BKL, Subsp.BE(K)

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

TAHUN 2023

Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin

Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022

SKRIPSI

**Diajukan kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

UNIVERSITAS HASANUDDIN

**Andi Azhar Faidh Patra
C011201022**

Pembimbing:

Dr. dr. Muh. Amsyar Akil, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.BE (K)

NIP. 19680718 199903 1 001

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2023**

TAHUN 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar hasil di Departemen Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

“Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022”

Hari/Tanggal : Jum'at, 10 November 2023

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Departemen THT-BKL Lt.5 RS Unhas Gedung A

Makassar, 10 November 2023

Pembimbing



Dr. dr. Muh. Amsyar Akil, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.BE (K)

NIP. 19680718 199903 1 001

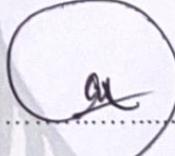
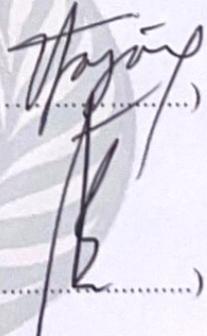
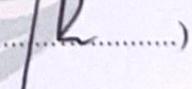
HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Andi Azhar Faidh Patra
NIM : C011201022
Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum
Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember
2022

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Muhammad Amsyar Akil, Sp.T.H.T.B.K.L., (.....)
Subsp.B.E.(K)
Penguji 1 : Dr. dr. Muh. Fadjar Perkasa, Sp. T.H.T.B.K.L., (.....)
Subsp.Rino.(K)
Penguji 2 : dr. Rafidawaty Alwi, Sp. T.H.T.B.K.L., (.....)
Subsp.B.E.(K)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 10 November 2023

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“KARAKTERISTIK PENDERITA DISFAGIA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO PERIODE JANUARI-DESEMBER 2022”**

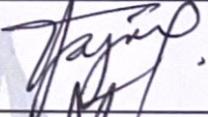
Disusun dan Diajukan Oleh:

Andi Azhar Faidh Patra

C011201022

Menyetujui

Panitia Penguji

| No | Nama Penguji | Jabatan | Tanda Tangan |
|----|---|------------|---|
| 1. | Dr. dr. Muhammad Amsyar Akil, Sp.T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K) | Pembimbing |  |
| 2. | Dr. dr. Muh. Fadjar Perkasa, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.Rino.(K) | Penguji 1 |  |
| 3. | dr. Rafidawaty Alwi, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K) | Penguji 2 |  |

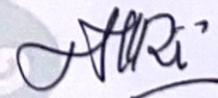
Mengetahui,

Wakil Dekan
Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi
Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



dr. Agussalim Bukhan, M.Clin.Med., Ph.D., Sp.GK(K)
NIP 197008211999031001



dr. Ririn Nislawati, Sp.M., M.Kes
NIP 198101182009122003

**DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN TELINGA HIDUNG TENGGOROK
BEDAH KEPALA LEHER FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

TELAH DISETUJUI DICETAK DAN DIPERBANYAK



UNIVERSITAS HASANUDDIN

Judul Skripsi:

**“KARAKTERISTIK PENDERITA DISFAGIA DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO PERIODE JANUARI – DESEMBER 2022”**

Makassar, 10 November 2023

Pembimbing



Dr. dr. Muh. Amsvar Akil, Sp. P.H.T.B.K.L, Subsp.BE (K)

NIP. 19680718 199903 1 001

HALAMAN PERNYATAAN ANTIPLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Azhar Faidh Patra
NIM : C011201022
Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasikan atau belum dipublikasikan telah direferensikan sesuai ketentuan akademik.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 10 November 2023

Penulis



Andi Azhar Faidh Patra
NIM C011201022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Usulan penelitian ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Andi Azhar Faidh Patra
 NIM : C011201022
 Tanda Tangan : 
 Tanggal : 15 April 2023

Tulisan ini sudah di cek (beri tanda √)

| No | Rincian yang harus di'cek' | √ |
|----|--|---|
| 1 | Menggunakan Bahasa Indonesia sesuai Ejaan Yang Disempurnakan | √ |
| 2 | Semua bahasa yang bukan Bahasa Indonesia sudah dimiringkan | √ |
| 3 | Gambar yang digunakan berhubungan dengan teks dan referensi disertakan | √ |
| 4 | Kalimat yang diambil sudah di paraphrasa sehingga strukturnya berbeda dari kalimat asalnya | √ |
| 5 | Referensi telah ditulis dengan benar | √ |
| 6 | Referensi yang digunakan adalah yang dipublikasi dalam 10 tahun terakhir | √ |
| 7 | Sumber referensi 70% berasal dari jurnal | √ |
| 8 | Kalimat tanpa tanda kutipan merupakan kalimat saya | √ |

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa ta'ala atas segala berkat, rahmat dan nikmat kesehatan, kesempatan, dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir skripsi yang berjudul “Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi S1 Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Selama proses penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Pada kesempatan kali ini, perkenankan penulis mengucapkan banyak-banyak terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Muhammad Amsyar Akil, Sp.T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K) selaku penasihat akademik dan pembimbing skripsi, atas bimbingan dan sarannya selama proses penyusunan skripsi.
2. Dr. dr. Muh. Fadjar Perkasa, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.Rino.(K) dan dr. Rafidawaty Alwi, Sp. T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K) selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukannya.
3. dr. Patta Tojek Sp.B(K) Onk., dr. Indirawati Nasrun Sp.OG(K), M.Kes, kakak Adir dan adik Alfit selaku orang tua dan saudara dari penulis yang senantiasa memberikan dorongan, bujukan, dan semangat, serta selalu mendoakan penulis dalam menyelesaikan pendidikan S1 dan juga tugas akhir skripsi ini.

4. Sepupu-sepupu penulis, Muhammad Firdaus Hamdan, Muhammad Rasya Nayaka, Siti Aisyah NQA, Nur Ainun Najwa, Inayah Shofa, dan Raisa Amilah Ismail atas segala bantuan dan dukungan moral terhadap penulis.
5. Teman-teman kantin dan AMSA ASTRO yang telah menemani dan mendampingi penulis selama proses preklinik di dalam dan di luar kampus.
6. Direktur dan seluruh staf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yang telah mengizinkan dan membantu dalam proses pengambilan data selama penelitian.
7. Semua pihak yang tak mampu penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan bantuan dalam rangka penyelesaian skripsi ini

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga dengan rasa tulus penulis akan menerima kritik dan saran serta koreksi membangun dari semua pihak.

Makassar, 10 November 2023

Andi Azhar Faidh Patra

SKRIPSI

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOVEMBER 2023

Andi Azhar Faidh Patra

Dr. dr. Muhammad Amsyar Akil, Sp.T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K)

Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022

ABSTRAK

Latar Belakang: Disfagia merupakan kejadian di mana pasien mengeluhkan kesulitan untuk menelan. Menelan meliputi tiga fase yaitu fase oral (persiapan), fase orofaringeal (transfer), dan fase esofagus. Disfagia adalah suatu gejala klinis yang menjadi keluhan pasien, tetapi bukan menjadi diagnosis penyakit. Disfagia cenderung diderita oleh populasi lansia karena banyak penyebab disfagia dikaitkan dengan bertambahnya usia. Adapun data-data penelitian mengenai angka prevalensi dan karakteristik penderita disfagia secara umum di Indonesia khususnya Kota Makassar masih terbatas saat ini.

Tujuan: Mengetahui bagaimana karakteristik penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif, melalui penggunaan rekam medik data penelitian. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 156 sampel.

Hasil: Karakteristik pasien disfagia berdasarkan paling banyak yaitu jenis kelamin paling banyak adalah laki-laki sebanyak 87 orang (55,77%), kelompok usia paling banyak yaitu >59 tahun sebanyak 63 orang (40,39%). Total diagnosis utama yang didapatkan ada 20 diagnosis dengan diagnosis utama yang paling banyak adalah stroke sebanyak 66 orang (42,31%), kelompok etiologi yang paling banyak adalah neurologis sebanyak 72 orang (46,16%), dan kejadian malnutrisi lebih banyak yang terjadi dengan jumlah 85 orang (54,49%).

Kesimpulan: Jenis kelamin laki-laki, kelompok usia >59 tahun, diagnosis utama stroke, etiologi neurologis, dan malnutrisi.

Kata Kunci: *disfagia, sulit menelan, karakteristik, malnutrisi*

THESIS

FACULTY OF MEDICINE
UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOVEMBER 2023

Andi Azhar Faidh Patra

Dr. dr. Muhammad Amsyar Akil, Sp.T.H.T.B.K.L, Subsp.B.E.(K)

**Characteristics of Patient with Dysphagia at Dr. Wahidin Sudirohusodo
General Hospital From January-December 2022**

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is an event where the patient complains of difficulty swallowing. Swallowing includes three phases, namely the oral phase (preparation), the oropharyngeal phase (transfer), and the esophageal phase. Dysphagia is a clinical symptom that is a patient's complaint, but is not a diagnosis of disease. Dysphagia tends to affect the elderly population because many causes of dysphagia are associated with increasing age. Research data regarding the prevalence rates and characteristics of patient with dysphagia in general in Indonesia, especially Makassar, is currently still limited.

Objective: To determine the Characteristics of Patients with with Dysphagia at Dr. Wahidin Sudirohusodo General Hospital From January-December 2022

Methods: This study used descriptive method through the use of medical records. Samples were obtained using total sampling method with total samples of 156 samples.

Results: The most common characteristics of dysphagia patients are male, namely 87 people (55.77%), the most common age group is >59 years with 63 individuals (40.39%). The total number of main diagnoses obtained was 20 diagnoses with the most common main diagnosis being stroke in 66 individuals (42.31%), the most common etiology group was neurological in 72 individuals (46.16%), and malnutrition occurring more frequently with a total of 85 individuals (54.49%).

Conclusion: Male gender, age group >59 years, primary diagnosis of stroke, neurological etiology, and malnutrition

Keywords: *dysphagia, difficulty swallowing, characteristics, malnutrition*

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| SKRIPSI..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ANTIPLAGIARISME | vii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS..... | viii |
| KATA PENGANTAR..... | ix |
| ABSTRAK | xi |
| DAFTAR ISI..... | xiii |
| DAFTAR GAMBAR..... | xvi |
| DAFTAR TABEL..... | xvii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 2 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 2 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 2 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 3 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 3 |
| 1.4.1 Manfaat Klinis..... | 3 |
| 1.4.2 Manfaat Akademis | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| 2.1 Definisi Disfagia..... | 5 |
| 2.2 Anatomi Oropharynx, Laryngopharynx, dan Esophagus | 5 |
| 2.3 Fisiologi Menelan | 8 |
| 2.4 Patogenesis Disfagia | 11 |
| 2.5 Epidemiologi Disfagia | 11 |
| 2.6 Klasifikasi Disfagia..... | 13 |
| 2.6.1 Klasifikasi Berdasarkan Lokasi..... | 13 |
| 2.6.2 Klasifikasi Berdasarkan Etiologi..... | 14 |
| 2.6.3 Klasifikasi Berdasarkan Penyebab Lainnya..... | 16 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 2.7 | Diagnosis | 17 |
| 2.7.1 | Anamnesis | 17 |
| 2.7.2 | Pemeriksaan Fisik | 18 |
| 2.7.3 | Pemeriksaan Radiologi..... | 19 |
| 2.7.4 | Pemeriksaan Penunjang Lainnya | 19 |
| 2.8. | Tata Laksana Disfagia | 20 |
| 2.9. | Komplikasi Disfagia | 22 |
| BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL | | 24 |
| 3.1 | Kerangka Teori | 24 |
| 3.2 | Kerangka Konsep..... | 25 |
| 3.3 | Definisi Operasional dan Kriteria Objektif..... | 25 |
| 3.3.1 | Usia | 25 |
| 5.3.2 | Jenis Kelamin | 25 |
| 5.3.3 | Diagnosis Penyakit..... | 26 |
| 5.3.4 | Klasifikasi Berdasarkan Etiologi..... | 27 |
| 5.3.5 | Kejadian Malnutrisi..... | 27 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN..... | | 29 |
| 4.1 | Desain Penelitian | 29 |
| 4.2 | Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 29 |
| 4.2.1 | Lokasi Penelitian..... | 29 |
| 4.2.2 | Waktu Penelitian | 29 |
| 4.3 | Populasi dan Sampel Penelitian..... | 29 |
| 4.3.1 | Populasi Penelitian | 29 |
| 4.3.2 | Sampel Penelitian..... | 29 |
| 4.4 | Kriteria Inklusi dan Eksklusi..... | 30 |
| 4.4.1 | Kriteria Inklusi | 30 |
| 4.4.2 | Kriteria Eksklusi..... | 30 |
| 4.5 | Jenis Data dan Instrumen Penilaian | 30 |
| 4.5.1 | Jenis Data | 30 |
| 4.5.2 | Instrumen Penelitian..... | 30 |
| 4.6 | Manajemen Penilaian | 31 |
| 4.6.1 | Pengumpulan Data | 31 |
| 4.6.2 | Pengolahan dan Analisis Data..... | 31 |
| 4.7 | Etika Penelitian | 31 |
| 4.8 | Alur Pelaksanaan Penelitian | 32 |

| | | |
|--|-------------------------------------|-----------|
| 4.9 | Rencana Anggaran Penelitian..... | 33 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN | | 34 |
| 5.1 | Hasil Penelitian..... | 34 |
| 5.2 | Distribusi Jenis Kelamin..... | 34 |
| 5.3 | Distribusi Usia | 35 |
| 5.4 | Distribusi Diagnosis Penyakit | 35 |
| 5.5 | Distribusi Etiologi..... | 37 |
| 5.6 | Distribusi Kejadian Malnutrisi..... | 38 |
| BAB 6 PEMBAHASAN | | 39 |
| 6.1 | Distribusi Jenis Kelamin..... | 39 |
| 6.2 | Distribusi Usia | 40 |
| 6.3 | Distribusi Diagnosis Penyakit | 41 |
| 6.4 | Distribusi Etiologi..... | 43 |
| 6.5 | Distribusi Kejadian Malnutrisi..... | 45 |
| BAB 7 PENUTUP | | 46 |
| 7.1 | Kesimpulan | 46 |
| 7.2 | Saran..... | 47 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 48 |
| LAMPIRAN..... | | 54 |
| LAMPIRAN 1 : Biodata Peneliti | | 54 |
| LAMPIRAN 2 : Surat Permohonan Izin Penelitian | | 55 |
| LAMPIRAN 3 : Surat Rekomendasi Persetujuan Etik..... | | 56 |
| LAMPIRAN 4 : Hasil Penelitian | | 57 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|---|
| Gambar 2. 1 Anatomi Faring (Netter, 2014)..... | 6 |
| Gambar 2. 2 Anatomi Esofagus (Netter, 2014)..... | 8 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 5. 1 Distribusi Pasien Disfagia menurut Jenis Kelamin di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022 | 34 |
| Tabel 5. 2 Distribusi Pasien Disfagia menurut Usia di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022 | 35 |
| Tabel 5. 3 Distribusi Pasien Disfagia menurut Diagnosis Penyakit di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022..... | 35 |
| Tabel 5. 4 Distribusi Pasien Disfagia menurut etiologi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022 | 37 |
| Tabel 5. 5 Distribusi Pasien Disfagia menurut Kejadian Malnutrisi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022..... | 38 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Disfagia merupakan kejadian di mana pasien mengeluhkan kesulitan untuk menelan. Menelan meliputi tiga fase yaitu fase oral (persiapan), fase orofaringeal (transfer), dan fase esofagus. Seringkali, penderita disfagia mengalami tumpang tindih disfagia pada fase orofaringeal dan esofagus. (Chilukuri, *et al*, 2018).

Disfagia adalah suatu gejala klinis yang menjadi keluhan pasien, tetapi bukan menjadi diagnosis penyakit. Disfagia cenderung diderita oleh populasi lansia karena banyak penyebab disfagia dikaitkan dengan bertambahnya usia (Barrera, 2019). Prevalensi disfagia lebih tinggi pada populasi lansia panti jompo. Prevalensi disfagia dilaporkan sebesar 52,7% pada penghuni panti jompo (65-103 tahun) (Park, *et al*, 2013).

Prevalensi disfagia tergantung pada usia individu, etiologi disfagia dan metode yang digunakan untuk menilai disfagia. Insiden disfagia telah dilaporkan sebesar 78% pada pasien terdiagnosis stroke, 32% pada individu dengan penyakit Parkinson, 31,3% pada individu dengan multiple sclerosis dan 13-57% pada individu dengan demensia tergantung pada jenis demensia (Alagiakrishnan, *et al*, 2013). Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) dapat membuat koordinasi pernapasan dan menelan lebih sulit dan prevalensi disfagia pada populasi ini telah dilaporkan sebesar 27% (McKinstry, *et al*, 2010).

Adapun data-data penelitian mengenai angka prevalensi dan karakteristik penderita disfagia secara umum di Indonesia khususnya Kota Makassar masih terbatas saat ini. Tercatat sebelumnya pada penelitian terhadap 50 penderita disfagia orofaring di Poliklinik Rawat Jalan THT RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar, mulai bulan Juni 2013 sampai Februari 2014, penderita disfagia orofaring dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok disfagia neurogenik sebanyak 10 sampel dan kelompok disfagia mekanik sebanyak 40 sampel. (Iqbal, *et al*, 2014). Kemudian penulis ingin mengambil sampel yang lebih besar yakni penderita disfagia secara umum untuk diteliti karakteristik penderitanya. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk meneliti tentang Karakteristik Penderita Disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo Periode Januari-Desember 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana karakteristik pasien penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo periode Januari-Desember 2022 ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana karakteristik penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengidentifikasi pola distribusi penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022 berdasarkan jenis kelamin.
- 2) Untuk mengidentifikasi pola distribusi penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022 berdasarkan usia.
- 3) Untuk mengidentifikasi pola distribusi penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022 berdasarkan diagnosis penyakit.
- 4) Untuk mengidentifikasi pola distribusi penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022 berdasarkan klasifikasi etiologi.
- 5) Untuk mengidentifikasi pola distribusi penderita disfagia di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Periode Januari 2022 - Desember 2022 berdasarkan kejadian malnutrisi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Klinis

- 1) Memberikan informasi mengenai deteksi dini, khususnya disfagia kepada masyarakat secara luas untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- 2) Melengkapi data yang sudah ada pada Departemen Ilmu Kesehatan THT-KL RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, atau institusi lain guna penelitian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Akademis

- 1) Sebagai pengalaman yang berharga bagi peneliti dalam memperluas wawasan dan pengetahuan dalam melakukan penelitian khususnya mengenai disfagia.
- 2) Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam membuat suatu karya ilmiah.
- 3) Penelitian ini dapat menjadi rujukan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB 2

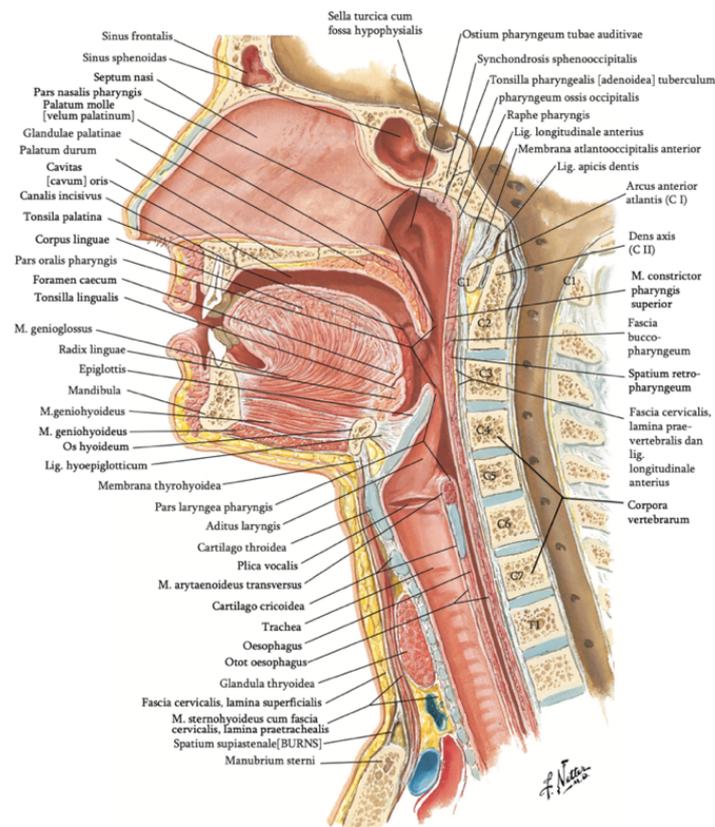
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Disfagia

Disfagia diartikan sebagai keadaan abnormal yang ditandai dengan terhambatnya pergerakan bolus makanan dari orofaring ke lambung. Disfagia mengacu pada kesulitan yang mungkin dialami seseorang dalam fase awal menelan atau keadaan saat makanan dan atau cairan terhalang dalam perjalanannya dari mulut ke perut karena suatu hal tertentu. Disfagia dengan demikian merupakan suatu persepsi bahwa ada halangan untuk lewatnya makanan maupun cairan yang seharusnya tertelan secara normal (Malagelada, 2014).

2.2 Anatomi Oropharynx, Laryngopharynx, dan Esophagus

Oropharynx terletak di posterior dari cavitas oris, inferior dari palatum molle, dan superior dari tepi atas epiglottis. Plica palatoglossus (arcus palatoglossus), satu pada tiap sisi yang menutup musculus palatoglossus, menandai batas di antara cavitas oris dan oropharynx. Arcus yang membuka di antara 2 plicae adalah isthmus faucium/oropharyngeum. Tepat di posterior dan medial dari plicae tersebut terdapat sepasang plicae lainnya (arcus), plica palatopharyngeus, satu pada tiap sisi, yang berada di atas musculus palatopharyngeus. Dinding anterior oropharynx berada di inferior dari isthmus oropharyngeum dibentuk oleh bagian atas 1/3 posterior atau bagian pharyngealis lingua.



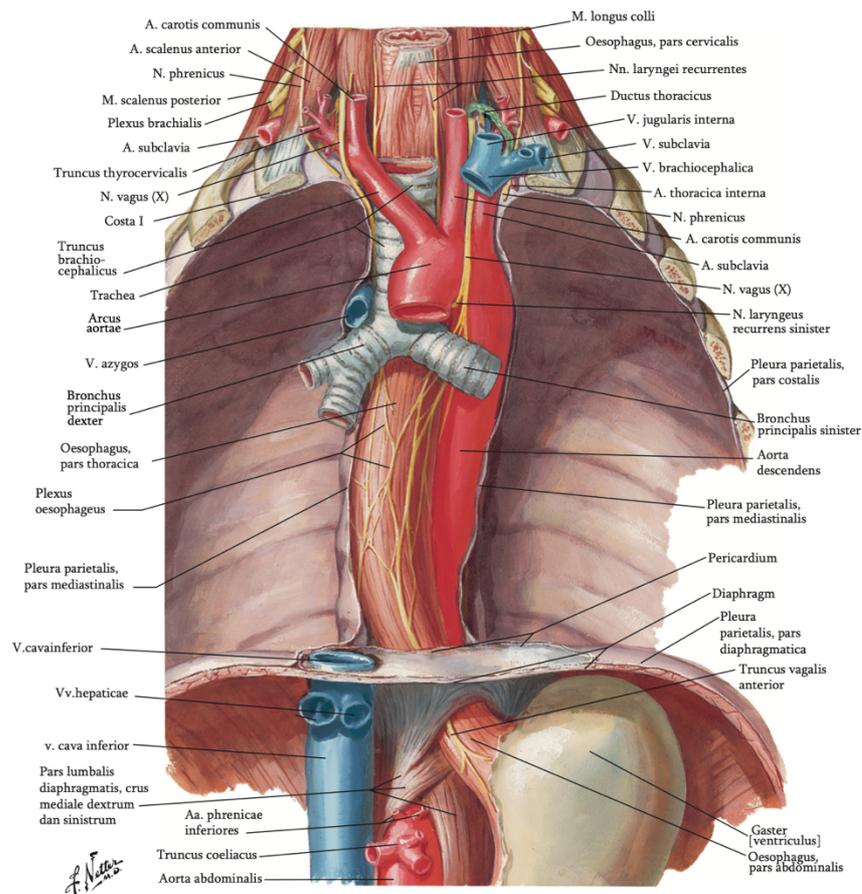
Gambar 2. 1 Anatomi Faring (Netter, 2014)

Ketika menahan cairan atau benda padat di dalam cavitas oris, isthmus oropharyngeum tertutup oleh cekungan palatum molle, peninggian dorsum lingua, dan pergerakan menuju garis tengah plica palatoglossus dan plica palatopharyngeus. Hal ini memungkinkan seseorang untuk bernafas saat mengunyah atau memanipulasi bahan di dalam cavitas oris. Saat menelan, isthmus oropharyngeum terbuka, palatum terelevasi, cavitas laryngis tertutup, dan makanan atau cairan mengarah ke esophagus. Seseorang tidak dapat bernafas dan menelan pada saat yang bersamaan karena saluran nafas tertutup pada kedua sisi, isthmus pharyngeum dan larynx.

Laryngopharynx meluas dari marga superior epiglottis menuju puncak esophagus pada vertebra setinggi CVI. Aditus laryngis membuka pada dinding

anterior laryngopharynx. Inferior dari aditus laryngis, dinding anterior terdiri dari aspectus posterior larynx. Cavitas laryngopharynx terhubung di anterior dengan sepasang kantung mucosa (vallecula epiglottica), pada tiap sisi garis tengah, di antara basis lingua dan epiglottis. Vallecula epiglottica merupakan cekungan yang dibentuk antara lipatan mucosa pada garis tengah dan 2 lipatan lateral yang menghubungkan lingua dengan epiglottis. Terdapat sepasang cekungan mucosa lainnya (recessus piriformis) di antara bagian centralis larynx dan yang lebih lateral yaitu lamina cartilago thyroidea. Recessus piriformis membentuk saluran yang mengarahkan benda padat dan cairan dari cavitas oris di sekitar aditus laryngis yang terangkat dan menuju esophagus (Drake, *et al*, 2022).

Esophagus adalah suatu tabung musculorum yang lewat antara pharynx di leher dan gaster di abdomen. Struktur ini dimulai pada margo inferior cartilago cricoidea, di depan vertebra CVI, dan berakhir di lubang cardia gaster, di depan vertebra TXI. Esophagus turun pada aspectus anterior corpus vertebrae, biasanya di garis tengah tubuh ketika esophagus melintasi thorax. Saat mendekati diaphragma, esophagus bergeser ke anterior kiri, menyilang dari sisi kanan aorta thoracica ke sisi anteriornya. Esophagus melewati hiatus esophagus, suatu lubang pars muscularis diaphragma, di level vertebra TX. Esophagus memiliki sedikit lengkungan anterior ke posterior yang paralel dengan pars thoracica columna vertebralis, dan difiksasi di bagian superiornya yang terletak di leher oleh perlekatannya dengan pharynx dan di inferior pada thorax dengan perlekatannya dengan diaphragma. (Drake, *et al*, 2022).



Gambar 2. 2 Anatomi Esofagus (Netter, 2014)

2.3 Fisiologi Menelan

Pada umumnya, menelan dapat dibagi menjadi (1) tahap oral atau volunter yang mengawali proses menelan, (2) tahap faringeal yang bersifat involunter dan membantu jalannya makanan melalui faring ke dalam esofagus; dan (3) tahap esofageal, yaitu fase involunter lain yang mengangkut makanan dari faring ke lambung. (Hall, 2020).

Tahap oral dari proses menelan diawali ketika makanan sudah siap untuk ditelan, secara sadar makanan ditekan atau didorong ke arah posterior ke dalam

faring oleh tekanan lidah ke atas dan ke belakang terhadap palatum. Dari sini, proses menelan menjadi seluruhnya atau hampir seluruhnya berlangsung secara otomatis dan umumnya tidak dapat dihentikan. (Hall, 2020).

Dilanjutkan dengan tahap faringeal dari proses menelan saat bolus makanan memasuki bagian posterior mulut dan faring. Bolus merangsang daerah epitel reseptor menelan di sekeliling pintu faring, khususnya pada tiang-tiang tonsil, dan sinyal-sinyal dari sini berjalan ke batang otak untuk mencetuskan serangkaian kontraksi otot faringeal secara otomatis sebagai berikut.

1. Palatum mole tertarik ke atas untuk menutupi nares posterior.
2. Lipatan palatofaringeal pada setiap sisi faring tertarik ke arah medial untuk saling mendekat satu sama lain. Dengan cara ini lipatan-lipatan tersebut membentuk celah sagital yang harus dilewati oleh makanan untuk masuk ke dalam faring posterior. Celah ini melakukan kerja selektif, sehingga makanan yang telah cukup dikunyah dapat lewat dengan mudah.
3. Pita suara pada laring menjadi sangat berdekatan, dan laring tertarik ke atas dan anterior oleh otot-otot leher. Hal ini, digabung dengan adanya ligamen yang mencegah gerakan epiglotis ke atas, menyebabkan epiglotis bergerak ke belakang di atas pembukaan laring.
4. Gerakan laring ke atas juga menarik dan melebarkan pembukaan ke esofagus. Pada saat yang bersamaan, 3-4 cm di atas dinding otot esofagus, yaitu sfingter esofagus atas (juga disebut sfingter faringoesofageal) berelaksasi. Dengan demikian, makanan dapat bergerak dengan mudah dan bebas dari faring posterior ke dalam esofagus bagian atas. Di antara

penelanan, sfingter ini tetap berkontraksi dengan kuat, sehingga mencegah udara masuk ke esofagus selama respirasi.

5. Setelah laring terangkat dan sfingter faringoesofageal mengalami relaksasi, seluruh otot dinding faring berkontraksi, mulai dari bagian superior faring, lalu menyebar ke bawah melintasi daerah faring media dan inferior, yang mendorong makanan ke dalam esofagus melalui proses peristaltik. (Hall, 2020).

Kemudian tahap esofageal dari proses menelan, di mana esofagus terutama berfungsi untuk menyalurkan makanan secara cepat dari faring ke lambung. Normalnya, esofagus memperlihatkan dua tipe gerakan peristaltik yaitu peristaltik primer dan peristaltik sekunder. Peristaltik primer hanya merupakan kelanjutan dari gelombang peristaltik yang dimulai di faring dan menyebar ke esofagus selama tahap faringeal dari proses menelan. Jika gelombang peristaltik primer gagal mendorong semua makanan yang telah masuk esofagus ke dalam lambung, terjadi gelombang peristaltik sekunder yang dihasilkan dari peregangan esofagus oleh makanan yang tertahan, gelombang ini terus berlanjut sampai semua makanan dikosongkan ke dalam lambung. Gelombang peristaltik sekunder ini sebagian dimulai oleh sirkuit saraf intrinsik dalam sistem saraf mienterikus dan sebagian oleh refleks-refleks yang dimulai pada faring lalu dihantarkan ke atas melalui serat-serat aferen vagus ke medula dan kembali lagi ke esofagus melalui serat-serat saraf aferen glosofaringeal dan vagus.

2.4 Patogenesis Disfagia

Proses menelan adalah suatu proses yang kompleks. Setiap unsur berperan dalam proses menelan harus bekerja sama dengan berkesinambungan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi mekanisme keberhasilan menelan, seperti ukuran bolus makanan, diameter lumen esofagus yang dilalui bolus, kontraksi peristaltik esofagus, fungsi sfingter esofagus bagian atas dan bagian bawah, serta kinerja otot-otot pada rongga mulut dan lidah. Integrasi fungsional yang sempurna akan terjadi apabila sistem neuromuskular mulai dari susunan saraf pusat, batang otak, persarafan sensorik dinding faring dan uvula, persarafan ekstrinsik esofagus serta persarafan intrinsic otot-otot esofagus bekerja dengan baik, sehingga aktivitas motoric berjalan dengan lancar. Kerusakan pada pusat menelan dapat menyebabkan kegagalan aktivitas komponen orofaring, otot lurik esofagus dan sfingter esofagus bagian atas. Oleh karena otot lurik esofagus dan sfingter esofagus bagian atas juga mendapat persarafan dari inti motor n. vagus, maka aktivitas peristaltik esofagus masih tampak pada kelainan di otak. Relaksasi sfingter esofagus bagian bawah terjadi akibat peregangan langsung dinding esofagus (Soepardi, 2012)

2.5 Epidemiologi Disfagia

Prevalensi disfagia pada populasi umum sekitar 5-8%. Pada orang Amerika dengan usia 50 tahun ke atas, prevalensi disfagia adalah sekitar 10% hingga 22%. Prevalensi meningkat dengan bertambahnya usia, dan sekitar 40% pada orang berusia di atas 60 tahun. Pada pasien rawat inap, sekitar 14% hingga 18%

pasien memiliki gejala disfagia. Di panti jompo, pasien dengan gejala disfagia berada pada kisaran 30% sampai 60%. Prevalensi disfagia orofaring pada kelainan serebrovaskular sekitar 30% di mana kejadian disfagia pada pasien stroke bervariasi antara 19% dan 81% dengan insiden tersering ialah stroke batang otak atau stroke hemisfer bilateral (Azer, 2021).

Tercatat pula kejadian disfagia terjadi 52%-82% pada penderita dengan penyakit Parkinson, 84% pada penyakit Alzheimer, 28,2% pada penderita kanker rongga mulut, 50,9% kanker faring, dan 28,6% pada kanker laring, 50,6% disfagia orofaring pada tumor kepala leher yang menjalani operasi dan radioterapi atau kemoterapi, serta 13,5% kejadian disfagia pada refluks laringofaring (Iqbal *et al*, 2014)

Pada pasien dalam perawatan intensif, tinjauan sistematis baru-baru ini menunjukkan bahwa kejadian disfagia pasca-ekstubasi (PED) dari total 14 studi dan 3520 individu, berada di kisaran 3% hingga 62%. Dalam studi kohort observasional retrospektif lainnya, prevalensi disfagia mencapai 84%. Kedua penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian disfagia pasca ekstubasi relatif tinggi pada pasien di unit perawatan intensif.

Pada akalasia idiopatik, insiden rata-rata adalah sekitar 0,3 hingga 1,6 per 100.000 orang per tahun pada orang dewasa. Penyakit ini memiliki frekuensi yang sama pada pria dan wanita, tetapi insidennya meningkat seiring bertambahnya usia. Akalasia umumnya terdiagnosis pada usia 50 tahun. Insiden pada orang di atas 80 tahun adalah sekitar 17 per 100.000 per tahun. (Azer, 2021)

2.6 Klasifikasi Disfagia

2.6.1 Klasifikasi Berdasarkan Lokasi

1. Disfagia orofaringeal

Disfagia oroafaringeal adalah keterlambatan transit bolus cair atau padat selama fase menelan orofaringeal. Fase menelan orofaring melibatkan pemindahan bolus makanan ke posterior epiglotis dan kemudian ke sfingter esofagus bagian atas. Gejala berhubungan dengan kesulitan dalam inisiasi atau transportasi awal bolus makanan padat atau cair. Hal ini termasuk sensasi (dan terjadinya) makanan yang menempel di rongga mulut atau daerah leher, serta gejala aspirasi paru. Kelainan neuromuskuler seringkali merupakan penyebab paling umum dari gangguan orofaringeal. Cedera saraf kranial, kortikal, atau lesi supranuklear setelah kecelakaan vaskular serebral adalah etiologi umum yang menyebabkan disfungsi fase menelan orofaringeal. Kelainan anatomi juga menjadi penyebab lainnya dengan disfungsi sfingter esofagus bagian atas menjadi penyebab umum. Disfungsi ini dapat terjadi karena kegagalan sfingter esofagus bagian atas untuk berelaksasi atau karena kurangnya relaksasi untuk dikoordinasikan dengan kontraksi faring. (Chilukuri, 2018) Pasien dengan disfagia orofaring cenderung mengalami aspirasi dan pneumonia aspirasi, sehingga diagnosis yang akurat harus dibuat pada tahap awal keluhan kesulitan menelan. Menelan dapat disertai dengan batuk, tersedak, regurgitasi nasofaring, aspirasi, dan sensasi sisa makanan yang tersisa di faring. (Park, 2021)

2. Disfagia esofagus

Disfagia esofagus dapat disebabkan oleh karena obstruksi mekanis atau gangguan motilitas. Disfagia esofagus terjadi ketika ada kesulitan dengan lewatnya bahan padat atau cair melalui kerongkongan, khususnya daerah antara sfingter esofagus bagian atas dan bawah. Hal ini dikarenakan motilitas abnormal segmen kerongkongan atau gangguan fisik untuk lewat (obstruksi). Mekanisme yang memediasi peristaltik esofagus normal tidak sepenuhnya dipahami, tetapi memerlukan kontraksi otot yang terkoordinasi dengan lancar di satu segmen dengan relaksasi otot di segmen yang berdekatan. Pasien dengan disfagia esofagus dapat melaporkan sensasi makanan tersangkut setelah menelan. (Wilkinson, 2021). Disfagia esofagus perlu dianalisis apakah makanan yang menyebabkan kesulitan menelan itu padat, cair atau keduanya, apakah gejalanya progresif atau intermiten, seberapa parah, dan gejala terkait, seperti penurunan berat badan, mulas, atau regurgitasi. (Park, 2021)

2.6.2 Klasifikasi Berdasarkan Etiologi

1. Neurologis

Penyebab neurologis termasuk kecelakaan serebrovaskular (disfagia pasca stroke), infark batang otak dengan keterlibatan saraf kranial. Penyebab lain termasuk lesi ganglia basalis seperti pada penyakit Parkinson. Juga, cedera kepala dan leher dan pembedahan, multiple sclerosis, tumor saraf pusat, botulisme, sklerosis lateral amyotrophic,

kelumpuhan supranuklear, dan penyakit tulang belakang leher degeneratif.

2. Muscular

Penyebab kelainan otot termasuk polimiositis, distrofi otot, dan miastenia gravis (lesi pada sambungan neuromuskular). Disfagia pada kelainan otot disebabkan oleh keterlibatan inflamasi pada otot-otot menelan, yang dapat menyebabkan penurunan kontraktilitas faring, disfungsi krikofaring, penurunan elevasi laring, dan hipomotilitas esofagus (Labeit, 2020). Disfagia pada penyakit autoimun seperti SLE disebabkan oleh reaksi peradangan pada otot, atrofi otot, atau cedera vaskulitik iskemik pada pleksus Auerbach (Shaik *et al*, 2023).

3. Anatomis

Penyebab anatomis termasuk divertikulum Zenker, pembesaran tiroid, jaringan esofagus, tumor, abses, kompresi eksternal oleh aneurisma aorta (dikenal sebagai disfagia aorta) (Azer, 2021). Pada rheumatoid arthritis dapat menyebabkan gangguan di sendi temporomandibular serta membentuk nodul di laring yang dapat mengkompresi jalan menelan (Eyigör, 2013).

4. Penyebab obstruksi mekanis termasuk cincin Schatzki, struktur esofagus, karsinoma esofagus, esofagitis eosinofilik. Selain itu *corpus alinum* atau benda asing pada esofagus umumnya menunjukkan gejala disfagia. (Schaefer TJ, Trocinski D, 2023)

5. Penyebab gangguan motilitas meliputi spasme esofagus, akalasia, motilitas esofagus yang tidak efektif, dan skleroderma. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) juga merupakan gangguan motilitas esofagus yang menunjukkan gejala disfagia. (Martinucci, 2014). Obstruksi mekanik berhubungan dengan disfagia hanya pada makanan padat, sedangkan penyebab gangguan motilitas biasanya berhubungan dengan disfagia padat dan cair. (Azer, 2021)

2.6.3 Klasifikasi Berdasarkan Penyebab Lainnya

1. Disfagia Psikogenik

Disfagia psikogenik adalah kondisi langka yang berhubungan dengan gangguan menelan tanpa penyebab struktural atau penyakit organik seperti defisit neurologis atau gangguan fisik lainnya. Mekanisme gangguan menelan ini masih belum dipahami dengan baik, tetapi dipercaya penyebab disfagia psikogenik adalah globus histerikus atau gangguan somatoform dengan keluhan spesifik perasaan ada benjolan di kerongkongan. Berdasarkan berbagai penelitian yang telah dilakukan, kondisi disfagia psikogenik memiliki komorbiditas dengan gangguan psikologis seperti gangguan kecemasan, depresi, dan stres pascatrauma. Gejala umum yang muncul pada penderita disfagia psikogenik adalah kesulitan menelan atau menghindari menelan disertai rasa takut tersedak, kesulitan bernapas, atau mual muntah. Menurut DSM 5, kriteria diagnostik dan pedoman diagnostik untuk Dysphagia Psikogenik termasuk dalam kategori Gangguan

Penghindaran/Pembatasan Asupan Makanan (Massa, 2022) (Batara, 2022)

2. Obat-obatan

Beberapa obat dapat berkontribusi pada keparahan disfagia. Mekanisme dimana obat ini dapat menyebabkan disfagia termasuk xerostomia dan perubahan motilitas esofagus. Juga, disfagia mungkin sekunder untuk pengembangan esofagitis yang diinduksi obat atau perkembangan penyakit refluks gastroesofageal. Contoh obat-obatan tersebut adalah antipsikotik (misalnya, olanzapine, clozapine), antidepresan trisiklik, suplemen kalium, obat antiinflamasi nonsteroid, bifosfonat, calcium channel blocker, nitrat, teofilin, alkohol, obat-obatan dengan efek immunosupresan (misalnya, siklosporin), opioid (Azer, 2021)

2.7 Diagnosis

2.7.1 Anamnesis

Jenis makanan yang menyebabkan disfagia dapat memberikan informasi kelainan yang terjadi. Pada disfagia mekanik mula-mula kesulitan menelan hanya terjadi pada saat waktu menelan makanan padat. Sebaliknya pada disfagia motorik, yaitu pada pasien akalasia dan spasme difusi esofagus, keluhan sulit menelan makanan padat dan cairan terjadi dalam waktu yang bersamaan.

Waktu dan perjalanan keluhan disfagia dapat memberikan gambaran yang lebih jelas untuk diagnostik. Disfagia yang hilang dalam beberapa

hari dapat disebabkan oleh peradangan. Disfagia yang terjadi dalam beberapa bulan dengan penurunan berat badan yang dapat dicurigai adanya keganasan di esofagus. Bila disfagia ini berlangsung bertahun-tahun, untuk makanan padat perlu dipikirkan adanya kelainan yang bersifat jinak atau di esofagus bagian distal (*lower esophageal muscular ring*).

Lokasi rasa sumbatan di daerah dada dapat menunjukkan kelainan esofagus bagian torakal, tetapi bila sumbatan terasa di leher, maka kelainannya terdapat di faring, atau esofagus bagian servikal. Gejala lain yang menyertai disfagia, seperti masuknya cairan ke dalam hidung sewaktu minum menandakan adanya kelumpuhan otot-otot faring. (Soepardi, 2012)

2.7.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan daerah leher dilakukan untuk melihat dan meraba adanya massa tumor atau pembesaran kelenjar limfa yang dapat menekan esofagus. Daerah rongga mulut perlu diteliti ada tidaknya tanda-tanda peradangan orofaring dan tonsil selain adanya massa tumor yang dapat mengganggu proses menelan. Selain itu, diteliti adanya kelumpuhan otot-otot lidah dan arkus faring yang disebabkan oleh gangguan di pusat menelan maupun pada saraf otak N.V, N.VII, N.IX, N.X, dan N.XII. Pembesaran jantung sebelah kiri, elongasi aorta, tumor bronkus kiri dan pembesaran kelenjar limfa mediastinum dapat menyebabkan keluhan disfagia. (Soepardi, 2012)

2.7.3 Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan penunjang radiologi menggunakan foto polos esofagus yang memakai zat kontras. Dengan pemeriksaan fluoroskopi, dapat dilihat kelenturan dinding esofagus, adanya gangguan peristaltik, penekanan lumen esofagus dari luar, isi lumen esofagus dan terkadang kelainan mukosa esofagus. Pemeriksaan kontras ganda dapat memperlihatkan karsinoma stadium dini. Tomogram dan CT scan dapat mengevaluasi bentuk esofagus dan jaringan di sekitarnya. Adapun pemeriksaan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) dapat membantu melihat kelainan di otak yang menyebabkan disfagia motorik. (Soepardi, 2012)

2.7.4 Pemeriksaan Penunjang Lainnya

1. *Videofluoroskopi Swallow Assessment* (VFSS)

Videofluoroskopi Swallow Assessment (VFSS) atau *Modified Barium Swallow* (MBW) adalah pemeriksaan untuk disfagia dan aspirasi yang menggambarkan struktur dan fisiologi menelan pada rongga mulut, faring, laring dan esofagus bagian atas. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan bolus kecil dengan berbagai konsistensi yang dicampur dengan barium. VSFF dapat dilaksanakan dalam terapi menelan dengan memberikan bermacam bentuk makanan pada berbagai posisi kepala dan melakukan beberapa manuver untuk mencegah aspirasi untuk memperoleh kondisi optimal dalam proses menelan. (Tamin, 2012)

2. *Flexible Endoscopy Evaluation of Swallowing* (FEES)

Pemeriksaan evaluasi fungsi menelan dengan menggunakan nasofaringoskop serat optik lentur. Pasien diberikan berbagai jenis

konsistensi makanan dan dinilai kemampuan pasien dalam proses menelan. Pemeriksaan ini terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama dilakukan pemeriksaan sebelum pasien menelan (*preswallowing assessment*) untuk menilai fungsi muscular dan oromotor dan mengetahui kelainan fase oral. Tahap kedua ialah pemeriksaan langsung dengan memberikan berbagai konsistensi makanan, dinilai kemampuan pasien dan diketahui konsistensi yang paling aman untuk pasien. Tahap ketiga ialah pemeriksaan terapi dengan mengaplikasikan berbagai manuver dan posisi kepala untuk menilai peningkatan kemampuan menelan. (Tamin, 2012)

3. Esofagoskopi

Tujuan tindakan esofagoskopi ialah untuk melihat langsung isi lumen esofagus dan keadaan mukosanya. Diperlukan alat esofagoskopi yang kaku (*rigid esophagoscope*) atau yang lentur (*flexible fiberoptic esophagoscope*). Tindakan ini dapat dilakukan dengan pemberian analgesia (local maupun anastesia umum). Adapun risiko dari tindakan ini ialah perdarahan dan perforasi pasca biopsi. (Soepardi, 2012)

2.8. Tata Laksana Disfagia

Disfagia merupakan suatu gejala klinis yang dikeluhkan pasien dengan penyakit tertentu sehingga untuk tata laksana definitifnya bergantung pada diagnosis penyakitnya. Tujuan manajemen tata laksana akan bervariasi tergantung pada situasi, tetapi mungkin termasuk mencapai menelan yang baik dengan memaksimalkan nutrisi dan hidrasi dan pendidikan pengasuh.

(Lancaster, 2015). Pendekatan kompensasi manajemen bertujuan untuk membantu tindakan mengkonsumsi makanan dan minuman tanpa memperbaiki gangguan fisiologi menelan (Smith *et al.*, 2012). Metode kompensasi meliputi postur dan teknik menelan, memodifikasi diet/cairan pengental, mengadaptasi lingkungan, dan prosthetics intra-oral. Disarankan untuk menyelidiki pada VFSS dampak postur/teknik menelan pada menelan untuk memastikan mereka memang bermanfaat dan tidak merugikan sebelum direkomendasikan (Fraser, *et al.*, 2012).

Pendekatan rehabilitasi untuk manajemen bertujuan untuk memperbaiki fisiologi menelan yang terganggu. Ini umumnya melibatkan program latihan, biasanya dikembangkan oleh ahli terapi bicara dan bahasa, untuk meningkatkan fungsi tahap menelan oral dan/atau faring. Contohnya adalah manuver Mendelsohn untuk meningkatkan elevasi laring dan pembukaan esofagus bagian atas dan latihan untuk meningkatkan fungsi bibir dan lidah selama tahap menelan oral (Smith, *et al.*, 2012).

Dalam kasus disfagia berat atau asupan nutrisi/cairan yang buruk, pemberian makanan non-oral dapat dilakukan. Metode umum pemberian makanan non-oral adalah melalui selang nasogastrik (NGT) dan gastrostomi endoskopi perkutan (PEG). Jika non-oral-feeding cenderung untuk jangka waktu yang lebih lama maka PEG adalah pilihan yang lebih tepat (Geenage, C., *et al.*, 2012). Pemberian makanan non-oral (terutama pemberian makanan PEG) menimbulkan masalah etika dan kualitas hidup yang besar dan keputusan manajemen harus menyertakan orang dengan disfagia dalam proses pengambilan keputusan. (Lancaster, 2015)

2.9. Komplikasi Disfagia

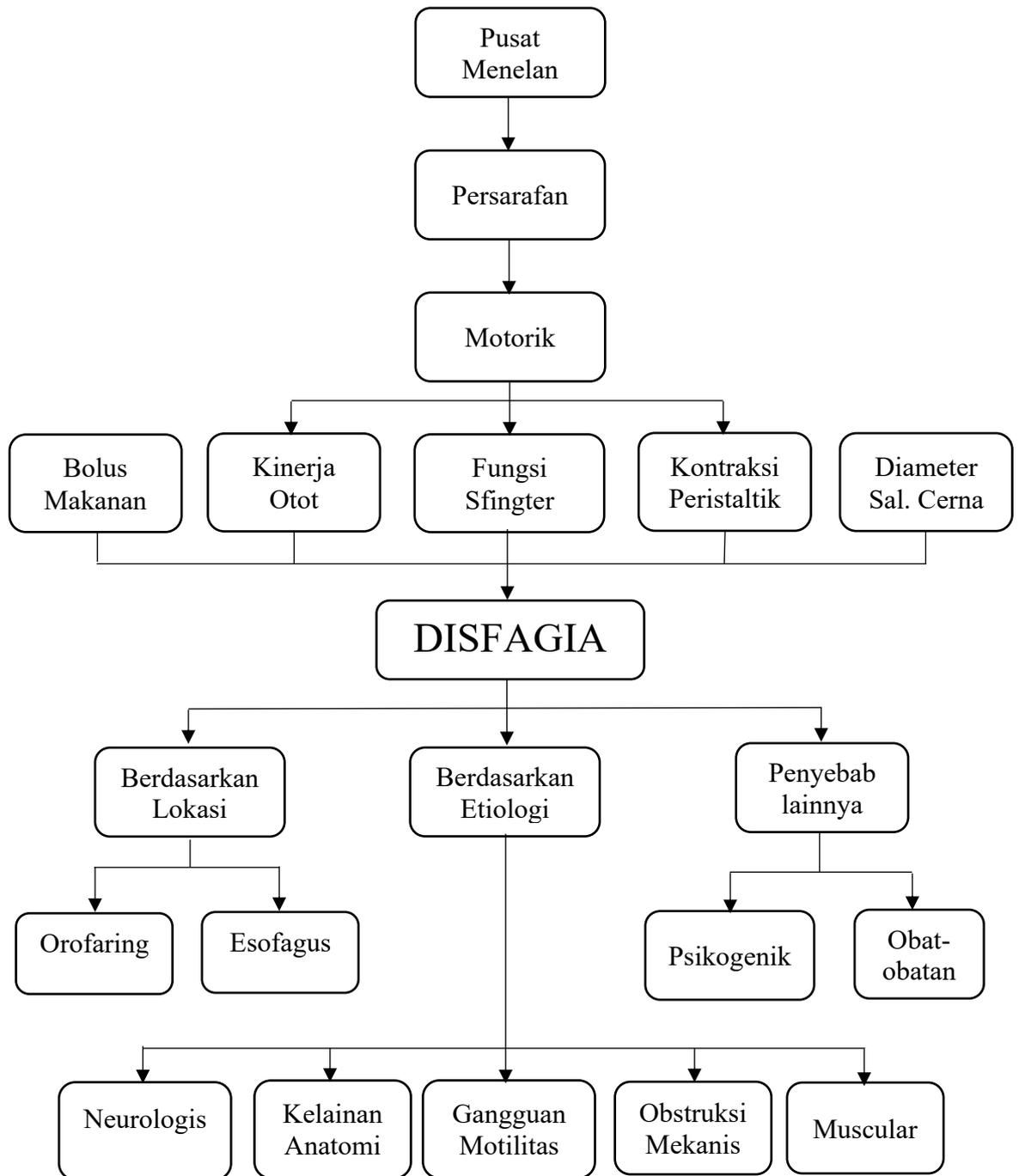
Disfagia memiliki efek atau komplikasi yang dapat mengganggu kualitas hidup pasien. Pada pasien yang mengalami disfagia, risiko makanan masuk ke saluran pernapasan akan meningkat dibanding dengan yang tidak mengalami disfagia. Dengan masuknya makanan tersebut ke saluran napas dapat menyebabkan seseorang menjadi sesak napas ataupun tersedak, selain itu pasien akan terangsang untuk batuk sebagai usaha untuk mengeluarkan makanan dari saluran pernapasan. Apabila batuk tak dapat mengeluarkan makanan atau benda asing tersebut, pasien dapat mengalami pneumonia aspirasi. Pneumonia aspirasi didefinisikan sebagai pneumonia dengan faktor risiko yang sudah ada sebelumnya disertai aspirasi yang terbukti atau dicurigai. Penderita disfagia memiliki risiko aspirasi yang lebih tinggi sehingga meningkatkan risiko tertular pneumonia. Telah dilaporkan bahwa pasien stroke dengan disfagia memiliki peningkatan risiko tertular pneumonia sebesar 3 hingga 11 kali lipat, dan prevalensi pneumonia lebih tinggi pada pasien dengan disfagia dibandingkan dengan pasien tanpa disfagia (Chang *et al*, 2022).

Gangguan proses menelan yang mempengaruhi mulut, tenggorokan dan esofagus, dapat menyebabkan kesulitan dalam menelan makanan, terutama makanan yang keras dan bertekstur kasar, dan minuman. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan dan perubahan asupan makan termasuk perubahan preferensi dan rendahnya kualitas makanan, yang pada akhirnya akan meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi (Safira *et al*, 2021). Dilaporkan bahwa 39,2% pasien disfagia berisiko mengalami malnutrisi dan 13,6% individu yang berisiko mengalami malnutrisi mengalami disfagia. Penderita

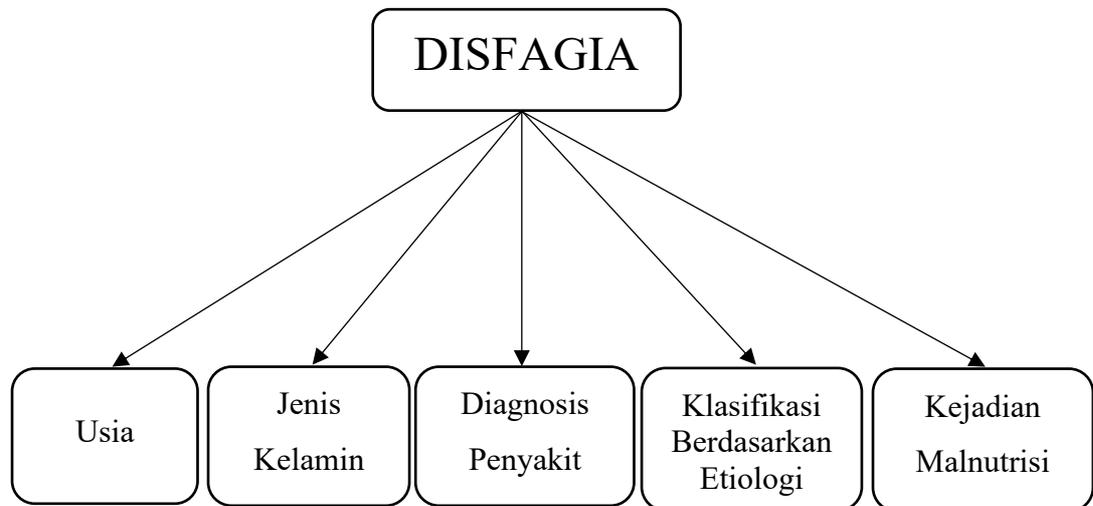
disfagia orofaringeal (OD) rentan mengalami asupan makanan yang tidak adekuat dan mengalami malnutrisi karena takut tersedak, anoreksia, dan penurunan preferensi makanan terkait tekstur makanan. Malnutrisi menyebabkan hilangnya massa otot secara sistemik dan atrofi otot-otot yang digunakan untuk menelan, dan hal ini pada akhirnya menyebabkan disfagia (Ueshima *et al*, 2021).

BAB 3
KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Teori



3.2 Kerangka Konsep



3.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

3.3.1 Usia

Definisi : Lama waktu hidup responden sejak dilahirkan.

Alat ukur : Rekam medik pasien

Cara ukur : Mencatat umur dari data rekam medik pasien

Hasil ukur : Berupa data kategori, yaitu :

1. <10 tahun
2. 10 – 19 tahun
3. 20 – 44 tahun
4. 45 – 59 tahun
5. >59 tahun

5.3.2 Jenis Kelamin

Definisi : Perbedaan jenis kelamin dari pasien sesuai dengan yang tercatat dalam rekam medis

Alat ukur : Rekam medik pasien

Cara ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik pasien

Hasil ukur : Berupa data kategori, yaitu

1. Laki-laki
2. Perempuan

5.3.3 Diagnosis Penyakit

Definisi : Penentuan kondisi kesehatan yang sedang dialami oleh seseorang sebagai dasar pengambilan keputusan medis untuk prognosis dan pengobatan.

Alat ukur : Rekam medik pasien

Cara ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik pasien

Hasil ukur : Berupa data kategori, yaitu

1. Divertikulum Zenker
2. Pembesaran tiroid
3. Tumor
4. Abses retrofaringeal
5. GERD
6. Stroke
7. Penyakit Parkinson
8. Polimiositis
9. Miastenia gravis
10. Sindrom sjorgen
11. Karsinoma esofagus
12. Esophagitis eosinofilik
13. Akalasia esofagus

14. Skleroderma
15. Lupus eritematosus sistemik
16. Arthritis reumatoid
17. Sklerosis sistemik
18. Corpus alineum esofagus
19. Dll.

5.3.4 Klasifikasi Berdasarkan Etiologi

Definisi : Pengelompokan berdasarkan penyebab dari gangguan disfagia pada pasien

Alat ukur : Rekam medik pasien

Cara ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik pasien

Hasil ukur : Berupa data kategori, yaitu

1. Neurologis
2. Kelainan anatomi
3. Gangguan motilitas
4. Obstruksi mekanis
5. Muscular
6. Lainnya

5.3.5 Kejadian Malnutrisi

Definisi : Kejadian kekurangan nutrisi dalam tubuh

Alat ukur : Rekam medik pasien

Cara ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medik pasien

Hasil ukur : Berupa data kategori, yaitu

1. Malnutrisi

2. Tidak malnutrisi