

TESIS
TEKNIK POSTURAL DALAM MENCEGAH ASPIRASI
PADA PASIEN DISFAGIA: A *SCOPING REVIEW*



KARTINI
R012182002

FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2022

**TEKNIK POSTURAL DALAM MENCEGAH ASPIRASI PADA
PASIEN DISFAGIA : *A SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan

Fakultas keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



(KARTINI)

R012182002

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2022

TESIS

TEKNIK POSTURAL DALAM MENCEGAH ASPIRASI PADA PASIEN
DISFAGIA : A SCOPING REVIEW

Disusun dan diajukan oleh

KARTINI

Nomor Pokok: R012182002

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 28 Desember 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Pembimbing Utama



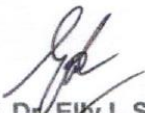
Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB
NIP.19850403 201012 2 002

Pembimbing Pendamping



Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D
NIP.19820419 200604 1 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Ely L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Kartini
NIM : R012182002
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judu : Teknik Postural dalam Mencegah Aspirasi pada Pasien
Disfagia: A Scoping Review

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Hasanuddin Makassar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Desember 2022

Yang menyatakan


Kartini



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Teknik Postural dalam Mencegah Aspirasi pada Pasien Disfagia: A *Scoping Review*”.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Ucapan terima kasih kami, secara khusus kepada Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB sebagai Pembimbing I dan Bapak Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan kepada kami bimbingan dan masukan dalam penyelesaian tesis ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin.
4. Dewan penguji Andi Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D, Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes dan Prof. Dr. Elly L Sjattar, S.Kp., M.Kes serta seluruh dosen dan staff Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran untuk memperbaiki kekurangan sangat diharapkan. Akhir kata, Semoga tesis ini dapat menjadi sumber referensi bagi insan akademik dan memberikan manfaat bagi para pembaca.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 2022

Kartini

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMBUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Originalitas Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Disfagia.....	12
B. Teknik Postural.....	17
C. Tinjauan Tentang Aspirasi.....	24
D. Konsep <i>Scoping Review</i>	26
E. Kerangka Teori.....	32

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Metodologi.....	33
B. Kerangka Kerja.....	33
C. Tahapan Studi.....	34
D. Pertimbangan Etik.....	44

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil Pencarian dan Seleksi Artikel.....	45
B. Hasil Studi.....	47

BAB V PEMBAHASAN

A. Jenis Disfagia.....	69
B. Teknik Postural yang Digunakan.....	69
C. Prosedur Pelaksanaan.....	71
D. Teknik Postural dalam Mencegah Aspirasi pada Pasien Disfagia.....	72
E. Implikasi dalam Keperawatan.....	75
F. Keterbatasan.....	75

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	77
B. Saran.....	78

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Nomor		Hal
2.1:	Etiologi Disfagia.....	12
2.2:	Karakteristik <i>Traditional Literature Reviews</i> , <i>Scoping Review</i> dan <i>Systematic Review</i>	29
3.1:	Kata Kunci Berdasarkan PCC.....	36
3.2	Definisi Operasional.....	43
4.1:	Hasil Pencarian dan Seleksi Artikel pada Database.....	45
4.2:	Karakteristik Studi.....	48
4.3:	Ringkasan Studi yang Disertakan.....	51
4.4:	Jenis Disfagia yang Diberikan Teknik Postural.....	58
4.5:	Prosedur Pelaksanaan Teknik Postural Berdasarkan Jenis Posture.	63
4.6:	Teknik Postural dalam Mencegah Aspirasi.....	66

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Hal
1.	<i>Chin Tuck (Chin-Down, Neck Flexion)</i>	19
2.	<i>Head Turn (To The Weak Side)</i>	20
3.	<i>Head Tilt (To The Strong Side)</i>	21
4.	<i>Head Back (Chin Up)</i>	23
5.	<i>Reclining position (at 30°).....</i>	24
6.	<i>Kerangka Teori.....</i>	32
7.	<i>Flowcharts for Study Selection and Inclusion.....</i>	46

DAFTAR SINGKATAN

CPG	<i>Central Pattern Generator</i>
FEES	<i>Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LVC	<i>Laryngeal Vestibule Closure</i>
NTS	Nukleus Traktus Solitarius
PCC	<i>Population, Concept and Context</i>
PICO	<i>Population, Intervention, Comparator, and Outcome</i>
PNPRI	Perpustakaan Nasional Republik Indonesia
QOL	<i>Quality of Life</i>
UESO	<i>Upper Esophageal Sphincter Opening</i>
VE	Video Endoskopi
VF	Videofluoroskopi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: *JBI Template Source of Evidence Details, Characteristics and Results Extraction Instrument*

Lampiran 2: *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist*

ABSTRAK

TEKNIK POSTURAL DALAM MENCEGAH ASPIRASI PADA PASIEN DISFAGIA: A SCOPING REVIEW

Pendahuluan: Disfagia merupakan gejala disfungsi menelan yang terjadi di antara mulut dan perut yang menempatkan pasien pada risiko aspirasi, pneumonia, dehidrasi dan malnutrisi. Salah satu upaya penanganan yang direkomendasikan adalah pemberian teknik postural.

Tujuan: Memetakan dan memberikan gambaran umum dari penelitian-penelitian sebelumnya mengenai penggunaan teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

Metode: *Scoping review* mengacu pada kerangka metodologi Arksey dan O'Malley (2005) yang telah disempurnakan *Joanna Briggs Institute*. Pencarian artikel menggunakan delapan database: *PubMed, ProQuest, Wiley, EBSCOhost, CINAHL, Cochrane Library, ScienceDirect* dan *Garuda* pada rentang tahun 2012-2022, dengan kriteria: semua studi dengan sampel pasien disfagia; intervensi teknik postural; dan studi dari semua negara dengan teks Bahasa Inggris dan Indonesia. Studi dieklusi jika teknik postural dilakukan pada individu yang sehat, bayi dan anak. Data dianalisis menggunakan analisis tematik mengacu pada kesamaan teknik postural, prosedur dan hasil yang dilaporkan.

Hasil: Empat belas studi memenuhi kriteria, termasuk satu studi *a randomized, alternating cross-over*; dua *experimental pretest-posttest single group*; tiga *prospective*; dan delapan *retrospective*. Terdapat tujuh teknik postural yang digunakan untuk mencegah aspirasi pada pasien disfagia dalam tinjauan ini, termasuk *chin-down posture* yang dapat mencegah aspirasi hingga (40%) sebelum menelan dan (37%-66%) saat menelan pada disfagia orofaringeal neurogenik, disfagia orofaringeal dan disfagia umum; *chin tuck* (19.6% hingga 81%) saat menelan pada disfagia orofaringeal neurogenik, orofaringeal dan disfagia umum; *head turn* (22.5%-26.3%) saat menelan pada disfagia orofaringeal; *45° reclining sitting* (67.6%) saat menelan pada disfagia orofaringeal neurogenik; *60° dan 45° reclining sitting* (20%-26%) saat menelan pada disfagia orofaringeal; *45° reclining sitting* dan *supraglottic swallow* (52.8%) sebelum menelan pada disfagia; *chin-down, head-turned* dan *head hyperextension posture* (88%) saat menelan pada pasien disfagia orofaringeal.

Kesimpulan: Teknik postural seperti *chin-down, chin tuck, head turn, 45° reclining sitting*, gabungan *60° dan 45° reclining sitting*, gabungan *45° reclining sitting posture* dan *supraglottic swallow* dan gabungan (*chin-down, head-turned* dan *head hyperextension posture*) dapat digunakan dalam mencegah aspirasi pada pasien dengan berbagai jenis disfagia, seperti disfagia orofaringeal neurogenik, disfagia orofaringeal dan disfagia umum sebelum dan saat menelan.

Kata Kunci: Disfagia, Pencegahan Aspirasi, Teknik postural

ABSTRACT

Postural Technique in Preventing Aspiration in Dysphagia Patients : A Scoping Review (Supervised by Rosyidah Arafat and Syahrul)

A dysphagia represents a swallowing dysfunction symptom occurring between the oral cavity and abdominal cavity which places the patient in the risks of aspiration, pneumonia, dehydration, and malnutrition. One of the handling efforts which is recommended is the postural technique administration. The research aims at mapping and giving the general depiction of the previous researches about the postural technique use in preventing the aspiration in the dysphagia patients. The research used the scoping review which refers to Arksey and O'Malley's (2005) methodological framework which had been perfected Joanna Briggs Institute. Article searching used eight databases: *Pubmed*, *ProQuest*, *Wiley*, *EBSCOhost*, *CINAHL*, *Cochrane Library*, *ScienceDirect*, and *Garuda* ranging from the years 2012 to 2022 with the criteria: all researches with the dysphagia patient samples, postural technique intervention, and researches from all countries with English language and Indonesian language texts. The researches were excluded if the postural technique was conducted on the healthy individuals, babies and children. Data were analysed using thematic analysis which referred to the postural technique equation, procedures and results which have been reported. The research result indicates that four studies meet criteria, including one study a randomized alternating cross-over, two *experimental pre-test – post test single group*, three *prospective*, and eight *retrospective*. There are eight postural techniques used to prevent the aspiration in the dysphagia patients in this review, including the chin down posture in which (40%) is before swallowing, and (37% - 66%) while swallowing on the neurogenic oropharyngeal, oropharyngeal dysphagia, oesophagus, and general dysphagia, *chin tuck* (from 19.6% to 81%) while swallowing in the neurogenic oropharyngeal, oropharyngeal dysphagia, and general dysphagia, head turn is (from 22.5% to 26.3%) while swallowing in oropharyngeal dysphagia. *45° reclining sitting* is (67,6%) while swallowing in the neurogenic oropharyngeal dysphagia, *60° and 45° reclining sitting* is (from 20% to 26%) while swallowing in the oropharyngeal dysphagia. *45° reclining sitting* and supraglottic swallow is (52.8%) before swallowing in the dysphagia, chin-down, head turn, head hyperextension posture is (88%) while swallowing in the oropharyngeal dysphagia patients. It can be concluded that the postural techniques such as *chin down*, *chin tuck*, *60° and 45° reclining sitting position* can be used in preventing the aspiration in the patients with the various types of dysphagia such as the neurogenic oropharyngeal dysphagia, oropharyngeal dysphagia, and general dysphagia before and while swallowing.

Key words: dysphagia, aspiration prevention, postural technique.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menelan merupakan suatu proses yang rumit dikarenakan faring selain memiliki fungsi untuk pernapasan, juga berfungsi untuk menelan. Faring diubah hanya beberapa detik pada suatu waktu menjadi saluran penggerak makanan (Guyton & Hall, 2006). Kesulitan pada proses menelan dikenal dengan istilah disfagia (Lewis et al., 2014). Disfagia merupakan gejala disfungsi menelan yang terjadi di antara mulut dan perut, yang dibedakan menjadi disfagia orofaring dan disfagia esofagus (Clavé & Shaker, 2015; Iqbal et al., 2014). Disfagia orofaring merupakan kesulitan memulai untuk menelan dan/atau memindahkan bolus dari rongga mulut ke dalam kerongkongan, sedangkan disfagia esofagus diartikan sebagai berkurangnya kemampuan untuk memindahkan makanan melalui esofagus yang seringkali menyebabkan nyeri dada bagian atas atau regurgitasi (Eisenstadt, 2010). Kejadian disfagia, baik disfagia orofaring maupun disfagia esofagus dapat terjadi karena adanya multiple faktor.

Disfagia dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti: masalah neurologis, imunologi, gastroesofageal, kongenital, onkologi dan banyak penyebab lain yang dapat menyerang seseorang dari segala usia (Roden & Altman, 2013). Disfagia menempatkan pasien pada risiko aspirasi, pneumonia, dehidrasi dan malnutrisi (Smeltzer et al., 2010), meningkatkan pemanfaatan

dan biaya perawatan kesehatan (Attrill et al., 2018). Hasil penelitian sebelumnya mengemukakan bahwa pada pasien stroke dengan disfagia 4,69 kali lebih mungkin mengembangkan pneumonia aspirasi daripada kelompok non disfagia dalam satu tahun terakhir dan menunjukkan angka kematian yang lebih tinggi dari pada kelompok non disfagia dalam lima tahun setelah kunjungan (Feng et al., 2019). Oleh karena kejadian disfagia disebabkan oleh berbagai faktor dan dapat menyerang setiap orang dari berbagai kelompok usia, menjadikan penyakit ini mengalami prevalensi yang cukup tinggi.

Secara global, prevalensi disfagia komunitas berkisar antara 2% dan 20%. Dalam survey kesehatan online berbasis populasi yang besar di Amerika Serikat, ditemukan bahwa disfagia sering terjadi pada 1 dari 6 orang dewasa (Adkins et al., 2020). Penelitian di Belanda yang dilakukan melalui survei telepon melaporkan bahwa dari 2.600 peserta yang berpartisipasi dalam penelitian, 315 (12,1%) diidentifikasi memiliki kelainan menelan dan menunjukkan peningkatan risiko disfagia orofaring seiring bertambahnya usia, sedangkan prevalensi disfagia oropharyngeal pada populasi umum mencapai 12,1% (Kertscher et al., 2014). Pada populasi stroke di Asia, disfagia terjadi pada 36,3% pasien (Meng et al., 2020). Di China, disfagia didapatkan pada 46,3% pasien stroke fase akut, 56,9% pasien stroke fase kronis, 40,8% pada penyakit alzheimer, 46,2% pada penyakit parkinson, 12,5% pada multiple sclerosis, 50,0% pada amyotrophic lateral sclerosis dan 35,5% pada pasien dengan kanker kepala/leher (Zhang et al., 2018). Prevalensi disfagia yang tinggi, telah menyebabkan berbagai risiko komplikasi pada pasien.

Salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasien disfagia adalah aspirasi yang dapat menyebabkan pneumonia aspirasi berulang dan bahkan asfiksia yang mengancam jiwa (Duncan et al., 2019). Peningkatan risiko kematian pada pasien disfagia orofaring memiliki keterkaitan dengan adanya aspirasi yang dideteksi melalui *Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES) (Giraldo-Cadavid et al., 2020). Aspirasi mengacu pada masuknya makanan atau cairan ke dalam jalan napas di bawah pita suara dan dapat menjadi penyebab terjadinya infeksi dada dan pneumonia (Rommel & Hamdy, 2015; Duncan et al., 2019). Aspirasi terjadi pada lebih dari 50% kasus disfagia dan 50% diantaranya dapat mengalami silent aspiration yakni aspirasi yang terjadi tanpa adanya batuk atau tanda-tanda gangguan menelan yang jelas meskipun terdapat bukti material di bawah pita suara (Leder, Suiter, & Green, 2011; O'Rourke, Vickers, Upton, & Chan, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Campbell mempelajari efek aspirasi pada 62 pasien non-laringektomi yang selamat 5 tahun setelah didiagnosis kanker kepala dan leher, dimana 44% pasien mengalami aspirasi, sedangkan pada pasien kanker kepala dan leher yang menjalani kemoradiasi sekitar 59% pasien dapat mengalami aspirasi (Balasubramanian, 2018). Untuk mencegah terjadinya aspirasi sebagai komplikasi dari disfagia, maka strategi atau penatalaksanaan yang tepat sangat diperlukan.

Beberapa strategi atau penatalaksanaan yang dapat diberikan untuk rehabilitasi pasien disfagia diantaranya adalah *training exercise*, manajemen bedah, terapi farmakologis dan metode kompensasi (Lee et al., 2018). Akan

tetapi dari berbagai strategi penatalaksanaan tersebut, metode kompensasi secara khusus direkomendasikan dalam mengurangi risiko aspirasi karena dapat diterapkan secara langsung pada pasien disfagia untuk memastikan proses menelan yang aman dan efisien melalui penyesuaian sederhana yang memungkinkan pasien melanjutkan diet oral yang aman (Lee et al., 2018; Johnson et al., 2015). Selain itu, kompensasi dipandang sebagai penyesuaian jangka pendek untuk makanan/cairan atau lingkungan pasien dengan tujuan untuk menjaga kebutuhan nutrisi dan hidrasi hingga pasien dapat melakukannya sendiri. Metode kompensasi berfokus pada penerapan teknik untuk memfasilitasi asupan makanan/cairan yang aman secara berkelanjutan atau untuk menyediakan sumber nutrisi alternatif untuk pemeliharaan kebutuhan nutrisi (Lee et al., 2018). Terdapat dua jenis dalam metode kompensasi untuk mencegah terjadinya aspirasi pada pasien disfagia yaitu modifikasi diet dan teknik postural.

Salah satu teknik dalam metode kompensasi yang dapat diberikan untuk mencegah terjadinya aspirasi pada pasien disfagia adalah modifikasi diet untuk meningkatkan keamanan atau kemudahan dalam konsumsi oral dalam upaya menjaga asupan makanan/cairan oral yang aman dan memadai. Akan tetapi, akseptabilitas yang rendah dan kepatuhan yang buruk terhadap makanan/cairan yang dimodifikasi pada pasien usia lanjut dengan disfagia dapat berkontribusi pada peningkatan risiko nutrisi yang tidak memadai (Sura et al., 2012). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa penggunaan nutrisi bertekstur semisolid dengan tekstur yang menyatu dapat digunakan untuk mencegah

aspirasi pada pasien disfagia, namun teknik ini belum memiliki prosedur baku berupa teknik-teknik tertentu seperti pada metode kompensasi yang lain (Achmad et al., 2017). Selain modifikasi diet, teknik lainnya dalam strategi kompensasi yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya aspirasi pada pasien disfagia adalah teknik postural.

Teknik postural umumnya bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi aspirasi makanan atau cairan (Varghese & Thankappan, 2018a). Selain itu, teknik postural juga bertujuan untuk mengarahkan kembali aliran makanan dan/atau cairan untuk mencegah aspirasi dan menghilangkan residu. Terdapat beberapa jenis dalam teknik postural, seperti: *chin tuck/chin-down/head flexion*, *head turn*, *head tilt*, *side lying*, *head back* dan *reclining position*) (Sura et al., 2012). Teknik postural atau penyesuaian postur dianggap sebagai metode kompensasi yang efektif dan dapat digunakan pada berbagai jenis pasien disfagia. Penggunaan teknik postural ini diindikasikan untuk mengurangi aspirasi yang terjadi sebelum dan selama menelan, hal ini karena perubahan posisi kepala meningkatkan ukuran kepala ruang vallekular dan membalikkan epiglotis ke posisi yang lebih protektif saat memasuki jalan napas (Terré & Mearin, 2012). Teknik postural direkomendasikan pada pasien disfagia untuk mengurangi aspirasi atau residu.

Perubahan pada tubuh dan/atau postur kepala dapat direkomendasikan sebagai teknik kompensasi untuk mengurangi aspirasi atau residu, dimana perubahan postur tubuh dapat mengubah kecepatan dan arah aliran bolus makanan atau cairan yang bertujuan untuk melindungi jalan napas untuk

memfasilitasi menelan yang aman (Sura et al., 2012). Variasi postur mengarahkan dan memfasilitasi aliran bolus dan meningkatkan waktu transit oral dan faring serta mengurangi jumlah residu setelah menelan. Pemilihan teknik yang optimal untuk menyesuaikan postur dapat membantu mencegah aspirasi dan residu faring, sementara praktik menelan dalam postur yang telah dipastikan aman adalah metode pelatihan yang valid dan membantu pasien untuk melanjutkan asupan oral (Inamoto et al., 2014). Teknik postural dapat diperkenalkan sebagai teknik sementara selama proses pemulihan fungsi menelan, tetapi dalam beberapa kasus diindikasikan untuk digunakan secara permanen guna mencegah aspirasi dan meningkatkan keamanan menelan (Speyer, 2012). Penggunaan teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia telah dilaporkan oleh penelitian-penelitian sebelumnya.

Sejumlah penelitian tentang pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia telah dilakukan, diantaranya adalah penelitian Terré & Mearin (2012) menggunakan teknik postural *chin-down posture* pada pasien disfagia orofaringeal neurogenik akibat cedera otak (stroke dan trauma), dimana peserta diberikan 3, 5, 10 dan 15 mL puding, nektar dan viskositas cairan, dalam dalam posisi anatomis (menelan normal) atau *rachis servikal* dalam fleksi dengan kontak *sternal-mentonian* (postur dagu ke bawah) yang dilakukan oleh perawat menunjukkan bahwa selama postur *chin-down*, terjadinya aspirasi dapat dicegah pada 55% pasien. Penelitian Park et al (2013) menggunakan teknik postural 45° *reclining sitting position* pada pasien disfagia, dimana pasien diminta untuk menelan 2 mL cairan encer, 5 mL cairan

encer, cairan kental, yogurt dan nasi secara bergantian, masing-masing dua kali dalam posisi duduk 90° tegak dan 45° berbaring yang dilakukan oleh dokter menunjukkan bahwa posisi duduk berbaring 45° dapat mengurangi terjadinya terjadinya penetrasi atau aspirasi pada pasien disfagia.

Penelitian lain yang dilakukan Saconato et al (2016) dengan teknik postural *chin tuck* pada pasien disfagia orofaringeal neurogenik yang disebabkan oleh stroke vaskular ensefalik dan penyakit degenerative, dimana pasien diminta untuk tetap duduk dan menelan makanan kontras barium dalam konsistensi yang berbeda yaitu: cairan encer, cairan kental dengan konsistensi nektar, madu, dan puding (5ml dan 10ml) dan padat kemudian diinstruksikan untuk melenturkan kepala mereka sebanyak mungkin yang dilakukan oleh perawat menunjukkan bahwa teknik postural *chin-tuck* efektif dalam menunda pemicu menelan, penurunan elevasi laring dan kesulitan menelan cairan, tetapi bukan strategi kompensasi terbaik untuk pasien dengan disfagia berat. Penelitian Sung Eun Hyun et al (2016) dengan teknik postural *chin tuck* pada pasien disfagia, dimana pasien diminta menelan 2 mL cairan yang mengandung 35% larutan barium encer; yogurt dan bubur nasi dua kali untuk setiap diet dengan postur leher netral dan postur *chin tuck* (melenturkan kepala mereka sebanyak mungkin) yang dilakukan oleh terapis okupasi menunjukkan bahwa teknik postural *chin-tuck* efektif dalam mencegah penetrasi atau aspirasi dan dalam mengurangi residu faring.

Penelitian-penelitian sebelumnya telah melaporkan pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia, namun jenis disfagia

yang dapat diberikan teknik postural, teknik postural yang digunakan, prosedur pelaksanaan, waktu pemberian serta pelaksana teknik postural dalam penelitian-penelitian tersebut bervariasi. Oleh karena itu, dilakukan penyusunan *scoping review* ini untuk memetakan dan meringkas jenis bukti yang tersedia serta memberikan informasi untuk penyusunan *systematic review* di masa depan terkait dengan pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia. *Scoping review* ini juga dapat dijadikan sebagai referensi berdasarkan *evidence based* bagi profesional kesehatan untuk merencanakan teknik postural yang tepat dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

B. Rumusan Masalah

Disfagia merupakan gejala disfungsi menelan yang terjadi di antara mulut dan perut, yang dibedakan menjadi disfagia orofaring dan disfagia esofagus (Clavé & Shaker, 2015; Iqbal et al., 2014). Salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasien disfagia adalah aspirasi yang dapat menyebabkan pneumonia aspirasi berulang dan bahkan asfiksia yang mengancam jiwa (Duncan et al., 2019). Dari 315 kasus aspirasi pneumonia yang diamati antara kelompok disfagia vs non disfagia, ditemukan hasil yang signifikan antara kejadian aspirasi pneumonia pada kelompok disfagia (Lo et al., 2019). Oleh karena itu, diperlukan pengelolaan untuk mencegah risiko aspirasi, salah satunya dengan metode kompensasi menggunakan teknik postural yang memberikan perlindungan pada jalan napas sehingga dapat memfasilitasi proses menelan yang aman (Terré & Mearin, 2012).

Pada studi pendahuluan, sejumlah penelitian telah melaporkan efektivitas penggunaan berbagai jenis teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia (Terré & Mearin, 2012; Fraser & Steele, 2012; J. Y. Ra et al., 2014; Saconato et al., 2016; Sung Eun Hyun et al., 2016; Benjapornlert et al., 2020). Akan tetapi, jenis disfagia yang dapat diberikan teknik postural, teknik postural yang digunakan, prosedur pelaksanaan, waktu pemberian serta pelaksana teknik postural bervariasi. Fenomena tersebut menimbulkan pertanyaan, yaitu: jenis disfagia apa saja yang dapat diberikan teknik postural?; teknik postural apa saja yang dapat digunakan dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia?; bagaimana prosedur pelaksanaan teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia?; kapan waktu pemberian teknik postural yang tepat dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia?; dan siapa saja yang dapat melakukan teknik postural?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengkaji dan memberikan gambaran umum dari berbagai bukti (kuantitatif dan/atau kualitatif) penelitian-penelitian sebelumnya mengenai pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

2. Tujuan Khusus

- a. Diidentifikasi jenis disfagia yang dapat diberikan teknik postural.
- b. Diidentifikasi teknik postural yang dapat digunakan dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

- c. Diidentifikasi prosedur pelaksanaan teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.
- d. Diidentifikasi waktu pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.
- e. Diidentifikasi yang dapat melakukan teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

D. Originalitas Penelitian

Scoping review sebelumnya terkait dengan pengelolaan disfagia telah dilakukan, namun terdapat perbedaan antara *review-review* sebelumnya dengan *review* saat ini, diantaranya adalah *scoping review* yang meringkas 14 artikel tentang intervensi untuk disfagia, namun *review* ini berfokus pada pemetaan berbagai intervensi penatalaksanaan aspirasi pada pasien disfagia khusus bagi mereka yang tinggal di panti jompo sebagai panduan untuk merancang studi intervensi multi-komponen seperti intervensi makan, kebersihan mulut, algoritme pengasuh, stimulasi, mengajari penghuni apa yang harus dimakan, mobilisasi tulang belakang, latihan/pelatihan dan posisi (Melgaard et al., 2021); *scoping review* lain meringkas 19 studi intervensi untuk mencegah aspirasi, namun *review* ini memetakan semua jenis intervensi yang dapat digunakan untuk mencegah aspirasi khusus pada lansia dengan disfagia yang tinggal di panti jompo (Chen et al., 2021); *scoping review* lainnya meringkas 26 studi intervensi untuk pasien disfagia, namun *review* ini berfokus pada pemetaan intervensi non-bedah dan non-farmakologis yang dapat digunakan dalam pengobatan disfagia khusus pada pasien dengan *cedera otak*

sedang hingga berat pada fase akut dan subakut (Eskildsen et al., 2021); sedangkan *scoping review* saat ini memetakan berbagai bukti terkait dengan pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia berfokus pada jenis disfagia apa saja yang dapat diberikan teknik postural, teknik postural apa saja yang dapat digunakan, bagaimana prosedur pelaksanaannya, kapan waktu pemberian yang tepat dan siapa saja yang dapat melakukan teknik postural ini.

Oleh karena itu originalitas *scoping review* ini adalah mengidentifikasi, memetakan dan meringkas jenis bukti yang tersedia, serta memberikan informasi untuk penelitian sistematis di masa depan tentang pemberian teknik postural dalam mencegah aspirasi pada pasien disfagia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Disfagia

1. Definisi

Disfagia didefinisikan secara obyektif sebagai keterlambatan abnormal dalam transit bolus cair dan/atau padat selama tahap menelan orofaring atau esofagus. Penundaan ini bisa bersifat sementara, berlangsung beberapa detik, atau pada manifestasi yang paling parah sebagai penundaan tetap (Jalil et al., 2015). Pada umumnya disfagia terjadi pada pasien yang mengalami stroke, kanker kepala dan leher atau penyakit neurogis progresif. Insiden disfagia terbesar yaitu sekitar 7-22% populasi ditemukan pada usia dewasa diatas 50 tahun (Cahyani & Muyassaroh, 2018).

2. Etiologi

Tabel 2.1: Etiologi Disfagia

<i>Oropharyngeal Dysphagia</i>	<i>Esophageal Dysphagia</i>
<p>Neurologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cerebrovascular accidents - Parkinson disease - Amyotrophic lateral sclerosis - Multiple sclerosis - Huntington disease - Guillain-Barré syndrome - Tabes dorsalis - Tetanus - Polio - Tardive dyskinesia - Alzheimer and other types of dementia <p>Muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Myasthenia gravis 	<p>Motility:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achalasia - Spastic motility disorders (diffuse esophageal spasm, nutcracker esophagus, jackhammer esophagus) - Hypocontractile motility disorders (ineffective esophageal motility disorder) - Scleroderma - Sjogren syndrome - Connective tissue overlap syndrome - Amyloidosis <p>Inflammatory:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erosive esophagitis - Eosinophilic esophagitis <p>Infectious:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chagas disease

<i>Oropharyngeal Dysphagia</i>	<i>Esophageal Dysphagia</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Muscular dystrophy - Hyperthyroidism - Hypothyroidism - Dermatomyositis - Polymyositis 	<ul style="list-style-type: none"> - AIDS - Infectious esophagitis (cytomegalovirus, herpes simplex virus, candida)
<p>Structural:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esophageal web - Cervical osteophytes - Goiter - Lymphadenopathy - Zenker diverticulum - Oropharyngeal tumor 	<p>Structural or Mechanical:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malignancy (esophageal, gastric, or mediastinal) - Foreign bodies - Peptic stricture - Esophageal ring (Schatzki ring) - Dysphagia lusoria (aberrant right subclavian artery) - Other vascular ring anomalies (enlarged left atrium or aorta, aberrant vessels) <p>Other:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Functional dysphagia - Pill esophagitis (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, bisphosphonates, doxycycline, tetracycline, potassium chloride, quinidine, ferrous sulfate, ascorbic acid) - Decreased lower esophageal sphincter tone (medications such as nitrates, anticholinergics, benzodiazepines, morphine, calcium-channel blockers, tricyclic antidepressants)

(Jansson-Knodell et al., 2017)

3. Jenis Disfagia

Disfagia terbagi menjadi beberapa kategori utama, yaitu oropharyngeal vs esophageal dan mechanical vs dysmotility. Seperti dengan istilah tersebut, disfagia orofaring berasal dari proses abnormal yang mempengaruhi mulut dan faring. Pasien dengan disfagia orofaringeal memiliki masalah dalam memindahkan cairan atau bolus makanan ke kerongkongan. Gejala yang dapat membedakan antara disfagia orofaringeal dari disfagia esofagus termasuk fungsi yang berkaitan dengan disfungsi neuromuskuler seperti air liur, tumpahan makanan dari mulut, ketidakmampuan untuk mengunyah, menelan sedikit demi sedikit, kesulitan

menelan, regurgitasi hidung, kebutuhan untuk menelan berulang, batuk, sialorrhea, xerostomia, disartria, disfonia, atau tersedak. Disfagia esofagus mencakup semua gangguan yang berasal dari bawah sfingter esofagus bagian atas, menyebabkan masalah saat transit ke perut. Pada umumnya, pasien dengan disfagia esofagus mengeluhkan sensasi gerakan lambat makanan atau cairan bolus di dada meskipun terkadang dapat merujuk gejala ke leher dari sumber obstruksi yang lebih distal. Timbulnya gejala terjadi setelah menelan, bukan saat menelan. Pasien tidak memiliki gejala pernapasan karena tempat obstruksi terletak di distal jalan napas. Pasien dengan disfagia esofagus juga dapat mentolerir bolus yang lebih banyak dan/atau lebih besar karena sifat badan esofagus yang lebih luas jika dibandingkan dengan faring (Patel et al., 2020).

4. Patofisiologi

Disfagia orofaring dapat terjadi akibat berbagai perubahan struktural yang mengganggu perkembangan bolus. Kelainan struktural yang paling umum termasuk esofagus, kanker telinga-leher-tenggorakan, osteofit leher, stenosis esofagus pascabedah dan divertikulum zenker. Disfagia juga dapat menjadi efek samping dari pasien dengan kanker leher dan kepala yang menjadi radioterapi. Namun, disfagia orofaring lebih sering merupakan kelainan fungsional yang mempengaruhi respon menelan orofaring dan disebabkan oleh penuaan, stroke dan penyakit sistemik atau neurologis. Pada istilah biomekanik, respon menelan orofaring terdiri dari pengaturan temporal struktur orofaring dari jalur pernapasan ke saluran pencernaan,

transfer bolus dari mulut ke kerongkongan dan pemulihan konfigurasi pernapasan. Input sensorik oleh sifat fisikokimia bolus diperlukan selama preparasi bolus, memicu dan memodulasi respons menelan. Rasa, tekanan, suhu dan rangsangan somatik general dan nosiseptif dari orofaring dan laring diangkut melalui saraf kranial V, VII, IX, dan X ke *Central Pattern Generator* (CPG), di dalam Nukleus Traktus Solitarius (NTS) dimana mereka terintegrasi dan diatur dengan informasi yang berasal dari korteks. Menelan memiliki representasi serebral multiregional dan asimetris di sensorimotor kaudal dan korteks premotor lateral, insula, korteks temporopolar, amigdala dan otak kecil. Setelah diaktifkan, CPG memicu respons motorik menelan yang melibatkan neuron motorik di batang otak dan akson yang berjalan melalui sumsum tulang belakang leher (C1-C2) dan saraf kranial (V, VII, IX, ke XII). Durasi respons menelan pada orang sehat berkisar antara 0.6-1 detik. Orang sehat menunjukkan waktu reaksi yang singkat pada otot submental, respon menelan pendek (GPJO-LVO <740 ms), penutupan ruang depan laring cepat (LVC <160 ms) dan pembukaan sfingter esofagus atas yang cepat (UESO <220 ms). Sebaliknya, respon menelan terganggu, terutama pada pasien dengan disfagia neurogenik (Carrión et al., 2018).

Interval berkepanjangan untuk LVC (*laryngeal vestibule closure*) dan UESO (*upper esophageal sphincter opening*) adalah kunci abnormalitas dari respon menelan, dua kali lipat dari orang sehat dan menyebabkan deglutisi yang tidak aman serta aspirasi pada pasien neurologis yang lebih

tua. Respon menelan yang tertunda ini pada orang tua dan pada pasien dengan disfagia neurogenik dapat dikaitkan dengan gangguan sensasi, penurunan jumlah neuron di otak dan keterlambatan konduksi sinaptik input aferen ke sistem saraf pusat yang disebabkan oleh penuaan dan oleh faktor risiko lain untuk disfagia seperti penyakit neurodegeneratif atau stroke. Kondisi lain seperti delirium, kebingungan dan demensia dan efek obat penenang, neuroleptik atau antidepresan, juga dapat menyebabkan gangguan respons menelan pada pasien tua yang lemah. Transfer bolus dari mulut melalui faring terutama terjadi dengan tindakan meremas lidah. Orang dewasa yang lebih tua menunjukkan kelemahan lingual, sebuah temuan yang berhubungan dengan sarcopenia pada otot kepala dan leher dan kelemahan. Penggerak lidah dinilai dengan pengukuran langsung dengan sensor oral atau dengan studi videofluoroscopic yang mengukur kecepatan bolus dan energi kinetik selama menelan. Orang dewasa yang lebih tua menghasilkan tekanan isometrik maksimum yang lebih rendah daripada orang dewasa yang lebih muda. Penelitian yang dilakukan oleh (Clavé et al. 2006) menunjukkan bahwa orang dewasa muda yang sehat menunjukkan kecepatan bolus yang tinggi (>35 cm/s) dan gaya propulsi bolus yang kuat ($>0,33$ mJ). Sebaliknya, orang tua dengan disfagia oropharyngeal mengalami gangguan gaya penggerak lidah ($<0,14$ mJ) dan kecepatan bolus yang lebih lambat (<10 cm/s). Oleh karena itu, disfagia orofaringeal fungsional pada pasien yang lebih tua dan pasien neurologis dikaitkan dengan penurunan efikasi dan keamanan menelan yang disebabkan oleh

lemahnya penggerak lidah dan respon menelan yang berkepanjangan (Carrión et al., 2018).

Patogenesis gangguan keamanan terkait dengan penundaan beberapa refleks pelindung fisiologis pada rekonfigurasi orofaringeal (terutama penutupan ruang depan laring) yang disebabkan oleh respons saraf menelan yang lambat dan terkait dengan beberapa faktor risiko seperti penuaan, penyakit neurodegeneratif, kebingungan, demensia, dan obat-obatan. Patogenesis dari penurunan efikasi terkait dengan perubahan dalam propulsi bolus yang disebabkan oleh remasan otot lidah yang lemah terkait dengan sarcopenia dan kelemahan (Carrión et al., 2018).

B. Teknik Postural

1. Tujuan

Teknik postural pada umumnya bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi aspirasi makanan atau cairan pasien (Varghese & Thankappan, 2018a). Selain dapat meminimalkan risiko aspirasi, teknik postural yang tepat dapat mempertahankan nutrisi dan hidrasi oral yang memadai serta meningkatkan kualitas hidup (Juan et al., 2010). Teknik postural bertujuan untuk mengarahkan kembali aliran makanan atau cairan untuk mencegah aspirasi dan menghilangkan residu. Penggunaan teknik postural ini diindikasikan untuk mengurangi aspirasi yang terjadi sebelum dan selama menelan karena perubahan posisi kepala meningkatkan ukuran kepala ruang vallekular dan membalikkan epiglotis ke posisi yang lebih protektif saat memasuki jalan napas (Terré & Mearin, 2012).

2. Jenis Teknik Postural

a. *Chin Tuck (Chin-Down, Neck Flexion)*

Pada umumnya *chin tuck* digunakan untuk mengkompensasi respon faring lambat yang berkontribusi terhadap risiko aspirasi sebelum menelan (Cahyani & Muyassaroh, 2018). Postur *chin-down* melibatkan sentuhan dagu ke leher. Postur ini mendorong dinding faring anterior ke belakang. Pada saat dagu menghadap ke bawah, dasar lidah dan epiglotis didorong lebih dekat ke dinding faring posterior, pintu masuk jalan nafas (ruang antara dasar epiglotis dan tulang rawan arytenoid) menyempit sehingga mengurangi risiko aspirasi dan meningkatkan perlindungan jalan napas (Andersen et al., 2013; Jestrović et al., 2015; Varghese & Thankappan, 2018). Vallecula melebar, sehingga memberikan lebih banyak ruang bagi bolus untuk mengatur sebelum menelan faring dimulai (Varghese & Thankappan, 2018a). Ketika postur dagu ke bawah digunakan, postur tubuh yang optimal diperoleh saat duduk dengan panggul dimiringkan ke depan dan punggung yang disangga dengan baik (Andersen et al., 2013).

Posisi ini di indikasikan pada pasien dengan proses menelan faring tertunda, berkurangnya retraksi pangkal lidah (berkurangnya ruang retrolingual), pada pasien dengan perlindungan jalan nafas yang menurun, berkurangnya elevasi laring, serta mengalami aspirasi saat menelan dan dikontra indikasikan pada pasien dengan kelemahan kontraksi faring dan kemungkinan secara fisik sulit bagi pasien dengan

selang trakeostomi (Varghese & Thankappan, 2018a). *Chin tuck* atau juga dikenal dengan *chin-down* memiliki 3 jenis posisi, yakni fleksi kepala, fleksi leher dan fleksi majemuk (fleksi kepala + fleksi leher). Dalam hal menghindari kebingungan terkait posisi yang dimaksud, maka dijelaskan bahwa fleksi kepala melibatkan tulang belakang leher bagian atas (O-C1, C1-C2), sedangkan fleksi leher melibatkan tulang belakang leher bagian tengah dan bawah (C4-C5, C5-C6). Fleksi kepala efektif ketika sisa makanan terjebak di vallecula epiglottic, sedangkan fleksi leher efektif ketika ada ketegangan besar di leher atau permulaan refleksi menelan buruk. Tetapi sebelumnya, videofluoroskopi dan video endoskopi harus dilakukan untuk memverifikasi keefektifan posisi ini (Kagaya et al., 2011).



Gambar 1. *Chin Tuck (Chin-Down, Neck Flexion)*
Sumber: (Varghese & Thankappan, 2018b)

b. *Head Turn (To The Weak Side)*

Postur *head turn* bermanfaat dalam mengkompensasi kelemahan orofaring unilateral yang menghasilkan tanda residu pada vallecula dan/atau sinus pyriform sisi yang terkena dan juga sering berkontribusi pada risiko aspirasi selama dan/atau setelah menelan (Cahyani &

Muyassaroh, 2018). Postur ini dilakukan dengan cara memutar kepala 90 derajat ke sisi yang lemah sebelum menelan. Rotasi kepala ke sisi yang lemah atau rusak menutup sisi yang rusak sehingga bolus mengalir ke sisi yang normal. Itu bisa dilakukan sendiri atau bersama dengan postur atau manuver lain. Ini terbukti efektif pada 71% pasien pasca bedah kepala dan leher. Postur ini mungkin efektif pada pasien hemilaringektomi yang mengalami kesulitan dalam menutup pita suara yang tersisa terhadap pseudokord yang direkonstruksi. Gerakan kompensasi arytenoid di sisi yang sehat terjadi. Rotasi kepala mungkin bermanfaat pada pasien dengan dysmotility cricopharyngeal. Postur ini juga diberikan pada pasien dengan gangguan konstiksi faring, gangguan penutupan pita suara, gangguan relaksasi pada segmen faringoesofagus, dan pada pasien dengan perlindungan jalan nafas terganggu (Varghese & Thankappan, 2018a).



Gambar 2. *Head Turn (To The Weak Side)*
Sumber: (Varghese & Thankappan, 2018b)

c. *Head Tilt (to The Strong Side)*

Postur ini dilakukan dengan cara memiringkan kepala ke sisi yang kuat. Sebelum menelan, pasien diinstruksikan untuk memiringkan kepala seperti sedang mencoba untuk menyentuhkan telinga ke bahu. Dengan memiringkan kepala ke sisi yang kuat maka gravitasi akan mengarahkan bolus di sepanjang sisi yang kuat dan menghindari sisi yang lebih lemah. Terkadang efektivitas postur ini dapat ditingkatkan dengan membuat kepala dan tubuh bersandar ke samping yang lebih kuat. Indikasi pemberian postur ini adalah pada pasien dengan kelemahan mulut unilateral dan kelemahan faring unilateral. Postur ini dapat digunakan untuk pasien yang memiliki gangguan mulut dan faring unilateral di sisi yang sama. Pasien dengan selang trakeostomi di kontraindikasikan dalam pemberian postur ini (Varghese & Thankappan, 2018a).



Gambar 3. *Head Tilt (To The Strong Side)*
Sumber: (Varghese & Thankappan, 2018b)

d. *Side Lying*

Postur berbaring samping digunakan untuk mengkompensasi kelemahan orofaringeal unilateral yang menimbulkan adanya aspirasi dan/atau residu residu yang ditandai pada satu sisi faring (Cahyani & Muyassaroh, 2018). Sebelum menelan, pasien diinstruksikan untuk berbaring miring. Saat berbaring dengan sisi yang lebih kuat berada di bawah, gravitasi yang dikombinasikan dengan penyempit utuh akan mendorong bolus di sisi faring yang lebih kuat. Postur tersebut menghilangkan efek gravitasi residu faring secara efektif menyimpannya di dinding faring sampai proses menelan berikutnya membersihkannya. Ini biasanya dilakukan saat kepala berputar tidak membantu menghilangkan aspirasi. Berbaring miring dapat dilakukan dengan cara berbaring dengan kepala rata dan sejajar dengan tubuh, berbaring dengan kepala bertumpu di atas bantal serta berbaring dengan posisi bertopang pada siku dan kepala ditopang tangan. Postur ini dikontra indikasikan jika residu menumpuk setelah menelan atau pasien memiliki riwayat refluks (Varghese & Thankappan, 2018a)

e. *Head Back (Chin Up)*

Head back menggunakan gravitasi untuk membersihkan bolus dari rongga mulut pada mereka yang memiliki masalah dengan transit oral bolus. Postur ini dilakukan dengan cara memiringkan kepala ke belakang seolah pasien sedang melihat ke atas. Postur ini di indikasikan bagi pasien yang mengalami disfungsi transit oral seperti pada glossectomy parsial atau total atau paralisis saraf hipoglossus dan dikontra indikasikan

pada pasien yang memiliki kontrol lingual yang buruk atau gangguan penutupan jalan napas. Secara fisik kemungkinan sulit bagi pasien dengan tabung trakeostomi.



Gambar 4. *Head Back (Chin Up)*
Sumber: (Varghese & Thankappan, 2018b)

f. *Reclining Position (Posisi Berbaring)*

Ketika melakukan posisi berbaring (hampir terlentang), bagian depan rongga mulut dinaikkan dan punggung diturunkan. Cara ini pada umumnya digunakan pada pasien yang mengalami kesulitan mengirimkan bolus makanan ke dalam faring karena gaya gravitasi memudahkan untuk membawa bolus makanan dari rongga mulut ke tenggorokan. Pada saat yang bersamaan, dalam posisi berbaring saluran pernapasan diangkat dan esofagus diturunkan, sehingga bolus dengan mudah turun ke bawah dinding posterior faring dan dapat dengan mudah masuk ke esofagus, sehingga meminimalkan aspirasi. Posisi berbaring di mana kepala dinaikkan 30° sering digunakan pada pasien dengan disfagia berat. Posisi berbaring memudahkan leher untuk memanjang, sehingga

untuk menekuk leher maka bantal harus digunakan. Posisi pasien harus lebih dari 60° lebih tinggi dari posisi terlentang, agar pasien dapat makan tanpa bantuan apapun, namun jika pasien dalam posisi kurang dari itu dan pasien akan membutuhkan bantuan untuk makan. Dalam banyak kasus, posisi berbaring menurunkan tingkat kesadaran dan pasien dapat menutup matanya. Dalam kasus seperti itu, menempatkan pasien dalam posisi hampir duduk seringkali dapat meningkatkan kewaspadaan mental pasien dan membuat kemungkinan kecil terjadinya aspirasi. Selain itu, tetap dalam posisi duduk selama 2 jam setelah makan dikatakan dapat mencegah gastroesophageal reflux dan timbulnya demam yang diduga disebabkan oleh aspirasi (Kagaya et al., 2011).



Gambar 5. *Reclining Position (at 30°)*
Sumber: (Kagaya et al., 2011)

C. Tinjauan Tentang Aspirasi

Aspirasi terjadi ketika bahan orofaring atau lambung salah arah ke saluran pernapasan bagian bawah seringkali karena disfagia atau batuk yang tidak efektif. Makanan atau cairan melewati pita suara dan memasuki trakea (Eisenstadt, 2010). Terdapat 3 jenis aspirasi yakni aspirasi sebelum refleks menelan (aspirasi sebelum menelan), aspirasi yang terjadi selama refleks menelan (aspirasi saat menelan) dan aspirasi setelah refleks menelan selesai

(aspirasi setelah menelan). Dalam banyak kasus, 3 jenis aspirasi ini masing-masing merupakan akibat dari disfungsi refleks menelan, kegagalan penutupan laring dan disfungsi pintu masuk esofagus (sfingter esofagus superior) (Kagaya et al., 2011).

Diagnosis aspirasi didasarkan pada kombinasi pemeriksaan klinis dan studi radiologis. Tidak ada metode tunggal untuk memprediksi aspirasi pada pasien berisiko. Semua pasien yang berisiko mengalami disfagia berisiko mengalami aspirasi. Aspirasi bisa diam tanpa pasien menunjukkan tanda-tanda aspirasi (Balasubramanian, 2018). Saat ini, pemeriksaan videofluoroskopi (VF) dan evaluasi video endoskopi (VE) dari fungsi menelan adalah cara paling akurat untuk mendiagnosis adanya aspirasi (Kagaya et al., 2011). Selain itu, tes yang paling umum digunakan untuk menilai aspirasi dan disfagia adalah modifikasi barium swallow. Tes ini memiliki dua tujuan, yaitu memungkinkan untuk penilaian disfagia dan aspirasi dan memungkinkan terapis menelan untuk merencanakan tindakan rehabilitasi termasuk perubahan postural dan memperkenalkan manuver menelan. Aspirasi dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup pasien dan pada pasien kanker, aspirasi dikaitkan dengan penurunan berat badan yang signifikan (rata-rata 10 kg dibandingkan dengan keadaan prakanker) dan skor *Quality of Life* (QOL) yang lebih rendah (Balasubramanian, 2018).

D. *Scoping Review*

1. Definisi

Scoping review adalah salah satu pendekatan untuk sintesis bukti guna menginformasikan pengambilan keputusan dan penelitian berdasarkan identifikasi dan pemeriksaan literatur tentang topik atau masalah tertentu. Dalam *Scoping review* pencarian literatur dilakukan secara sistematis dari sumber bukti dan metodologi penelitian serta tidak terbatas pada studi kuantitatif atau desain studi lainnya saja. Penilaian *scoping review* untuk praktik berbasis bukti adalah pemeriksaan pada area yang lebih luas guna mengidentifikasi celah dalam basis pengetahuan penelitian, memperjelas konsep-konsep utama dan melaporkan jenis bukti yang membahas dan menginformasikan praktik di lapangan (M. D. Peters et al., 2020). *Scoping review* mengacu pada bukti dari metodologi penelitian apa pun termasuk bukti dari sumber non-penelitian, seperti kebijakan sehingga *scoping review* dapat memberikan tinjauan menyeluruh untuk menjawab pertanyaan tinjauan yang lebih luas daripada tinjauan sistematis yang lebih spesifik tentang efektivitas atau bukti kualitatif (Tricco et al., 2018).

2. Tujuan

Secara umum, *scoping review* digunakan untuk “pengintaian” guna memperjelas definisi kerja dan batasan konseptual dari suatu topik atau bidang sehingga sangat berguna ketika suatu badan literatur belum ditinjau secara komprehensif, atau menunjukkan sifat yang besar, kompleks, atau heterogen yang tidak dapat menerima tinjauan sistematis yang lebih tepat (M. D. J. Peters et al., 2015). *Scoping review* juga memiliki kegunaan yang besar untuk mensintesis bukti penelitian dan sering digunakan untuk

memetakan literatur yang ada di bidang tertentu dalam hal sifat, fitur, dan volumenya (Khalil et al., 2016). O'Malley (2005), mengidentifikasi empat alasan untuk melakukan *scoping review* yaitu (Morris et al., 2017).

- a. Untuk menguji sejauh mana (ukuran), jangkauan (variasi), dan sifat (karakteristik) dari bukti pada suatu topik atau pertanyaan.
- b. Untuk menentukan nilai dari melakukan tinjauan sistematis.
- c. Untuk meringkas temuan dari kumpulan pengetahuan yang beragam dalam metode atau disiplin.
- d. Untuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian dalam literatur untuk membantu perencanaan dan pelaksanaan penelitian di masa depan.

3. Indikasi

Secara umum indikasi *scoping review* dapat diringkas sebagai berikut (M. D. Peters et al., 2020):

- a. Sebagai pendahulu tinjauan sistematis.
- b. Untuk mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia di bidang tertentu.
- c. Untuk mengidentifikasi dan menganalisis kesenjangan pengetahuan.
- d. Untuk memperjelas konsep dan definisi utama dalam literatur.
- e. Untuk memeriksa bagaimana penelitian dilakukan pada topik atau bidang tertentu.
- f. Untuk mengidentifikasi karakteristik atau faktor kunci yang terkait dengan sebuah konsep.

4. Perbedaan *Scoping Review* Dengan Jenis Review Lainnya

Ada beberapa perbedaan utama antara *scoping review* dengan *literature review* dan *systematic review*. Baik *systematic review* maupun *scoping review* dimulai dengan pertanyaan utama yang menjadi fokus penyelidikan (M. D. Peters et al., 2020). Namun pada *systematic review*, peneliti umumnya memulai dengan pertanyaan yang didefinisikan dengan jelas dan mengeksplorasi serta menganalisis studi penelitian tingkat tinggi yang difokuskan pada parameter sempit. Sebaliknya, *scoping review* memiliki kedalaman yang lebih rendah tetapi memiliki cakupan konseptual yang lebih luas. *Scoping review* memungkinkan pertanyaan yang lebih umum dan eksplorasi literatur terkait daripada berfokus pada memberikan jawaban untuk pertanyaan yang lebih terbatas. *Scoping review* juga memberikan fleksibilitas lebih daripada *traditional literature review* dan meta-analisis sehingga mampu menjelaskan keragaman literatur dan studi relevan yang menggunakan metodologi berbeda yang tidak masuk dalam *traditional literature review* (Peterson et al., 2017).

Tidak seperti *systematic review*, *scoping review* cenderung tidak menghasilkan dan melaporkan hasil yang telah disintesis dari berbagai sumber bukti setelah proses formal penilaian metodologis untuk menentukan kualitas bukti. Namun sebaliknya, *scoping review* dilakukan untuk memberikan gambaran umum berbagai bukti (kuantitatif dan/atau kualitatif) yang tersedia pada suatu topik dan untuk merepresentasikan bukti tersebut secara visual sebagai pemetaan atau *charting* dari lokasi data. Penilaian keterbatasan metodologi atau risiko bias dalam *scoping review*

umumnya tidak dilakukan (kecuali jika ada persyaratan khusus karena sifat dari tujuan *scoping review*). *Systematic review* dapat mengajukan pertanyaan yang tepat berdasarkan elemen PICO (*Population, Intervention, Comparator, and Outcome*) dalam menentukan kriteria inklusi. Sedangkan pada *scoping review* memiliki "cakupan" yang lebih luas dengan kriteria penyertaan yang tidak terlalu membatasi. Pertanyaan dapat diajukan berdasarkan elemen PCC (*Population, Concept and Context*) dalam menentukan kriteria inklusi (M. D. Peters et al., 2020).

Tabel 2.2: Karakteristik *Traditional Literature Reviews, Scoping Review* dan *Systematic Review*

	<i>Literature Review</i>	<i>Scoping Review</i>	<i>Systematic Review</i>
Protokol tinjauan apriori	Tidak	Ya (beberapa)	Ya
Pendaftaran PROSPERO dari panduan <i>review</i>	Tidak	Tidak	Ya
Strategi pencarian yang eksplisit, transparan dan ditinjau oleh sejawat	Tidak	Ya	Ya
Formulir ekstraksi data standar	Tidak	Ya	Ya
<i>Critical Appraisal (Risk of Bias Assesment)</i>	Tidak	Tidak	Ya
Sintesis temuan dari studi individu dan pembuatan temuan 'ringkasan'	Tidak	Tidak	Ya

(M. D. Peters et al., 2020)

5. Keuntungan *Scoping Review*

Beberapa keuntungan *scoping review* antara lain sebagai berikut

(M. D. Peters et al., 2020):

- a. Memberikan gambaran umum atau peta bukti dan mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia di bidang tertentu
- b. Memperjelas definisi kerja, dan/atau batasan konseptual dari sebuah topik.

- c. Menginformasikan pengambilan keputusan dan penelitian berdasarkan identifikasi dan pemeriksaan literatur tentang topik atau masalah tertentu.
- d. Pencarian literatur dilakukan secara sistematis dari sumber bukti dan metodologi penelitian tidak terbatas pada studi kuantitatif atau desain studi lainnya saja termasuk bukti dari sumber non-penelitian.
- e. Penilaian *scoping review* untuk praktik berbasis bukti adalah pemeriksaan pada area yang lebih luas untuk mengidentifikasi celah dalam basis pengetahuan penelitian, memperjelas konsep-konsep utama, dan melaporkan jenis bukti yang membahas dan menginformasikan praktik di lapangan.

6. Kerangka Kerja Penyusunan *Scoping Review*

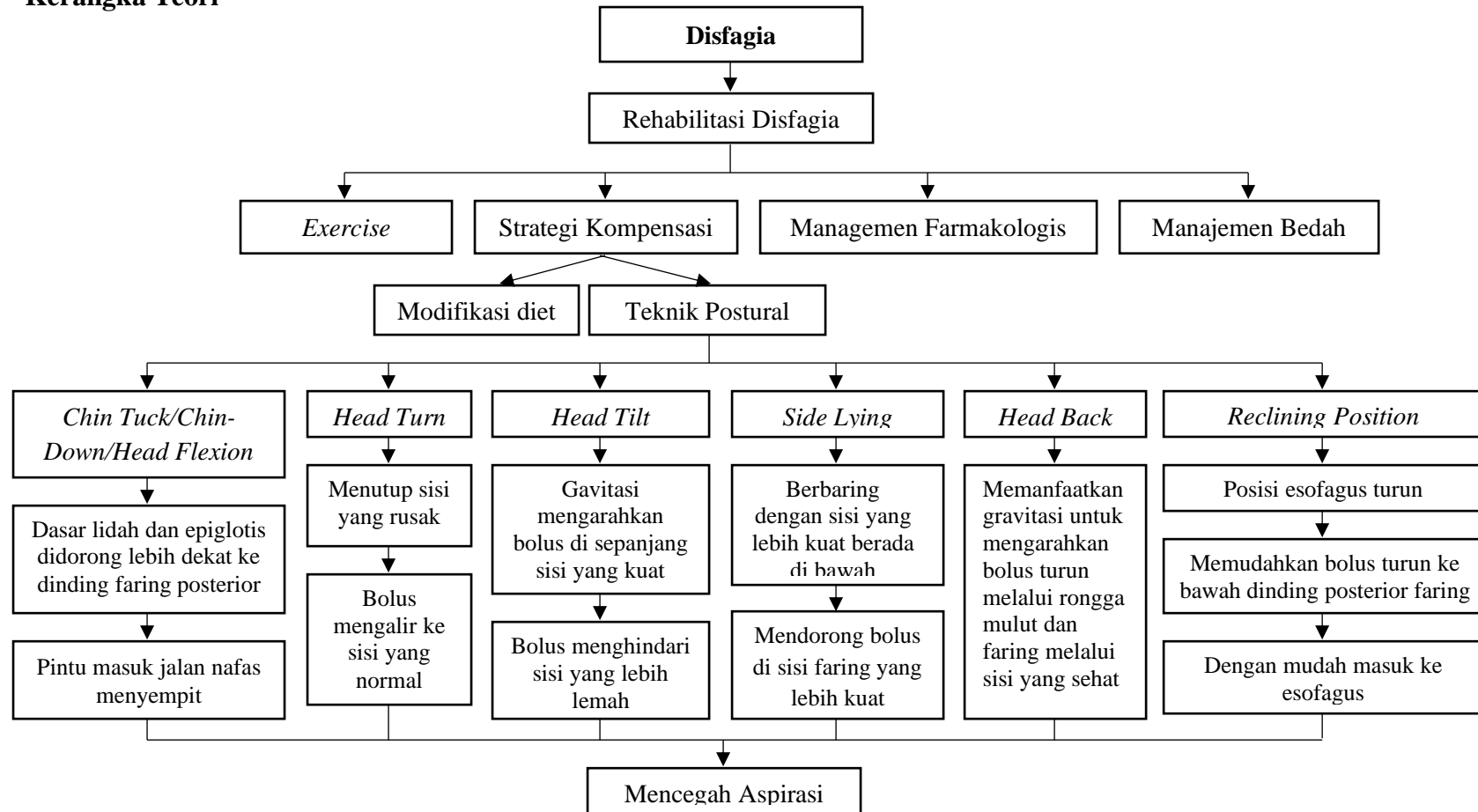
Kerangka metodologis dalam penyusunan *scoping review*, awalnya disusun oleh Arksey & O'Malley (2005), kemudian ditingkatkan oleh Levac et al. (2010), untuk memberikan secara jelas dan rinci pada setiap tahap proses peninjauan sehingga meningkatkan kejelasan dan ketelitian dalam proses peninjauan. Kedua kerangka ini yang mendukung pengembangan pedoman JBI untuk melakukan *scoping review* (M. D. Peters et al., 2020).

Adapun susunan kerangka kerja *scoping review* adalah sebagai berikut (Aromataris E and Munn Z, 2020):

- a. Menentukan Judul
- b. Mengembangkan Judul dan Pertanyaan
- c. Menyusun Pendahuluan

- d. Menyusun kriteria Inklusi
- e. Menyusun Strategi Pencarian
- f. Mengidentifikasi Sumber-Sumber Penelitian yang Relevan
- g. Melakukan Ekstraksi Data
- h. Menganalisis Penelitian yang dimasukkan
- i. Menyajikan Hasil

E. Kerangka Teori



Gambar 6: Kerangka Teori

(Jansson-Knodell et al., 2017; Kagaya et al., 2011; Lee et al., 2018)