



Etiologi Multifaktorial dan Tantangan Diagnostik Disfagia pada Pasien Geriatri Usia Sangat Lanjut : Laporan Kasus dan Tinjauan Skoping

Iwan Setiawan Adji¹, Zahira Husna Aflaha Khansa Siswaya^{2*}, Hanif Nur Khairuddin³, Eillena Noxie Azzahra⁴, Namira Aisyah Devi⁵, Sultan Bayu Fahmi⁶

¹Departemen Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher, RSUD Kartini Karanganyar, Indonesia

²Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Indonesia

Email: iwansetiawanadji@gmail.com¹, Zahirahusna67@gmail.com², Hanifnur30@gmail.com³, eillenaazzahra@gmail.com⁴, namiradevi13@gmail.com⁵, sultanbayufahmi244@gmail.com⁶

*Penulis Korespondensi: zahirahusna67@gmail.com

Abstract. *Dysphagia in extremely elderly patients represents a significant clinical challenge because it is frequently associated with frailty, malnutrition, and an increased risk of aspiration. Multifactorial etiologies and atypical clinical manifestations may complicate diagnosis and delay appropriate management. This study aimed to describe the diagnostic evaluation and clinical findings of dysphagia in an extremely elderly patient through a case report supported by a scoping review. A 105-year-old woman with chronic progressive dysphagia underwent comprehensive assessment, including physical examination, upper gastrointestinal endoscopy, histopathological evaluation, and chest radiography. Relevant literature on dysphagia in geriatric populations was reviewed to provide contextual understanding of diagnostic challenges and underlying etiologies. The evaluation revealed chronic active gastritis and a hamartomatous polyp in the gastroesophageal region without evidence of malignancy. Comprehensive assessment successfully excluded malignant and acute obstructive causes, emphasizing the complexity of dysphagia diagnosis in extremely elderly individuals with frailty and aspiration risk. These findings underscore the importance of endoscopic and histopathological examinations in distinguishing benign from malignant etiologies and support early recognition of multifactorial non-malignant causes to optimize clinical management and reduce the risk of adverse outcomes in this vulnerable population.*

Keywords : *Aspiration Risk; Diagnostic Challenges; Dysphagia; Geriatric; Multifactorial Etiology.*

Abstrak. Disfagia pada pasien geriatri merupakan masalah klinis yang signifikan karena sering berkaitan dengan frailty, malnutrisi, dan peningkatan risiko aspirasi. Etiologi yang multifaktorial serta manifestasi klinis yang tidak khas dapat mempersulit proses diagnosis dan menyebabkan keterlambatan penatalaksanaan yang tepat. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan evaluasi diagnostik dan temuan klinis disfagia pada pasien geriatri melalui laporan kasus yang didukung oleh scoping review. Seorang perempuan berusia 105 tahun dengan keluhan disfagia progresif kronis menjalani pemeriksaan komprehensif meliputi pemeriksaan fisik, endoskopi saluran cerna atas, pemeriksaan histopatologi, dan radiografi toraks. Literatur terkait disfagia pada populasi geriatri ditelaah untuk memberikan pemahaman mengenai tantangan diagnostik dan etiologi yang mendasari. Hasil evaluasi menunjukkan adanya gastritis aktif kronis dan polip hamartomatosus pada regio gastroesofageal tanpa bukti keganasan. Evaluasi menyeluruh berhasil menyingkirkan penyebab ganas maupun obstruktif akut, yang menunjukkan kompleksitas diagnosis disfagia pada pasien geriatri dengan kondisi frailty dan risiko aspirasi. Temuan ini menegaskan pentingnya pemeriksaan endoskopi dan histopatologi dalam membedakan etiologi jinak dan ganas serta mendukung pengenalan dini penyebab non-keganasan yang multifaktorial untuk mengoptimalkan penatalaksanaan dan mengurangi risiko luaran yang merugikan pada populasi rentan ini.

Kata kunci : Disfagia; Etiologi Multifaktorial; Geriatri; Risiko Aspirasi; Tantangan Diagnostik.

1. LATAR BELAKANG

Disfagia pada populasi geriatri menjadi masalah klinis yang semakin penting seiring dengan meningkatnya angka harapan hidup global. Prevalensi disfagia diperkirakan mencapai 30–50% pada pasien geriatri dan dapat lebih tinggi pada kelompok usia sangat lanjut (≥ 100 tahun) (Lin TH et al., 2022). Kondisi ini berhubungan dengan berbagai komplikasi serius, seperti malnutrisi, dehidrasi, frailty, penurunan kualitas hidup, serta pneumonia aspirasi yang masih menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada lansia (S et al., 2021).

Meskipun demikian, disfagia pada pasien geriatri sering kali tidak terdiagnosis secara optimal karena gejalanya bersifat tidak spesifik dan kerap dianggap sebagai bagian dari proses penuaan normal.

Etiologi disfagia pada lansia umumnya bersifat multifaktorial. Berbagai kondisi, seperti kelainan struktural, proses inflamasi, infeksi, gangguan neurologis, dan gangguan motilitas saluran cerna dapat terjadi secara bersamaan dan berkontribusi terhadap gangguan menelan. Selain itu, beberapa penyakit yang sering ditemukan pada kelompok usia lanjut, seperti gastritis kronis, kandidiasis esofagus, dan lesi gastroesofageal, dapat menunjukkan manifestasi klinis yang saling tumpang tindih sehingga menyulitkan proses diagnostik (Rodrigues A, et al., 2022). Keberadaan frailty, risiko aspirasi, penggunaan berbagai jenis obat, serta komorbiditas yang menyertai semakin meningkatkan kompleksitas penatalaksanaan dan berpotensi memperburuk luaran klinis pasien.

Berbagai penelitian telah melaporkan penyebab disfagia pada populasi geriatri, namun sebagian besar berfokus pada kelompok lansia umum. Bukti ilmiah yang membahas disfagia pada pasien usia sangat lanjut, khususnya centenarian (≥ 100 tahun), masih terbatas (Baijens LWJ et al., 2021). Selain itu, laporan yang menggambarkan adanya beberapa etiologi non-keganasan yang terjadi secara bersamaan sebagai penyebab disfagia pada kelompok usia ini masih jarang ditemukan. Keterbatasan data tersebut menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan mengenai tantangan diagnostik dan pendekatan evaluasi komprehensif pada disfagia multifaktorial di usia sangat lanjut.

Kebaruan penelitian ini terletak pada pelaporan kasus disfagia multifaktorial pada pasien berusia 105 tahun dengan beberapa etiologi non-keganasan yang terjadi secara bersamaan serta penggunaan pendekatan diagnostik komprehensif untuk menyingkirkan penyebab keganasan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tantangan diagnostik dan etiologi multifaktorial disfagia pada pasien usia sangat lanjut melalui pendekatan laporan kasus dan scoping review, serta menekankan pentingnya evaluasi diagnostik yang menyeluruh dalam membedakan penyebab jinak dan ganas guna mendukung penatalaksanaan yang tepat.

2. KAJIAN TEORITIS

Disfagia pada Populasi Geriatri

Disfagia merupakan gangguan menelan yang dapat terjadi pada fase oral, faringeal, maupun esofageal dan semakin sering ditemukan pada populasi lanjut usia. Peningkatan prevalensi disfagia pada lansia berkaitan dengan perubahan fisiologis akibat penuaan, seperti

penurunan produksi saliva, berkurangnya kekuatan otot menelan, keterlambatan refleks menelan, serta gangguan koordinasi neuromuskular. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kesulitan menelan, aspirasi, dan gangguan status nutrisi (Baijens et al., 2021; Kristamuliana et al., 2026; Madhavan et al., 2021).

Disfagia pada lansia juga berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas, termasuk malnutrisi, dehidrasi, penurunan kualitas hidup, lama rawat inap yang lebih panjang, serta pneumonia aspirasi. Oleh karena itu, disfagia tidak lagi dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan, melainkan kondisi klinis yang memerlukan evaluasi dan penatalaksanaan komprehensif (Attrill et al., 2021; Ebihara, 2022; Lin et al., 2022).

Etiologi Multifaktorial Disfagia pada Lansia

Disfagia pada lansia umumnya bersifat multifaktorial dan jarang disebabkan oleh satu penyakit tunggal. Berbagai faktor dapat berkontribusi terhadap terjadinya gangguan menelan, antara lain penyakit neurologis, kelainan struktural saluran cerna, gangguan motilitas esofagus, penyakit inflamasi, keganasan, penyakit kardiovaskular, infeksi, serta perubahan fisiologis akibat proses penuaan. Selain itu, adanya multimorbiditas yang umum ditemukan pada populasi geriatri semakin meningkatkan kompleksitas diagnostik disfagia (Chen et al., 2022; Clavé et al., 2022, Leira et al., 2023).

Penyebab struktural meliputi striktur esofagus, cincin esofagus, divertikulum, polip, dan keganasan. Penyebab inflamasi dapat berupa esofagitis refluks, gastritis kronis, maupun penyakit inflamasi lainnya yang menimbulkan edema mukosa dan gangguan transport bolus. Sementara itu, gangguan motilitas seperti akalasia dan spasme esofagus dapat menyebabkan hambatan pergerakan makanan meskipun tidak ditemukan obstruksi anatomis yang jelas. Kompleksitas tersebut menyebabkan evaluasi disfagia memerlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan pemeriksaan klinis, endoskopi, radiologi, dan histopatologi (Vaezi et al., 2020; Clavé et al., 2022, Mari et al., 2025).

Frailty dan Disfagia

Frailty merupakan sindrom geriatri yang ditandai oleh penurunan cadangan fisiologis berbagai sistem tubuh sehingga menyebabkan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai stressor. Hubungan antara disfagia dan frailty bersifat dua arah. Disfagia dapat menyebabkan penurunan asupan makanan dan cairan sehingga memperburuk status nutrisi dan mempercepat terjadinya frailty. Sebaliknya, frailty dapat memperburuk fungsi menelan melalui penurunan massa dan kekuatan otot yang berperan dalam proses menelan, termasuk otot lidah, faring, dan laring. Meta-analisis oleh Yang et al. menunjukkan bahwa lansia dengan disfagia memiliki risiko frailty yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan lansia tanpa disfagia. Kondisi

ini menciptakan suatu siklus yang saling memperburuk, di mana frailty menyebabkan gangguan menelan, sedangkan disfagia mempercepat progresivitas frailty melalui malnutrisi dan dehidrasi. Oleh karena itu, evaluasi disfagia pada lansia tidak dapat dipisahkan dari penilaian status fungsional dan status nutrisi pasien (Yang et al., 2022).

Penelitian Terdahulu dan Kesenjangan Penelitian

Berbagai penelitian telah melaporkan bahwa disfagia pada lansia berhubungan erat dengan frailty, malnutrisi, penyakit kronis, dan peningkatan mortalitas. Leira et al. melaporkan bahwa disfagia merupakan salah satu masalah kesehatan utama pada populasi lansia institusional yang berkaitan dengan penurunan status fungsional dan kualitas hidup (Leira et al., 2023). Chen et al. menekankan pentingnya skrining disfagia pada lansia karena tingginya angka underdiagnosis serta keterbatasan metode deteksi dini yang tersedia (Chen et al., 2022). Sementara itu, Mari et al. menyoroti perlunya pendekatan diagnostik yang komprehensif dengan mengintegrasikan evaluasi klinis, endoskopi, dan pemeriksaan fungsional menelan untuk meningkatkan akurasi diagnosis (Mari et al., 2025).

Meskipun demikian, laporan mengenai disfagia multifaktorial pada pasien usia sangat lanjut (*centenarian*) masih sangat terbatas. Sebagian besar penelitian berfokus pada satu etiologi dominan, seperti gangguan neurologis atau frailty, sedangkan interaksi antara proses penuaan ekstrem, penyakit inflamasi gastrointestinal, lesi struktural jinak, serta komorbiditas kardiopulmoner masih jarang dilaporkan. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan kompleksitas diagnostik disfagia multifaktorial pada pasien berusia 105 tahun serta menegaskan pentingnya pendekatan komprehensif dalam membedakan penyebab jinak dan ganas pada populasi geriatri usia sangat lanjut (Leira et al., 2023; Mari et al., 2025).

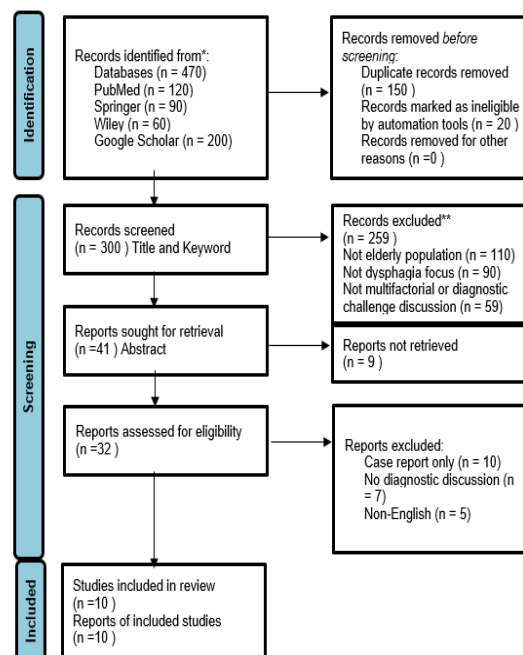
3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan tinjauan skoping yang dikombinasikan dengan analisis laporan kasus untuk mengkaji disfagia multifaktorial pada pasien lanjut usia ekstrem. Pencarian literatur dilakukan secara elektronik menggunakan beberapa basis data, termasuk PubMed, Google Scholar, Springer, dan Wiley Online Library. Strategi pencarian menggunakan kombinasi Boolean dari kata kunci berikut: Disfagia, Lanjut usia ekstrem, Multifaktorial, Tantangan diagnostik, dan Risiko aspirasi.

Artikel dibatasi pada publikasi yang diterbitkan antara tahun 2021 dan 2026, tersedia dalam teks lengkap, dalam bahasa Inggris atau Indonesia, dan melibatkan subjek manusia. Kriteria inklusi mencakup artikel yang secara khusus membahas disfagia sebagai keluhan utama. Artikel harus membahas etiologi yang relevan dan kondisi multifaktorial yang dapat

menyebabkan disfagia pada pasien. Selain itu, artikel harus membahas secara jelas proses diagnostik, tantangan diagnostik, atau diagnosis banding. Studi yang disertakan harus ditulis dalam bahasa Inggris saja dan diterbitkan dalam lima tahun terakhir, dengan desain tinjauan sistematis, penelitian asli, atau tinjauan klinis. Populasi studi harus relevan dengan pasien lanjut usia dan tersedia dalam akses teks lengkap gratis. Artikel juga diharapkan mencakup komplikasi klinis potensial, seperti aspirasi atau bronkopneumonia, serta menyertakan pembahasan klinis yang mendalam dan komprehensif.

Proses seleksi artikel dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip kerangka kerja PRISMA guna meningkatkan transparansi dalam identifikasi, penyaringan, penilaian kelayakan, dan pemilihan studi. Data yang diekstraksi dari studi yang memenuhi syarat meliputi karakteristik pasien, penyebab disfagia, temuan diagnostik, komplikasi yang menyertai, serta pendekatan penanganan.



Gambar 1. Diagram alur PRISMA yang menggambarkan proses pencarian literatur, penyaringan, penilaian kelayakan, dan pemilihan studi.

Sebanyak 10 artikel memenuhi semua kriteria inklusi dan dimasukkan dalam tinjauan skoping ini. Studi-studi yang dipilih menunjukkan heterogenitas dalam desain penelitian, karakteristik populasi, dan konteks klinis terkait disfagia multifaktorial pada pasien lanjut usia. Artikel-artikel yang ditinjau membahas berbagai etiologi, tantangan diagnostik, risiko aspirasi, dan penanganan klinis disfagia pada populasi lansia lanjut usia. Sebanyak 470 catatan diidentifikasi melalui pencarian basis data. Setelah penghapusan duplikat, 10 artikel teks

lengkap dinilai kelayakannya berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Akhirnya, 10 studi dimasukkan dalam tinjauan literatur akhir dan sintesis kualitatif.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

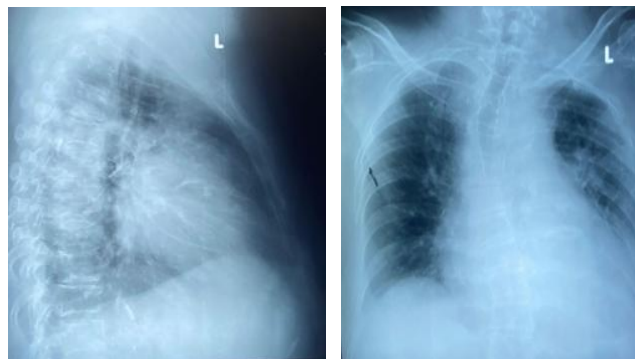
Seorang perempuan berusia 105 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat RSUD Karanganyar dengan keluhan utama disfagia progresif. Karena gangguan pendengaran yang berat, sebagian besar anamnesis diperoleh dari anggota keluarga. Pasien telah mengalami kesulitan menelan sejak sekitar tiga tahun sebelum masuk rumah sakit. Keluhan bersifat menetap dan semakin memberat secara bertahap, terutama saat menelan makanan padat, sedangkan makanan lunak dan semi-padat relatif lebih mudah ditelan. Pasien merasakan sensasi adanya hambatan pada daerah tenggorokan hingga esofagus yang semakin mengganggu asupan makanan oral. Satu bulan sebelum masuk rumah sakit, pasien mulai mengeluhkan nyeri tenggorokan berupa sensasi terbakar yang menetap pada daerah faring. Nyeri memberat saat bernapas dan sedikit berkurang saat beristirahat. Tidak ditemukan keluhan suara serak maupun pembengkakan leher. Pasien juga mengeluhkan nyeri epigastrium hilang timbul yang menjalar ke punggung sejak sekitar satu bulan sebelumnya. Selama satu tahun terakhir, pasien mengalami gejala saluran cerna bagian atas berulang berupa sensasi terbakar kronis pada tenggorokan dan dada yang menjalar ke daerah retrosternal, kadang disertai sensasi bergolak atau berbuih di perut.

Riwayat penyakit dahulu menunjukkan adanya penurunan pendengaran progresif selama dua tahun terakhir yang secara signifikan mengganggu komunikasi. Pada tahun 2023, pasien pernah mengalami episode batuk produktif berkepanjangan dengan dahak kental, sesak napas, dan mengi yang memerlukan penanganan di unit gawat darurat, mengarah pada riwayat bronkopneumonia sebelumnya. Pasien juga mengeluhkan nyeri dada hilang timbul selama satu tahun terakhir yang mengarah pada kemungkinan penyakit jantung yang mendasari. Tidak terdapat riwayat diabetes melitus, hipertensi, merokok, maupun konsumsi alkohol. Riwayat pola makan menunjukkan kebiasaan makan yang tidak teratur dalam jangka panjang, termasuk sering terlambat makan dan penurunan asupan makanan selama empat tahun terakhir. Pasien lebih sering mengonsumsi makanan berminyak, tinggi lemak, bersantan, dan dibakar, dengan konsumsi sayuran yang minimal serta asupan air putih harian yang rendah.

Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak sakit sedang namun sadar penuh dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) E4V5M6. Tanda vital menunjukkan hipotensi dengan tekanan darah 88/52 mmHg, frekuensi nadi 59 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu

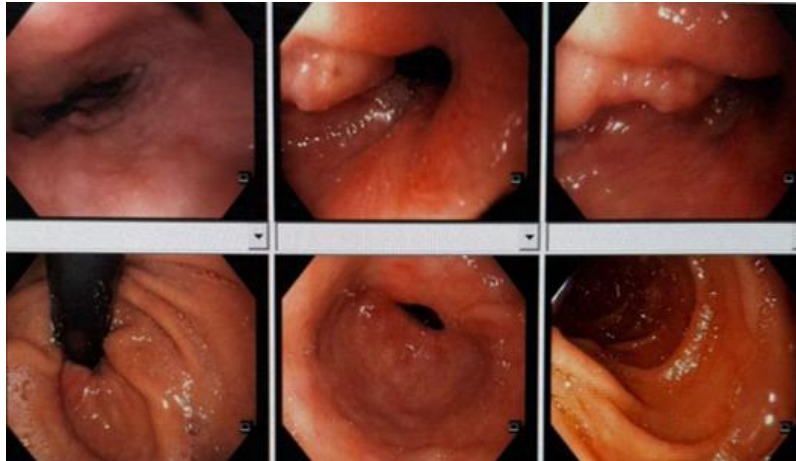
tubuh 36,3°C, dan saturasi oksigen 96% dengan bantuan oksigen kanul nasal 3 L/menit setelah sebelumnya mengalami desaturasi hingga 92% tanpa suplementasi oksigen. Pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorokan tidak menunjukkan deformitas eksternal. Pemeriksaan rongga mulut menunjukkan lidah berlapis putih, uvula hiperemis berwarna kekuningan, serta tidak ditemukan pembesaran tonsil. Tidak ditemukan limfadenopati servikal. Pemeriksaan otoskopi menunjukkan impaksi serumen bilateral yang menutupi seluruh liang telinga luar sehingga membran timpani tidak dapat dievaluasi.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan atrofi kulit dan kelonggaran dinding perut, disertai nyeri tekan terlokalisasi pada regio epigastrium. Pada pemeriksaan paru ditemukan ronki basah kasar pada lapangan paru kanan. Auskultasi jantung menunjukkan intensitas bunyi jantung yang menurun tanpa adanya murmur. Pemeriksaan radiografi toraks proyeksi anteroposterior menunjukkan infiltrat bilateral pada daerah parahilar dan parakardial dengan pola amorf. Corakan bronkovaskular dalam batas normal dan tidak ditemukan efusi pleura. Kedua diafragma tampak licin dan tidak mengalami pendataran. Ditemukan kardiomegali dengan peningkatan rasio kardiotoraks, serta kurvatura vertebra torakal ke arah kanan yang konsisten dengan dextroskoliosis.



Gambar 2. Foto toraks proyeksi anteroposterior yang menunjukkan infiltrat bilateral pada daerah parahilar dan parakardial, disertai kardiomegali dan dextroskoliosis.

Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan endoskopi oleh dokter spesialis penyakit dalam. Pemeriksaan menunjukkan mukosa hipopigmentasi pada sepertiga tengah esofagus yang disertai edema dan kerusakan mukosa (*mucosal break*) yang melibatkan lebih dari 50% area sfingter esofagus bawah. Ditemukan suatu massa pada regio gastroesofageal. Mukosa lambung tampak hiperemis, terutama pada daerah antrum, disertai erosi dan polip multipel tanpa adanya ulserasi. Mukosa dan lumen duodenum berada dalam batas normal. Sampel biopsi diambil dari mukosa antrum dan massa gastroesofageal untuk pemeriksaan histopatologi serta evaluasi keberadaan *Helicobacter pylori*.



Gambar 3. Endoskopi saluran cerna bagian atas yang menunjukkan mukosa esofagus hipopigmentasi, massa pada regio gastroesofageal, serta mukosa lambung hiperemis dengan polip multipel.

Pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam, yang kemudian dilanjutkan dengan evaluasi histopatologi terhadap spesimen biopsi yang diambil dari lesi gastroesofageal dan mukosa lambung untuk menentukan karakteristik lesi serta menyingkirkan kemungkinan keganasan. Sebanyak dua spesimen jaringan dengan pelabelan yang tidak lengkap diterima untuk pemeriksaan histopatologi. Spesimen pertama terdiri atas tiga fragmen jaringan kecil berwarna putih dengan diameter sekitar 0,1 cm dan konsistensi padat, sedangkan spesimen kedua terdiri atas satu fragmen jaringan dengan karakteristik serupa.

Secara mikroskopis, spesimen pertama menunjukkan mukosa lambung tipe antrum dengan gambaran gastritis aktif kronis derajat ringan. Tidak ditemukan bukti infeksi *Helicobacter pylori*, atrofi mukosa, metaplasia intestinal, maupun displasia. Spesimen kedua menunjukkan mukosa lambung polipoid dengan stroma edema, peningkatan proliferasi vaskular, serta infiltrasi sel-sel inflamasi kronis. Tidak ditemukan gambaran keganasan pada kedua spesimen. Berdasarkan temuan tersebut, diagnosis histopatologis sesuai dengan gastritis aktif kronis ringan dan polip hamartomatosa pada regio gastroesofageal tanpa bukti keganasan. Selama masa perawatan, pasien mendapatkan tata laksana medis komprehensif yang meliputi pemberian cairan intravena Ringer Laktat, seftriakson intravena, Santagesic intravena, omeprazol intravena, mekobalamin intravena, sukralfat, dan parasetamol oral. Selama menjalani perawatan, kondisi klinis pasien menunjukkan perbaikan.

Tabel 1. Temuan Tinjauan Pustaka

Penulis /Tahun /Negara	Jenis Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Implikasi Klinis Disfagia
Chen et al. /2022 /China	<i>Narrative Review</i>	Untuk merangkum bukti terkini mengenai faktor risiko dan metode skrining disfagia pada lansia.	Tinjauan pustaka terhadap studi-studi yang telah diterbitkan mengenai faktor risiko dan alat skrining disfagia pada lansia.	Disfagia sangat terkait dengan penuaan, gangguan neurologis (stroke, demensia), sarkopenia, frailty, penyakit kronis, dan penggunaan banyak obat. Berbagai alat skrining (misalnya, EAT-10, tes menelan air) efektif untuk deteksi dini.	Skrining dini sangat penting untuk mengurangi komplikasi seperti pneumonia aspirasi, malnutrisi, dan penurunan kualitas hidup. Menekankan pentingnya protokol skrining yang terstandarisasi dan pengelolaan multidisiplin.
Yang et al. /2022 /China	<i>Systematic Review and Meta-analysis</i>	Untuk mengevaluasi hubungan antara disfagia dan frailty pada lansia.	Pencarian sistematis pada basis data.	Terdapat hubungan yang signifikan antara disfagia dan frailty. Lansia dengan disfagia memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami frailty. Disfagia juga terkait dengan sarcopenia, malnutrisi, dan penurunan fungsi.	Disfagia dapat menjadi penanda klinis dini frailty. Skrining disfagia sebaiknya diintegrasikan ke dalam penilaian geriatri. Deteksi dini dapat membantu mencegah hasil buruk seperti kecacatan, rawat inap, dan kematian.
Leira et al. /2022 /Spanyol	<i>Systemic Review</i>	Untuk mengidentifikasi hubungan antara disfagia dan faktor risiko terkait kesehatan pada lansia yang tinggal di panti jompo (misalnya, panti jompo).	Pencarian sistematis pada basis data.	Prevalensi disfagia yang tinggi (~30–50%). Berhubungan secara signifikan dengan malnutrisi, dehidrasi, gangguan kognitif, penurunan fungsi, frailty, serta peningkatan risiko aspirasi dan kematian.	Disfagia adalah kondisi multifaktorial dan seringkali kurang terdiagnosis. Skrining rutin pada lansia yang tinggal di panti jompo sangat penting. Diagnosis dini penting untuk mencegah komplikasi seperti pneumonia aspirasi, malnutrisi, dan penurunan kualitas hidup.
O’Leary et al. /2023 /AS	<i>Scoping Review</i>	Untuk mengevaluasi	Metodologi tinjauan	Bukti yang terbatas dan kurangnya alat	Skrining dini sangat penting

		alat skrining yang tersedia untuk disfagia.	skoping; pemilihan 7 studi yang memenuhi syarat.	skrining yang tervalidasi; ketidakkonsistenan dalam kriteria diagnostik.	untuk mencegah komplikasi seperti pneumonia aspirasi, namun diperlukan alat yang andal dan tervalidasi.
Kristamuliana et al. /2025 /Korea Selatan	Scoping Review	Untuk memetakan dan mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan disfagia pada lansia yang tinggal di masyarakat.	Pencarian sistematis di berbagai basis data.	Disfagia pada lansia yang tinggal di masyarakat berkaitan dengan berbagai faktor, termasuk usia lanjut, sarkopenia, kesehatan mulut yang buruk, penurunan kekuatan otot, gangguan kognitif, depresi, dan penyakit kronis. Prevalensinya bervariasi namun tetap signifikan bahkan di luar lingkungan panti jompo.	Disfagia tidak terbatas pada lansia yang tinggal di panti jompo; kondisi ini juga umum terjadi di masyarakat. Skrining dini dan strategi pencegahan sangat penting. Hal ini menyoroti kebutuhan akan intervensi berbasis komunitas dan peningkatan kesadaran untuk mengurangi komplikasi seperti malnutrisi dan aspirasi.
Hwang et al. /2025 /Korea Selatan	Scoping Review	Untuk mengidentifikasi jenis, efektivitas, faktor pendorong, dan hambatan rehabilitasi disfagia berbasis digital.	Pencarian literatur (2000-2023) di berbagai basis data; 25 studi disertakan; analisis tematik.	Tiga intervensi utama: rehabilitasi berbasis Kesehatan di rumah, telepraktik, dan biofeedback berbasis permainan; secara keseluruhan meningkatkan fungsi menelan, kepatuhan, dan kualitas hidup.	Rehabilitasi digital meningkatkan aksesibilitas, kepatuhan, dan hasil, namun dibatasi oleh literasi digital, akses, dan masalah teknis; berguna untuk perawatan jangka panjang dan jarak jauh.
Mari et al. /2015 /Eropa	Guideline / Delphi Consensus	Untuk memberikan rekomendasi berbasis bukti terkait diagnosis dan penanganan disfagia.	Konsensus Delphi yang melibatkan panel ahli dan tinjauan literatur.	Disfagia diklasifikasikan menjadi tipe orofaringeal dan esofageal; direkomendasikan penggunaan berbagai alat diagnostik (endoskopi, HRM, FEES, VFSS); prevalensi tinggi pada lansia.	Pendekatan diagnostik yang terstruktur dan sistematis sangat penting untuk menghindari kesalahan diagnosis dan mencegah komplikasi seperti pneumonia aspirasi.

Morais et al. /2025 /Brazil	<i>Systematic Review Scoping Review</i>	Untuk menilai hubungan antara kesehatan mulut dan disfagia pada lansia.	Pencarian basis data (PubMed, Embase); 11 studi dimasukkan; 2.820 peserta; penilaian disfagia subjektif dan objektif.	Kehilangan gigi, oklusi yang buruk, penyakit gigi, dan xerostomia meningkatkan risiko disfagia; gigi palsu yang pas dapat meningkatkan fungsi menelan.	Disfagia bersifat multifaktorial; kesehatan mulut memainkan peran kunci; memerlukan penanganan multidisiplin untuk mencegah komplikasi.
Naudé et al. /2026 /Afrika Selatan	<i>Scoping Review</i>	Untuk mengkaji isu-isu etika dalam penanganan disfagia.	Pencarian sistematis pada basis data dan analisis isi tematik terhadap 22 studi.	Isu-isu etika utama yang teridentifikasi: otonomi, persetujuan yang didasarkan pada informasi, dan kompleksitas pengambilan keputusan.	Penatalaksanaan disfagia harus mengintegrasikan pertimbangan etika, terutama pada pasien lanjut usia di mana kualitas hidup dan keputusan pemberian makan sangat kritis.
Labeit et al. /2026 /Jerman	<i>Original Research (Retrospective Study)</i>	Untuk mengevaluasi dampak klinik rawat jalan disfagia terhadap diagnosis, pengobatan, nutrisi, dan komplikasi.	Analisis retrospektif terhadap 255 pasien (2021–2023); penilaian menggunakan FEES, FOIS, PAS, dan hasil klinis.	Diagnosis berubah pada 38,8% kasus; terapi dimodifikasi pada 42%; komplikasi meliputi pneumonia (12,6%) dan penurunan berat badan (32,8%); skor PAS 8 dan frailty dikaitkan dengan peningkatan risiko pneumonia.	Disfagia bersifat multifaktorial dan seringkali kurang terdiagnosis; memerlukan penilaian instrumental (FEES); deteksi dini mengurangi komplikasi seperti pneumonia aspirasi dan malnutrisi.

Temuan yang dirangkum dari 10 studi yang ditinjau menunjukkan bahwa disfagia pada populasi geriatri merupakan kondisi multifaktorial yang seringkali kurang terdiagnosis, yang terkait dengan penuaan fisiologis, *frailty*, sarkopenia, komorbiditas sistemik, dan risiko aspirasi. Studi-studi yang ditinjau secara konsisten menekankan bahwa gangguan fungsi menelan pada pasien lanjut usia berkaitan dengan peningkatan morbiditas, rawat inap, dan mortalitas. Evaluasi komprehensif menggunakan pendekatan klinis, endoskopi, radiologi, dan histopatologi ditekankan sebagai hal yang esensial untuk diagnosis dan pengelolaan yang akurat. Temuan utama dari studi-studi yang ditinjau dirangkum dalam Tabel 1. Studi oleh Chen et al., Yang et al., Leira et al., dan Kristamuliana et al. secara konsisten menekankan hubungan yang kuat antara disfagia, frailty, penurunan gizi, penurunan fungsi, dan peningkatan risiko mortalitas pada individu lanjut usia.

Beberapa penelitian juga menyoroti bahwa disfagia masih sering terlewatkan dan kurang terdiagnosis pada lansia karena gejalanya sering dianggap sebagai bagian dari proses penuaan yang normal. O'Leary *et al.* melaporkan keterbatasan alat skrining yang tersedia saat ini dan inkonsistensi dalam kriteria diagnostik, sementara Mari *et al.* menekankan pentingnya evaluasi diagnostik terstruktur menggunakan endoskopi, FEES, HRM, dan videofluoroskopi untuk membedakan disfagia orofaringeal dan esofagus secara akurat. Studi-studi ini secara kolektif menekankan bahwa skrining dini dan penilaian diagnostik komprehensif sangat penting untuk mencegah komplikasi seperti pneumonia aspirasi, dehidrasi, rawat inap, dan penurunan kualitas hidup.

Studi-studi lain yang ditinjau berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi manajemen dan rehabilitasi disfagia. Hwang *et al.* menunjukkan bahwa rehabilitasi disfagia berbasis digital, termasuk telepraktik dan intervensi kesehatan seluler, dapat meningkatkan hasil menelan, kepatuhan terhadap pengobatan, dan kualitas hidup. Morais *et al.* lebih lanjut mengidentifikasi kesehatan mulut yang buruk, kehilangan gigi, xerostomia, dan penyakit gigi sebagai faktor penting yang berkontribusi terhadap disfungsi menelan, yang menyoroti perlunya penanganan multidisiplin yang melibatkan perawatan gigi dan nutrisi. Sementara itu, Naudé *et al.* menekankan pertimbangan etis dalam penanganan disfagia, terutama terkait otonomi, persetujuan setelah mendapat penjelasan, dan keputusan pemberian makan pada pasien lanjut usia.

Signifikansi Klinis Kasus Ini

Disfagia pada pasien lanjut usia semakin diakui sebagai kondisi multifaktorial yang melibatkan penurunan fisiologis terkait usia, frailty, serta berbagai komorbiditas sistemik, yang seluruhnya tercermin pada kasus ini. Perubahan terkait penuaan, termasuk penurunan produksi saliva, berkurangnya kekuatan lidah, keterlambatan refleks menelan, dan gangguan koordinasi, dapat menghambat pembentukan dan transport bolus makanan (Mari *et al.*, 2025). Pada kasus ini, sifat disfagia yang kronis dan progresif, disertai manifestasi gastrointestinal dan respiratorik, mendukung konsep bahwa disfagia pada pasien usia sangat lanjut jarang disebabkan oleh satu etiologi tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi berbagai faktor struktural, inflamasi, dan sistemik (Leira *et al.*, 2023)

Selain proses penuaan fisiologis, penurunan fungsi otot dan kondisi sistemik turut berkontribusi terhadap gangguan menelan. Faktor-faktor tersebut tampak jelas pada pasien ini, di mana usia yang sangat lanjut, penurunan status nutrisi, gejala gastrointestinal kronis, dan komorbiditas kardiopulmoner terjadi secara bersamaan sehingga meningkatkan risiko frailty dan aspirasi. Hubungan antara disfagia dan frailty bersifat dua arah. Disfagia dapat

memperburuk frailty melalui penurunan asupan nutrisi, sedangkan frailty dapat memperburuk fungsi menelan akibat kelemahan otot secara umum dan menurunnya cadangan fisiologis tubuh. Meta-analisis menunjukkan bahwa lansia dengan disfagia memiliki risiko frailty yang lebih tinggi secara signifikan (Wirth et al., 2025). Pada pasien ini, kesulitan menelan yang berlangsung lama serta penyakit kronis kemungkinan berkontribusi terhadap progresivitas frailty yang selanjutnya memperburuk disfagia dan meningkatkan kerentanan terhadap komplikasi.

Meskipun memiliki dampak klinis yang besar, disfagia masih sering tidak terdiagnosis pada pasien lanjut usia karena gejalanya sering dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan. Keterbatasan alat skrining dan belum adanya metode penilaian yang terstandarisasi turut menyulitkan diagnosis dini (Chen et al., 2022). Keterlambatan diagnosis secara bermakna meningkatkan risiko dehidrasi, malnutrisi, pneumonia aspirasi, rawat inap, dan kematian (Lin et al., 2022). Pada kasus ini, riwayat bronkopneumonia yang dimiliki pasien kemungkinan mencerminkan mikroaspirasi kronis atau berulang akibat gangguan fungsi menelan.

Endoskopi saluran cerna atas menunjukkan mukosa esofagus hipopigmentasi disertai edema dan *mucosal break* yang melibatkan lebih dari 50% bagian distal esofagus, serta mukosa lambung hiperemis, erosi, dan polip multipel. Temuan ini menunjukkan adanya kelainan inflamasi dan struktural yang dapat berkontribusi terhadap disfagia. Cedera mukosa esofagus dapat mengganggu transport bolus dan meningkatkan ketidaknyamanan saat menelan, sedangkan inflamasi lambung kronis dapat memperberat gejala refluks yang secara tidak langsung memperburuk fungsi menelan.

Pemeriksaan histopatologi memberikan kejelasan lebih lanjut mengenai patologi yang mendasari. Hasil biopsi menunjukkan gastritis aktif kronis ringan tanpa bukti infeksi *Helicobacter pylori*, metaplasia intestinal, maupun displasia, yang mengarah pada proses inflamasi non-neoplastik. Gastritis kronis dapat menyebabkan ketidaknyamanan gastrointestinal dan gejala refluks yang memperburuk kesulitan menelan (Rugge et al., 2029; Sipponen et al., 2015). Selain itu, lesi gastroesofageal teridentifikasi sebagai polip hamartomatosa, yaitu lesi jinak yang tersusun atas elemen jaringan matur yang tumbuh tidak teratur. Meskipun bersifat non-maligna, lesi tersebut dapat menyebabkan disfagia melalui efek massa lokal atau iritasi mukosa, terutama pada pasien dengan cadangan fisiologis yang terbatas. Polip hamartomatosa gastroesofageal sangat jarang dilaporkan pada pasien usia sangat lanjut dan dapat mempersulit proses diagnostik karena memiliki gambaran klinis yang dapat menyerupai kondisi inflamasi maupun keganasan. Tidak ditemukannya displasia maupun keganasan menegaskan pentingnya pemeriksaan histopatologi dalam menyingkirkan penyakit

ganas sekaligus menunjukkan bahwa lesi jinak tetap dapat menimbulkan gejala klinis yang bermakna.

Keberadaan bronkopneumonia dan dugaan kardiomegali semakin menegaskan kompleksitas sistemik disfagia pada pasien lanjut usia. Disfagia berhubungan erat dengan aspirasi, yang merupakan mekanisme utama terjadinya pneumonia pada lansia dan sering terjadi dalam bentuk mikroaspirasi diam (*silent microaspiration*) akibat gangguan refleks menelan dan refleks batuk (Ebihara T, 2022). Disfagia juga secara signifikan meningkatkan risiko pneumonia yang memerlukan perawatan di rumah sakit (Lin et al., 2022). Kardiomegali dapat memperburuk fungsi menelan secara tidak langsung melalui penurunan cadangan kardiopulmoner dan meningkatnya kelelahan saat menelan, sehingga mengganggu koordinasi antara respirasi dan proses menelan serta meningkatkan risiko aspirasi.

Evaluasi diagnostik disfagia harus mencakup pembedaan antara disfagia orofaringeal dan esofageal melalui pemeriksaan penunjang seperti endoskopi, FEES, maupun videofluoroskopi (Vaezi et al., 2020; (Mari et al., 2025). Namun demikian, strategi diagnostik pada pasien lanjut usia perlu disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien mengingat keterbatasan cadangan fisiologis, banyaknya komorbiditas, dan risiko prosedur yang lebih tinggi. Kompleksitas yang ditemukan pada kasus ini menunjukkan pentingnya mempertimbangkan diagnosis banding yang luas pada setiap pasien lansia dengan keluhan disfagia.

Oleh karena itu, pendekatan diagnosis banding yang sistematis sangat diperlukan untuk membedakan penyebab berupa obstruksi mekanik, gangguan inflamasi, infeksi, gangguan motilitas, kompresi vaskular, maupun faktor sistemik lainnya. Pendekatan ini membantu mengidentifikasi kondisi yang berpotensi mengancam jiwa, termasuk keganasan dan risiko aspirasi berat, sekaligus memastikan bahwa penyebab yang masih dapat diterapi tidak terlewatkan. Kerangka diagnosis banding yang disajikan pada Tabel 2 mengintegrasikan manifestasi klinis, temuan endoskopi, dan hasil histopatologi untuk mendukung diagnosis dan tata laksana yang tepat pada pasien lansia dengan disfagia.

Keterbatasan

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pemeriksaan fungsi menelan secara instrumental seperti FEES maupun *videofluoroscopic swallowing study* (VFSS) tidak dilakukan sehingga evaluasi objektif terhadap fisiologi menelan dan derajat aspirasi menjadi terbatas. Selain itu, spesimen histopatologi memiliki pelabelan anatomi yang terbatas sehingga hubungan antara lokasi biopsi dan gejala disfagia tidak dapat ditentukan secara pasti. Karena

laporan ini hanya menggambarkan satu pasien dengan berbagai komorbiditas, hasil yang diperoleh belum tentu dapat digeneralisasikan pada seluruh populasi lansia.

Implikasi Klinis

Kasus ini menegaskan pentingnya evaluasi diagnostik yang komprehensif pada pasien lanjut usia dengan disfagia kronis. Pemeriksaan endoskopi dan histopatologi tetap menjadi komponen penting untuk membedakan lesi inflamasi jinak dari keganasan, terutama pada pasien centenarian dengan manifestasi klinis yang tidak khas. Identifikasi dini terhadap risiko aspirasi dan frailty berpotensi memperbaiki luaran klinis serta mencegah komplikasi seperti malnutrisi dan pneumonia aspirasi. Selain itu, kolaborasi multidisiplin yang melibatkan spesialis penyakit dalam, gastroenterologi, THT-KL, geriatri, dan patologi anatomi sangat penting dalam tatalaksana disfagia multifaktorial pada pasien usia sangat lanjut.

Tabel 2. Pendekatan Diagnosis Banding Disfagia pada Pasien Geriatri

Mekanisme	Diagnosis	Tanda dan Gejala	Temuan Endoskopi	Temuan Patologi Anatomi	Implikasi
Infeksi	Kandidiasis Esophageal (Vaezi et al., 2020)	Odinofagia, disfagia, nyeri retrosternal, plak putih pada rongga mulut, lansia/imuno senesens	Plak putih yang melekat pada mukosa, eritema, mukosa rapuh	Pseudohifa dan hifa jamur yang menginvasi mukosa	Penyebab yang dapat diobati; terapi antijamur dini mencegah komplikasi dan memperbaiki fungsi menelan
	Esofagitis Herpes Simpleks (Vaezi et al., 2020)	Odinofagia akut, nyeri dada, demam	Ulkus multipel kecil dengan batas tegas	Sel raksasa multinukleus dan inklusi virus	Prognosis baik dengan terapi antivirus; perlu dibedakan dari keganasan
	Esofagitis CMW (Cytomegalovirus) (Vaezi et al., 2020, WHO, 2019)	Disfagia berat, penyakit sistemik, kondisi imunokomprom ais	Ulkus linear besar	Sel sitomegalik dengan inklusi intranuklear khas (“mata burung hantu”/owl’s eye)	Menunjukkan adanya immunosupresi berat; memerlukan terapi antivirus segera
Inflamasi Non-Infeksi	Penyakit Refluks Gastroesophageal (Katz PO, 2022)	Disfagia progresif, heartburn (rasa terbakar di dada), regurgitasi, nyeri terbakar retrosternal, memburuk setelah makan atau saat posisi berbaring	Eritema mukosa, erosi, ulserasi, dan kemungkinan striktur pada esofagus distal	Hiperplasia sel basal, pemanjangan papila lamina propria, infiltrasi sel inflamasi (neutrofil dan eosinofil)	GERD kronis yang tidak ditangani dapat menyebabkan striktur esofagus atau esofagus Barrett, sehingga meningkatkan risiko keganasan dan memperberat disfagia
	Esofagitis Eosinofilik	Disfagia intermiten, impaksi	Cincin esofagus (<i>trachea</i>)	≥ 15 eosinofil per lapangan pandang besar	Menyebabkan remodeling kronis dan fibrosis

	(Dellon ES, 2025)	makanan (<i>food impaction</i>), rasa tidak nyaman di dada, lebih sering terjadi saat menelan makanan padat	linear (<i>linear furrows</i>), eksudat putih, dan striktur	alur (<i>high-power field</i>), infiltrasi eosinofilik pada mukosa esofagus	esofagus yang berujung pada penyempitan lumen progresif dan disfagia
	Gastritis Kronis (Non-H. pylori) (Rugge et al., 2019)	Nyeri epigastrium, mual, cepat kenyang (<i>early satiety</i>), dan disfagia yang berhubungan dengan iritasi akibat refluks	Mukosa lambung hiperemis, erosi, dan edema mukosa	Infiltrasi sel inflamasi kronis tanpa bukti infeksi <i>Helicobacter pylori</i> , tidak ditemukan displasia maupun keganasan	Meskipun bukan keganasan, inflamasi kronis dapat memperberat gejala saluran cerna atas dan secara tidak langsung memperburuk disfagia
Obstruksi	Karsinoma Esofagus (Bray F, 2024)	Disfagia progresif (awalnya terhadap makanan padat kemudian cair), penurunan berat badan, odinofagia, anemia	Massa ireguler, lesi ulseratif, penyempitan lumen	Sel epitel ganas (karsinoma sel skuamosa atau adenokarsinoma), atipia seluler, invasi ke jaringan sekitar	Kondisi yang mengancam jiwa dan memerlukan diagnosis dini; keterlambatan tata laksana secara signifikan meningkatkan mortalitas
	Striktur Esofagus	Disfagia progresif terutama terhadap makanan padat, riwayat GERD atau cedera kaustik	Penyempitan lokal lumen esofagus, cincin fibrotik atau stenosis segmental	Fibrosis, deposisi kolagen, perubahan inflamasi kronis tanpa keganasan	Dapat mengganggu proses menelan secara bermakna; memerlukan dilatasi dan tata laksana jangka panjang untuk mencegah kekambuhan
	Polip Esofagus (Wilcox CM, 2017)	Disfagia, sensasi sumbatan, terkadang tanpa gejala	Lesi polipoid yang menonjol ke dalam lumen, biasanya dengan permukaan halus	Elemen jaringan matur yang tersusun tidak teratur (<i>hamartomatosa</i>), tanpa displasia maupun keganasan	Umumnya jinak, namun dapat menyebabkan obstruksi mekanik yang menimbulkan disfagia; biopsi penting untuk menyingkirkan keganasan
Trauma	Trauma Servikofasial (Schaefer SD, 2021)	Odinofagia berat, disfonia, stridor, emfisema subkutan pada leher, nyeri tekan lokal saat palpasi	Laserasi mukosa atau hematoma, kartilago laring terekspose, imobilitas pita suara, edema supraglotis masif, stenosis lumen	Nekrosis kondrosit sepanjang garis fraktur, infiltrasi neutrofil akut pada serabut otot yang robek, deposisi fibrin	Memerlukan proteksi jalan napas segera (<i>trakeostomi</i> bila diindikasikan), eksplorasi bedah dan fiksasi kartilago, serta rehabilitasi menelan pascaoperasi
	Trauma Kimia / Termal (Chirica et al., 2017)	Odinofagia berat, disfagia total, sialore, stridor, suara	Mukosa hiperemis, edema berat, eksudat fibrin,	Nekrosis koagulatif atau likuefaktif pada mukosa,	Memerlukan evaluasi endoskopi segera untuk menilai derajat

		serak, regurgitasi, nyeri retrosternal	ulserasi dalam, jaringan nekrotik keabu-abuan (pembentukan pseudomembran), stenosis faring atau esofagus proksimal	trombosis vaskular submukosa, deposisi kolagen masif dan fibrosis pada fase kronis	cedera; kortikosteroid sistemik (masih kontroversial); dilatasi endoskopi berkala pada striktur; gastrostomi pada disfagia total
	Trauma Iatrogenik (Scerrino et al., 2017)	Suara serak pasca ekstubasi, odinofagia, sensasi benda asing di tenggorokan, batuk tidak efektif, aspirasi diam (<i>silent aspiration</i>)	Edema aritenoid, granuloma unilateral/bilateral pada prosesus vokalis, ulserasi mukosa dalam, paresis pita suara	Nekrosis iskemik mukosa di atas kartilago aritenoid, proliferasi jaringan granulasi (fibroblas dan kapiler), trombosis pembuluh darah kecil	Istirahat suara, terapi PPI (anti-refluks), terapi suara dan rehabilitasi menelan; eksisi <i>microsurgical</i> bila granuloma menyebabkan obstruksi atau tidak responsif terhadap terapi konservatif
Vaskular	Disfagia aorta (Wilkinson et al., 2019)	Disfagia progresif, usia lanjut, rasa tidak nyaman di dada	Kompresi eksternal pada esofagus.	Tidak terdapat kelainan mukosa yang spesifik.	Kondisi berisiko tinggi; memerlukan evaluasi vaskular lebih lanjut.
	Disfagia Lusoria (Wilcox et al, 2017)	Disfagia intermiten, gejala yang berlangsung lama	Kompresi ekstrinsik pada esofagus	Histologi normal	Kelainan vaskular kongenital; koreksi bedah dipertimbangkan pada kasus berat
	Kardiomegali (pembesaran atrium kiri) (Matta et al, 2020)	Disfagia disertai mudah lelah, sesak napas, dan riwayat penyakit jantung	Kompresi eksternal pada esofagus atau lumen tampak normal	Tidak terdapat temuan histopatologis yang spesifik	Faktor yang berkontribusi secara tidak langsung; menurunkan cadangan kardiopulmoner dan meningkatkan risiko aspirasi
Fungsional	Iskemia Esofagitis (Dias et al, 2019)	Disfagia berat akut, kondisi sakit kritis, hipotensi	Mukosa nekrotik difus atau mukosa berwarna hitam (<i>black esophagus</i>)	Nekrosis mukosa dan cedera iskemik	Kondisi kegawatdaruratan dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi
	Penyakit Parkinson (Edwards et al., 2017)	Sialore (akibat penurunan frekuensi menelan), disartria hipokinetik, batuk lemah, sensasi makanan tersangkut di tenggorokan	Residu difus pada vallecula dan sinus piriformis, keterbatasan gerakan pangkal lidah, penetrasi laring tanpa refleks batuk yang adekuat, gangguan	Degenerasi pars compacta substantia nigra dengan badan Lewy; keterlibatan nukleus motorik dorsal nervus vagus dan pleksus mienterikus esofagus	FEES bermanfaat untuk memantau progresivitas penyakit; terapi LSVT dapat meningkatkan koordinasi laring; agen antikolinergik dapat digunakan untuk mengatasi sialore

Disfagia sarcopenia (O'halloran et al, 2025)	Kesulitan menelan yang progresif perlahan, mudah lelah saat mengunyah, waktu makan memanjang, perubahan suara setelah makan, aspirasi diam (<i>silent aspiration</i>) yang intermiten	pembersihan sekret Atrofi otot intrinsik lidah, penipisan dinding faring, perlambatan transit bolus secara menyeluruh, keterlambatan refleks menelan	Atrofi serabut otot tipe II (<i>fast-twitch</i>) pada lidah, faring, dan otot suprahioid; infiltrasi lemak intramuskular; penurunan jumlah unit motorik pada nervus hipoglosus dan vagus	Memerlukan rehabilitasi menelan yang spesifik (<i>effortful swallow</i> , latihan Shaker, manuver Masako), optimalisasi nutrisi, dan program penguatan otot menelan secara terstruktur
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) (O'halloran et al, 2025)	Disartria flaksid-spastik, fasikulasi dan atrofi lidah, regurgitasi nasal berat, batuk tidak efektif, perubahan suara progresif (dari hipernasal menjadi serak)	Atrofi pangkal lidah dan fasikulasi, insufisiensi velofaring (regurgitasi ke nasofaring saat menelan), penumpukan sekret bilateral, penutupan glotis yang lemah	Kehilangan neuron motorik pada korteks motorik primer; degenerasi traktus kortikospinal dan kortikobulbar; atrofi dan fibrosis otot lidah, faring, dan laring pada pemeriksaan histopatologi	Edukasi dini mengenai progresivitas disfagia; pertimbangan augmentasi velofaring; rujukan tepat waktu untuk pemasangan PEG (<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i>) sebelum kapasitas vital turun di bawah 50%

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan laporan kasus ini, disfagia pada pasien usia sangat lanjut (*extremely elderly*) merupakan kondisi klinis yang kompleks dengan berbagai faktor yang dapat berkontribusi terhadap timbulnya gejala. Pemeriksaan endoskopi saluran cerna atas yang dikombinasikan dengan evaluasi histopatologi berperan penting dalam menegakkan diagnosis dan menyingkirkan kemungkinan keganasan, sehingga diperoleh temuan berupa gastritis kronis aktif ringan dan polip hamartomatosa pada daerah gastroesofageal sebagai penyebab non-malignan yang mendasari keluhan pasien. Kondisi *frailty*, inflamasi kronis, serta risiko aspirasi yang menyertai turut meningkatkan kerentanan pasien terhadap perburukan klinis dan memengaruhi pendekatan tata laksana.

Temuan ini menunjukkan bahwa evaluasi diagnostik yang komprehensif, multidisiplin, dan berpusat pada pasien sangat penting untuk menentukan penyebab disfagia secara akurat, mengoptimalkan penatalaksanaan, serta mencegah komplikasi pada populasi geriatri usia

sangat lanjut. Namun, karena laporan ini hanya menggambarkan satu kasus, hasilnya tidak dapat digeneralisasikan secara luas. Penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar diperlukan untuk memperjelas karakteristik klinis, faktor risiko, dan strategi penatalaksanaan disfagia yang efektif pada kelompok pasien *extremely elderly*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Departemen Telinga Hidung Tenggorok–Bedah Kepala dan Leher (THT-KL) RSUD Karanganyar atas dukungan dan fasilitas yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian ini. Penulis juga menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Dr. dr. Iwan Setiawan Adji, Sp.THT-BKL sebagai pembimbing, atas bimbingan, arahan, dan kontribusi ilmiah selama proses penyusunan naskah ini.

DAFTAR REFERENSI

- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Baijens, L. W., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., ... Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., ... Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Chen, K., Xing, L., Xu, B., Li, Y., Liu, T., Zhang, T., et al. (2022). Research progress in the risk factors and screening assessment of dysphagia in the elderly. *Frontiers in Medicine*, 9, 1021763. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1021763>
- Chirica, M., Bonavina, L., Kelly, M. D., Sarfati, E., & Cattan, P. (2017). Caustic ingestion. *The Lancet*, 389(10083), 2041–2052. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30313-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30313-0)
- Clavé, P., & Shaker, R. (2022). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 19(4), 249–261. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Dellon, E. S., Muir, A. B., Katzka, D. A., et al. (2025). ACG clinical guideline: Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis. *American Journal of Gastroenterology*, 120(1), 31–59. <https://doi.org/10.14309/AJG.0000000000003194>
- Dias, E., Santos-Antunes, J., & Macedo, G. (2019). Diagnosis and management of acute esophageal necrosis. *Annals of Gastroenterology*, 32(6), 529–540. <https://doi.org/10.20524/aog.2019.0418>

- Ebihara, T. (2022). Comprehensive approaches to aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly on the disease time-axis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(18), 5323. <https://doi.org/10.3390/jcm11185323>
- Edwards, C., & Rose, K. (2017). Innovation in Parkinson's disease-associated dysphagia in older adults: An integrative review. *Innovation in Aging*, 1(Suppl. 1), 584–585. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.2052>
- Hidayati, S. N. (2016). Pengaruh pendekatan keras dan lunak pemimpin organisasi terhadap kepuasan kerja dan potensi mogok kerja karyawan. *Jurnal Maksipreneur: Manajemen, Koperasi, dan Entrepreneurship*, 5(2), 57–66. <http://dx.doi.org/10.30588/SOSHUMDIK.v5i2.164>
- Hwang, N. K., Yoon, T. H., Chang, M. Y., & Park, J. S. (2025). Dysphagia rehabilitation using digital technology: A scoping review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 18, e70009. <https://doi.org/10.1111/jebm.70009>
- Katz, P. O., Dunbar, K., Schnoll-Sussman, F. H., Greer, K. B., Yadlapati, R., & Spechler, S. J. (2022). ACG clinical guideline: Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(1), 27–56. <https://doi.org/10.14309/AJG.0000000000001538>
- Kristamuliana, K., Siregar, D., & Lee, H. F. (2026). Exploring factors related to dysphagia among community-dwelling older adults: A scoping review. *Dysphagia*. <https://doi.org/10.1007/s00455-026-10950-7>
- Labeit, B., Bach, J., Harborth, E., Dziewas, R., Meuth, S. G., Grefkes, C., ... Lapa, S. (2026). Impact of a neurogenic dysphagia outpatient clinic on diagnosis, treatment, and nutrition. *Neurological Research and Practice*, 8, 1–9. <https://doi.org/10.1111/ene.70544>
- Leira, J., Maseda, A., Lorenzo-López, L., Cibeira, N., López-López, R., Lodeiro, L., et al. (2023). Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104991.
- Lin, T. H., Yang, C. W., & Chang, W. K. (2022). Evaluation of oropharyngeal dysphagia in older patients for risk stratification of pneumonia. *Frontiers in Immunology*, 12, 800029. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.800029>
- Madhavan, A., LaGorio, L. A., Crary, M. A., Dahl, W. J., & Carnaby, G. D. (2021). Prevalence of and risk factors for dysphagia in the community dwelling elderly: A systematic review. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(8), 806–815. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0712-3>
- Mari, A., Calabrese, F., Pasta, A., Lorenzon, G., Weusten, B., Keller, J., et al. (2025). Esophageal and oropharyngeal dysphagia: Clinical recommendations from the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterology Journal*, 13, 855–901. <https://doi.org/10.1002/ueg2.70062>
- Matta, A., Elenizi, K., Carrié, D., & Roncalli, J. (2020). Dysphagia as an early sign of cardiac decompensation in elderly: Case report. *European Heart Journal – Case Reports*, 4(4), 1–5. <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytaa149>

- Morais, R. S., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., & Rech, R. S. (2025). Dental factors associated with oropharyngeal dysphagia in institutionalised older adults: A systematic review. *Gerodontology*, 1–13. <https://doi.org/10.1111/ger.70034>
- Naudé, A., & Kanji, A. (2026). Ethical challenges and considerations in dysphagia management: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 61, e70214. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70214>
- O'Halloran, K. D. (2025). Synaptic loss in motor neurons precipitates age-related dysphagia: Middle agers gotta keep in touch! *The Journal of Physiology*, 603(5), 1021–1022. <https://doi.org/10.1113/JP288488>
- O'Leary, L., Maine, A., Ring, N., Reid, J., Speirs, L., Allan, L., ... & Taggart, L. (2023). A scoping review of the evidence for the use of screening tools in people with intellectual disabilities with dysphagia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(5), 935–949. <https://doi.org/10.1111/jar.13076>
- Rodrigues, S., Esteves, V. L., & Martins, T. G. (2022). Esophageal candidiasis in a non-HIV patient: A primary care diagnosis. *Cureus*, 14(4), e24312. <https://doi.org/10.7759/cureus.24312>
- Rugge, M., Genta, R. M., Di Mario, F., El-Omar, E. M., El-Serag, H. B., Fassan, M., et al. (2019). Gastritis: The histology report. *Modern Pathology*, 32(1), 25–36. <https://doi.org/10.1038/s41379-018-0205-5>
- Scerrino, G., Melfa, G., Paladino, N. C., et al. (2017). Dysphagia after thyroidectomy: A review. *G Chir*, 38(4), 157–164. <https://doi.org/10.11138/gchir/2017.38.4.157>
- Schaefer, S. D. (2021). Laryngeal trauma. In P. W. Flint, B. H. Haughey, V. J. Lund, J. R. Robbins, N. J. Thomas, & K. T. Niparko (Eds.), *Cummings otolaryngology: Head and neck surgery* (7th ed., pp. 947–958). Elsevier.
- Sipponen, P., & Maaros, H.-I. (2015). Chronic gastritis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 50(6), 657–667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
- Vaezi, M. F., Pandolfino, J. E., Yadlapati, R. H., Greer, K. B., & Kavitt, R. T. (2020). ACG clinical guidelines: Diagnosis and management of achalasia. *The American Journal of Gastroenterology*, 115(9), 1393–1411. <https://doi.org/10.14309/AJG.0000000000000731>
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. (2019). *Digestive system tumours* (5th ed.). International Agency for Research on Cancer.
- Wilcox, C. M. (2017). Esophageal infections: Etiology, diagnosis, and management. *Gastroenterology Clinics of North America*, 46(2), 287–301. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.01.004>
- Wilkinson, J. M., & Egred, M. (2019). Dysphagia aortica: A rare cause of dysphagia. *BMJ Case Reports*, 12(4), e228318. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228318>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., et al. (2021). Oropharyngeal dysphagia in older persons. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 189–208. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Yang, R. Y., Yang, A. Y., Chen, Y. C., Lee, S. D., Lee, S. H., & Chen, J. W. (2022). Association between dysphagia and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14(9), 1812. <https://doi.org/10.3390/nu14091812>