

## Artikel Penelitian

# Gambaran Pasien *Laryngopharyngeal Reflux* di RSUP DR. M. Djamil Padang pada Tahun 2023

Alifyar Rafly<sup>1</sup>, Ade Asyari<sup>2</sup>, Nur Afrainin Syah<sup>3</sup>, Bestari Jaka Budiman<sup>2</sup>, Dessy Arisanti<sup>4</sup>, Rini Rustini<sup>5</sup>

1) Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas 2) Departemen THT-BKL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas 3) Departemen Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas 4) Departemen Biokimia Fakultas Kedokteran Universitas Andalas 5) Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) merupakan suatu gangguan rasa nyaman yang disebabkan oleh aliran balik cairan lambung yang berulang ke saluran aerodigestive bagian atas sehingga menyebabkan iritasi. LPR tidak memiliki gejala yang khas, sehingga sering terlewatkan dalam pemeriksaan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pasien LPR di bagian THT-BKL RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode 2023. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian deskriptif retrospektif dengan menggunakan data sekunder dari rekam medis pasien LPR di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 dan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah total sampling dan didapatkan 64 sampel. **Hasil:** Hasil dari penelitian ini adalah lebih dari setengah penderita LPR adalah perempuan 42 orang (66%); kelompok usia terbanyak yang menderita LPR adalah 46 – 55 tahun (32%); kelompok IMT terbanyak pada penderita LPR adalah  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> sebanyak 32 orang (50%); hasil skor RFS yang paling banyak ditemukan adalah ventricular obliteration dan hipertrofi komisura posterior masing-masing sebanyak 60 orang (94%); pilihan terapi obat yang paling banyak diberikan adalah terapi obat tunggal lansoprazole (9%) dan sekaligus sebagai obat paling banyak diresepkan (89%). **Kesimpulan:** Kesimpulan dari penelitian ini adalah mayoritas penderita LPR berjenis kelamin perempuan dan usia lanjut, penderita LPR juga paling banyak mengalami obesitas, dan temuan fiberoptic laryngoscopy yang paling banyak ditemui adalah ventricular obliteration dan hipertrofi komisura posterior, serta obat yang paling sering diberikan adalah obat terapi tunggal dengan lansoprazole.

**Kata kunci:** *Laryngopharyngeal Reflux*, *Reflux Finding Score*, THT.

## ABSTRACT

**Introduction:** *Laryngopharyngeal reflux* (LPR) is a condition caused by reflux from the stomach into the larynx and pharynx, where gastric juices come into contact with the walls of the upper gastrointestinal tract, causing irritation. Because LPR has no typical symptoms, it is often missed on examination. The purpose of this study was to determine the description of LPR patients based on *Reflux Finding Score* in the Otolaryngology Department of RSUP Dr. M. Djamil Padang in the period 2023. **Methods:** This study is a retrospective descriptive study using secondary data from medical records of LPR patients at RSUP Dr. M. Djamil Padang in 2023 and the data collection technique used is total sampling and obtained 64 samples. **Results:** The results of this study were more than half of LPR patients were women 42 people (66%); the most age group suffering from LPR was 46 - 55 years (32%); the most BMI group in LPR patients was  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> as many as 32 people (50%); the most RFS score results found were ventricular obliteration and posterior commissural hypertrophy each as many as 60 people (94%); the most drug therapy options given were lansoprazole single drug therapy (9%) and at the same time as the most prescribed drug (89%). **Conclusion:** The conclusion of this study is that the majority of LPR patients are female and elderly, LPR patients are also the most obese, and the most common fiberoptic laryngoscopy findings are ventricular obliteration and posterior commissural hypertrophy, and the most common drug given is single drug therapy with lansoprazole.

**Keywords:** *Laryngopharyngeal Reflux*, *Reflux Finding Score*, ENT

## Korespondensi

Alifyar Rafly, Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Email: [alifyarr14@gmail.com](mailto:alifyarr14@gmail.com)

## Article Information

Received: June 17, 2024

Available online: December 1, 2024

## PENDAHULUAN

*Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya aliran balik dari cairan asam lambung ke saluran aerodigestif atas yang berulang

sehingga menyebabkan iritasi pada mukosa saluran aerodigestif bagian atas dan menimbulkan rasa tidak nyaman.<sup>1</sup> Secara global, prevalensi LPR pada saat ini masih belum diketahui. Studi epidemiologi

pertama kali dilakukan pada tahun 1991 oleh Jamie Koufman yang memperkirakan bahwa LPR dapat terjadi pada 10% pasien rawat jalan yang datang ke klinik THT. Pada penelitian lain prevalensi LPR dilaporkan berkisar antara 15-30% kasus dan terdapat 50% pada pasien dengan suara serak.<sup>2-4</sup> Prevalensi di Indonesia, khususnya di Kota Padang, Sumatera Barat masih menunjukkan peningkatan.<sup>5,6</sup> Hal ini dapat terlihat pada penelitian yang dilakukan di bagian Poliklinik THT-BKL RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2017 yaitu sebanyak 20% dan pada penelitian pada tahun 2019 menunjukkan angka peningkatan menjadi 21,63 % dari semua pasien Sub Bagian Laringofaring pada tahun 2017 dan 2019.<sup>5,6</sup>

Istilah *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) pertama kali diperkenalkan oleh Koufman dkk, (1996).<sup>7</sup> LPR memberikan dampak buruk yang merugikan terhadap kualitas hidup penderita, seperti suara serak, sakit saat menelan, mendeheh dan lain-lain.<sup>8</sup> Selain itu juga, penderita LPR seringkali tidak menyadari jika menderita penyakit LPR karena gejalanya yang hampir mirip dengan GERD, sehingga seringkali terlewatkan pada saat pemeriksaan. Selain itu juga LPR tidak memiliki gejala yang khas.<sup>8</sup>

Mekanisme terjadinya LPR diduga karena adanya aliran balik dari cairan asam lambung yang berulang sehingga mukosa laring faring terpapar cairan asam tersebut berulang kali dan akhirnya dapat menimbulkan iritasi.<sup>1</sup> Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab kejadian refluks adalah perilaku hidup yang tidak sehat, seperti mengonsumsi alkohol, merokok, dan sering mengonsumsi makanan yang pedas, serta mengonsumsi makanan dengan porsi yang besar dalam satu waktu.<sup>9</sup> Selain itu juga, berat badan berlebih bisa menyebabkan LPR, berat badan yang berlebih akan meningkatkan tekanan intra abdomen sehingga otot – otot sfingter esofagus akan melemah.<sup>10</sup> Pada orang lanjut usia juga diduga menjadi faktor risiko meningkatnya refluks, karena berkaitan dengan penurunan fungsi fisiologis pada lansia yang menyebabkan otot – otot sfingter esofagus melemah.<sup>11,12</sup>

Untuk menegakkan diagnosis LPR Belafsky, dkk menyusun skala yang berguna untuk mengurangi subjektivitas yaitu *Reflux*

*Symptoms Index* (RSI), dan selanjutnya pada tahun 2002, Belafsky, dkk juga menerbitkan klasifikasi gejala refluks berdasarkan temuan pada *fiberoptic laryngoscopy* pada LPR yaitu *Reflux Finding Score* (RFS).<sup>13</sup> Diagnosis LPR berdasarkan skor diatas dapat dinyatakan positif jika akumulasi skor RSI > 13 dan skor RFS > 7.<sup>14,15</sup>

Berdasarkan *American Bronchoesophagological Association* (ABA) gejala yang paling umum pada penderita LPR adalah batuk persisten (97%), mendeheh (98%), dan suara serak (95%). Gejala LPR yang paling sering ditemukan adalah mendeheh, suara serak, penumpukan dahak di tenggorokan, sulit menelan, batuk persisten, sukar bernapas atau tersedak, rasa mengganjal dan rasa panas yang diklasifikasikan dalam RSI adalah untuk memudahkan mengetahui seseorang menderita LPR.<sup>9,16</sup> Adapun temuan pada saat melakukan *fiberoptic laryngoscopy* yang menjadi pemeriksaan utama untuk menegakkan diagnosis LPR yang nantinya akan diklasifikasikan ke RFS.<sup>9,16</sup>

Gejala yang tidak ditangani dengan baik, akan mengganggu kenyamanan pasien dan jika tidak diobati bisa memperburuk gejala, bahkan menimbulkan komplikasi. Pengobatan pada LPR bisa dengan medikamentosa yaitu pemberian obat golongan PPI atau antagonis reseptor H2 dan non medikamentosa yaitu perbaikan gaya hidup dan modifikasi diet.<sup>17</sup>

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif retrospektif, dengan pengambilan data sekunder yaitu rekam medis pasien LPR di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023 sebagai data penelitian.

Sampel penelitian adalah seluruh pasien yang didiagnosis dengan LPR di poliklinik THT-BKL RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 yang dilakukan pemeriksaan RFS. Sedangkan pasien yang memiliki data rekam medis yang tidak lengkap dieksklusikan

Penelitian ini telah lolos kaji etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan nomor surat DP.04.03/D.XVI.XI/16/2024

## HASIL

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUP

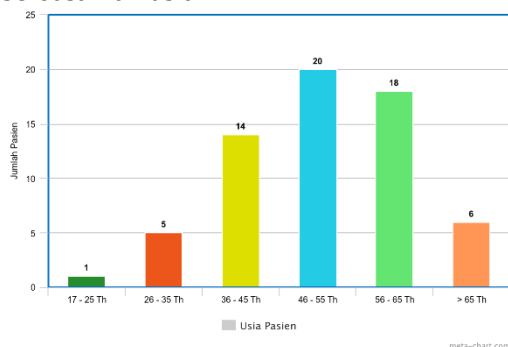
Dr. M. Djamil Padang dengan menggunakan data sekunder dari rekam medis pasien LPR. Dari 98 sampel didapatkan sebanyak 64 sampel yang termasuk kriteria inklusi dan sebanyak 34 pasien termasuk dalam kriteria eksklusi karena tidak memiliki data rekam medis yang lengkap.

**Tabel 1.** Jumlah pasien LPR

| Jumlah Pasien di Subbagian Laring Faring | Jumlah Pasien LPR | (%) |
|------------------------------------------|-------------------|-----|
| 559                                      | 98                | 18  |

Pada tabel 1 didapatkan jumlah pasien LPR di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode 1 Januari – 31 Desember 2023 adalah 98 pasien (18%) dari semua pasien yang ada di subbagian laring faring tahun 2023.

**Gambar 1.** Distribusi pasien LPR berdasarkan usia



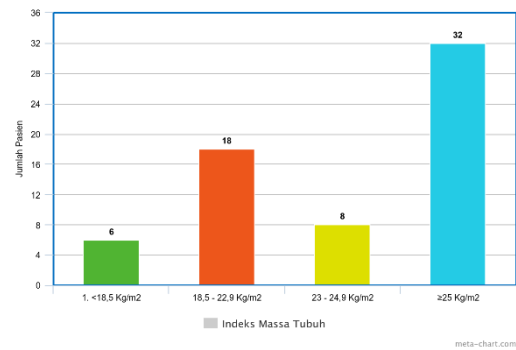
Pada gambar diatas didapatkan usai pasien LPR terbanyak terdapat pada rentang usai 46 – 55 tahun sebanyak 20 orang (32%), sedangkan paling sedikit adalah pada rentang usia 17 – 25 tahun sebanyak 1 orang (2%).

**Tabel 2.** Distribusi pasien LPR berdasarkan jenis kelamin

| Jenis Kelamin | f (n=64) | (%) |
|---------------|----------|-----|
| Laki – laki   | 22       | 34  |
| Perempuan     | 42       | 66  |

Dari tabel diatas menunjukan bahwa LPR terbanyak terdapat pada jenis kelamin perempuan dengan frekuensi sebanyak 42 orang (66%), sedangkan jenis kelamin laki – laki sebanyak 22 orang (34%).

**Gambar 2.** Distribusi pasien LPR berdasarkan IMT



Pada gambar tersebut dapat dilihat bahwa penderita LPR terbanyak terapat pada rentang IMT  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> sebanyak 32 orang (50%) dan penderita LPR paling sedikit terdapat pada rentang IMT  $<18,5$  Kg/m<sup>2</sup> sebanyak 6 orang (9,4%).

**Tabel 3.** Distribusi pasien LPR berdasarkan RFS

| RFS                            | f (n=64) | (%) |
|--------------------------------|----------|-----|
| Edema                          |          |     |
| Subglotis/pseudosulkus vokalis | 14       | 22  |
| Ventricular obliterasi         | 60       | 94  |
| Eritema/hyperemia              | 59       | 92  |
| Edema pita suara               | 46       | 72  |
| Edema laring difus             | 50       | 78  |
| Granula/jaringan granulasi     | 7        | 11  |
| Mukus kental endolaring        | 42       | 66  |
| Hipertrofi komisura posterior  | 60       | 94  |

Dari tabel diatas didapatkan bahwa hasil temuan pada pemeriksaan *fiberoptic laryngoscopy* terbanyak adalah ventricular obliterasi dan hipertrofi komisura posterior sebanyak 60 orang (94%), sedangkan temuan paling sedikit adalah granula/jaringan granulasi sebanyak 7 orang (11%).

**Tabel 4.** Distribusi pemberian obat pada pasien LPR

| Obat               | f (n=64) | (%) |
|--------------------|----------|-----|
| Lansoprazole       | 57       | 89  |
| Cetirizine         | 34       | 53  |
| Methylprednisolone | 21       | 33  |
| N Acetylcystein    | 17       | 27  |
| Sukralfat          | 14       | 22  |
| Ranitidine         | 11       | 17  |
| Cefixime           | 3        | 5   |
| Ibuprofen          | 3        | 5   |

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| Loratadine     | 3 | 5 |
| Ciprofloxacin  | 3 | 5 |
| Zinc           | 2 | 3 |
| Paracetamol    | 1 | 2 |
| Ambroxol       | 1 | 2 |
| Neurobion      | 1 | 2 |
| Avamys Spray   | 1 | 2 |
| Vit. B Complex | 1 | 2 |
| Dexamethason   | 1 | 2 |

Pada tabel diatas didapatkan pilihan terapi obat yang paling sering diberikan pada penderita LPR adalah lansoprazole sebanyak 57 pasien (89%), sedangkan yang paling sedikit digunakan adalah dexametason, avamys spray, vitamin B kompleks, ambroxol, paracetamol, dan neurobion yang masing-masing diberikan sebanyak 1 pasien (2%).

## PEMBAHASAN

### Jumlah pasien LPR

Hasil penelitian pada jumlah pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) adalah 98 pasien (18%) dari 552 pasien yang datang ke Poliklinik THT-BKL RSUP Dr. M. Djamil Padang periode 1 Januari hingga 31 Desember 2023. Hal ini sejalan dengan tujuan dari penelitian untuk membandingkan apakah terjadi penurunan atau peningkatan dari penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Afifah pada tahun 2019 di RSUP Dr. M. Djamil Padang lebih tinggi jika disbanding dengan penelitin sekarang yaitu 106 pasien.<sup>6</sup> Akan tetapi, total pasien pada periode sekarang lebih tinggi jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nadhirah tahun 2017 di RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan total pasien LPR adalah 89 orang pasien.<sup>5</sup> perbedaan angka ini disebabkan oleh banyak faktor terutama kebiasaan atau pola hidup yang buruk seperti sering mengonsumsi makanan yang pedas, berminyak, dan merokok bisa meningkatkan untuk terjadinya LPR, serta juga tingkat kesadaran pasien untuk pergi melakukan pemeriksaan ke dokter jika terdapat tanda tanda gejala LPR juga bisa mempengaruhi perbedaan angka ini.<sup>18,19</sup>

### Distribusi Pasien LPR Berdasarkan Usia

Hasil penelitian distribusi pasien

LPR berdasarkan usia memberikan hasil bahwa usia terbanyak pada pasien LPR berada pada rentang usia 46 – 55 tahun dan paling sedikit ditemukan pada kelompok usia 17 – 25 tahun. Dan, pada diagram hasil distribusi frekuensi LPR berdasarkan usia, dapat dilihat bahwa ada peningkatan jumlah pasien LPR setelah usia 45 tahun. Untuk hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUP Sanglah Bali periode 2015 – 2017 yang memberikan hasil kelompok usia terbanyak pada pasien LPR adalah pasien dengan rentang usia 40-49 tahun (36,06%).<sup>20</sup> Sementara itu penelitian yang dilakukan oleh Asyari dkk di RSUP Dr M Djamil Padang periode 2018 didapatkan usia terbanyak pasien LPR adalah 48-57 tahun (40%).<sup>21</sup> Dan juga, penelitian yang dilakukan oleh Afifah periode 2019 menunjukkan data pasien terbanyak untuk LPR pada rentang 51 – 60 tahun.<sup>6</sup>

Beberapa penelitian studi yang meneliti tentang kejadian LPR juga menunjukkan bahwa angka kejadian LPR lebih banyak pada usia lanjut, seperti studi yang dilakukan oleh Lee, dkk usia rata – rata pasien dengan LPR 37 hingga 57 tahun.<sup>11</sup>

Kejadian LPR memiliki kaitan dengan usia, pada orang yang lanjut usia terjadi penurunan dari kontraktilitas dan motilitas esofagus bagian bawah. Dan juga, pada orang lanjut usia kekuatan dari sfingter esofagus bagian atas dan bawah melemah sehingga memungkinkan untuk terjadinya refluks dari cairan lambung ke saluran pencernaan dan pernapasan atas. Selain itu juga, pada usia lanjut seringkali mengalami perubahan pada mukosa laring dan plika vokalis yang menyebabkan rentan terhadap paparan zat asam jika terjadi refluks, yang pada akhirnya akan mengakibatkan kejadian LPR. Oleh karena itu, dapat dikatakan mekanisme inilah yang menyebabkan mengapa terjadi peningkatan kasus LPR pada usia lanjut.<sup>22,23</sup>

### Distribusi Pasien LPR Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023 didapatkan hasil bahwa lebih dari setengah pasien yang terdiagnosis LPR berjenis kelamin perempuan (66%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Liu, dkk pada tahun 2022

bahwa perempuan memiliki angka lebih tinggi daripada laki – laki.<sup>24</sup> Penelitian ini juga memiliki hasil yang serupa yang dilakukan oleh Andriani, dkk dimana penderita LPR terbanyak adalah perempuan (62,75%).<sup>25</sup>

Hal ini berhubungan dengan faktor hormonal yang memiliki peran dalam meningkatkan sekresi asam lambung. Selain faktor hormonal, tingkat sensitivitas gejala pada perempuan lebih tinggi dibanding laki – laki, yang memungkinkan pada penderita perempuan lebih dahulu untuk pergi melakukan pemeriksaan. Oleh karena itu, kemungkinan hal tersebut yang menyebabkan mengapa penderita LPR mayoritas berjenis kelamin perempuan.<sup>20,25</sup>

#### **Distribusi Pasien LPR Berdasarkan IMT**

Hasil dari penelitian yang telah dilakukan, bahwa setengah dari penderita LPR memiliki indeks massa tubuh obesitas sebanyak 32 orang (50%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kamani, dkk pada tahun 2012 di Inggris didapatkan 44,6% dari seluruh pasien dengan gejala LPR berada pada kategori overweight dengan rata – rata IMT adalah 26,41 (SD 5,44), dan sebaliknya, sebanyak 51,4% pasien dengan obesitas memiliki gejala LPR.<sup>26</sup> Begitu juga, dengan penelitian yang dilakukan oleh Mosli, dkk pada tahun 2018 memiliki hasil yang serupa, dimana rata – rata BMI yang didapatkan adalah 36,1 (SD 21.6).<sup>27</sup> Akan tetapi, penelitian ini memiliki hasil yang berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Afifah pada tahun 2019 yang mendapatkan rata – rata IMT yang normal sebanyak 46%.<sup>6</sup>

Akan tetapi, salah satu proses naiknya asam lambung ke daerah aerodigestif bagian atas salah satu faktornya adalah obesitas.<sup>28</sup> Peningkatan lemak visceral pada abdomen mempengaruhi risiko terjadinya refluks asam lambung pada penderita obesitas yang menyebabkan tingginya tekanan intra abdomen dan memperlemah sfingter esofagus bawah sehingga mudah akan terjadi refluks dari asam lambung ke daerah aerodigestif bagian atas.<sup>28</sup> Hal ini juga didukung dengan penelitian Friedenber, dkk ditemukan hampir setengah dari pasien GERD menderita obesitas dan didapatkan tekanan LES yang rendah daripada pasien yang tidak obesitas.<sup>29</sup> Dan juga Seperti penelitian yang

dilakukan oleh Helmi pada tahun 2021 terdapat hubungan yang signifikan antara obesitas dengan kejadian GERD.<sup>30</sup> Dari pernyataan diatas dapat dikatakan bahwa masih ada perbedaan dalam hubungan tingginya IMT dengan kejadian LPR. Akan tetapi, secara tidak langsung obesitas menjadi faktor risiko untuk terjadinya LPR.<sup>28,29</sup>

#### **Distribusi Pasien LPR Berdasarkan RFS**

Dari penelitian ini didapatkan hasil terbanyak adalah ventricular obliteration dan hipertrofi komisura posterior yang masing masing sebanyak 60 kasus (94%) dan diikuti eritema/hyperemia sebanyak 59 kasus (92%). Hal ini hampir serupa dengan penelitian oleh Bhargava, dkk pada tahun 2016 didapatkan hasil temuan terbanyaknya adalah eritema/hyperemia sebanyak 86 kasus (72%) yang diikuti oleh hipertrofi komisura posterior 74 kasus (62%) dan ventricular obliteration sebanyak 68 kasus (57%).<sup>31</sup> Dan juga, pada penelitian oleh Karakaya, dkk tahun 2015 tentang LPR didapatkan hipertrofi komisura posterior di semua penderita LPR (100%).<sup>32</sup>

Pada dasarnya terdapat pertahanan fisiologis terhadap terjadinya LPR yang meliputi sfingter esofagus bawah, mekanisme peristaltik esofagus, air liur dan gravitasi, serta sfingter esofagus atas. Dan ketika pertahanan ini gagal, maka isi lambung akan bersentuhan dengan jaringan laring faring, dan menyebabkan kerusakan pada epitel, disfungsi silia, peradangan, dan perubahan sensitivitas.<sup>33</sup> Pada penderita LPR, terjadinya kerusakan laring faring karena adanya penurunan pH dan paparan komponen refluks seperti pepsin, garam empedu, dan enzim pankreas yang berulang.<sup>34</sup> Dan juga, terdapat perbedaan antara ambang batas pertahanan terhadap komponen refluks antara esofagus dengan laring faring, dimana esofagus diperkirakan bisa tahan terhadap komponen refluks sebanyak 50 episode per hari, sedangkan pada laring faring diperkirakan hanya bisa tahan 3 episode refluks.<sup>34</sup>

#### **Distribusi Pasien LPR Berdasarkan RFS**

Dari penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa pengobatan terbanyak yang diberikan adalah obat golongan PPI yaitu lansoprazole yang diberikan hampir disemua pasien LPR sebanyak 57 dari 64 pasien (89%). Terapi

yang digunakan paling banyak diberikan adalah terapi obat tunggal yaitu lansoprazole (9%) dan diikuti oleh terapi dengan kombinasi 2 obat yaitu lansoprazole dan cetirizine (8%). Obat golongan PPI direkomendasikan sebagai terapi LPR karena dinilai lebih baik menekan produksi asam lambung dan biaya yang lebih hemat, dalam penelitian Bhargava, dkk menyatakan bahwa pasien dengan LPR mengalami perbaikan gejala hingga 82% selama 8 minggu masa pengobatan.<sup>31</sup> Obat golongan PPI merupakan obat bekerja pada saat keadaan asam, setelah diabsorpsi kemudian masuk ke intravaskular.<sup>35</sup> Kemudian obat akan berdifusi ke sel parietal lambung dan bekerja langsung pada pompa proton.<sup>35</sup> Sebaiknya untuk pemberian PPI satu jam sebelum makan agar masa puncak kadar obatnya di dalam aliran darah sehingga kinerja obatnya menjadi maksimal.<sup>35,36</sup>

Selain obat golongan PPI, obat anti refluks lainnya yang biasa digunakan adalah golongan Antagonis Reseptor H<sub>2</sub>, golongan obat ini bekerja menghambat sekresi asam lambung dengan cara menghambat pengikatan histamin pada reseptor H<sub>2</sub> secara reversibel pada sel parietal lambung.<sup>35,37</sup>

Pada penelitian ini juga didapatkan penggunaan obat golongan kortikosteroid yaitu methylprednisolone, antihistamin yaitu cetirizine, mukolitik yaitu N. Acetylcystein, dan antasida yaitu sukralfat. Penggunaan obat ini biasanya bisa dikombinasikan dengan obat terapi LPR untuk mengobati gejala atau penyakit penyerta pada LPR, contohnya yang paling sering ditemukan adalah rhinitis alergi dan laringitis.

## KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian gambaran pasien *laryngopharyngeal reflux* RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2023, maka didapatkan hasil bahwa total jumlah penderita LPR sebanyak 98 orang dan sampel penelitian yang termasuk kriteria inklusi sebanyak 64 orang. Kelompok usia terbanyak ada pada rentang usia 46 – 55 tahun dan mayoritas penderita adalah perempuan. Berdasarkan IMT yang paling banyak adalah IMT nya yang  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> (obesitas). Temuan terbanyak pada saat pemeriksaan *fiberoptic laryngoscopy*

pasien LPR adalah ventricular obliterasi dan hipertrofi komisura posterior. Dan, obat yang paling sering diberikan pada pasien LPR adalah lansoprazole, serta kombinasi obat yang paling sering digunakan adalah kombinasi 2 obat yaitu lansoprazole dan cetirizine.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Aulia W. Refluks Laringofaring. *Scr SCORE Sci Med J*. 2020 Aug 28;2(1):64–7.
2. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*. 1991 Apr;101(4 Pt 2 Suppl 53):1–78.
3. Maronian NC, Azadeh H, Waugh P, Hillel A. Association of laryngopharyngeal reflux disease and subglottic stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001 Jul;110(7 Pt 1):606–12.
4. Spantideas N, Drosou E, Bougea A, Assimakopoulos D. Laryngopharyngeal reflux disease in the Greek general population, prevalence and risk factors. *BMC Ear Nose Throat Disord*. 2015;15:7.
5. Saan N, Asyari A, Fitri F. Gambaran pasien laryngopharyngeal reflux di bagian poliklinik THT-KL RSUP DR. M. Djamil Padang periode 2017. *J Sains Med*. 2018;
6. Afifah F. Karakteristik Penderita Laryngopharyngeal Reflux di Bagian THT-KL RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2019. [Padang]: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2020.
7. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal Reflux: Position Statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Neck Surg* [Internet]. 2002 Jul 1;127(1):32–5. Available from: <https://doi.org/10.1067/mhn.2002.125760>

8. Close LG. Laryngopharyngeal manifestations of reflux: diagnosis and therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2002 Sep;14 Suppl 1:S23-7.
9. Brown J, Shermetaro C. Laryngopharyngeal Reflux. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
10. Emerenziani S, Rescio MP, Guarino MPL, Cicala M. Gastro-esophageal reflux disease and obesity, where is the link? *World J Gastroenterol*. 2013 Oct 21;19(39):6536-9.
11. Lee YC, Lee JS, Kim SW, Kwon KH, Eun YG. Influence of Age on Treatment With Proton Pump Inhibitors in Patients With Laryngopharyngeal Reflux Disease. *JAMA Otolaryngol Neck Surg*. 2013 Dec 1;139(12):1291.
12. Massawe WA, Nkya A, Abraham ZS, Babu KM, Moshi N, Kahinga AA, et al. Laryngopharyngeal reflux disease, prevalence and clinical characteristics in ENT department of a tertiary hospital Tanzania. *World J Otorhinolaryngol - head neck Surg*. 2021 Jan;7(1):28-33.
13. Satish D, Datta HCB, Manjula B V., Poojari BA, Molluru BR. Correlation between reflux symptom index and reflux finding score in patients with laryngopharyngeal reflux: Our experience. *J Adv Clin Res Insights*. 2016;3:13-7.
14. Nunes HS, Pinto JA, Zavanela AR, Cavallini AF, Freitas GS, Garcia FE. Comparison between the Reflux Finding Score and the Reflux Symptom Index in the Practice of Otorhinolaryngology. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2016 Jul 1;20(3):218-21.
15. Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*. 1991;101(4, suppl 53):1-78.
16. Lechien JR, Mouawad F, Bobin F, Bartaire E, Crevier-Buchman L, Saussez S. Review of management of laryngopharyngeal reflux disease. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2021;138(4):257-67. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729620302714>
17. Martinucci I, de Bortoli N, Savarino E, Nacci A, Romeo SO, Bellini M, et al. Optimal treatment of laryngopharyngeal reflux disease. *Ther Adv Chronic Dis*. 2013 Nov;4(6):287-301.
18. Koufman JA, Burke AJ. Etiology and pathogenesis of laryngeal carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am*. 1997;30:1-19.
19. Koufman JA, Amin MR, Panetti M. Prevalence of reflux in 113 consecutive patients with laryngeal and voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;123(4):385-8.
20. Widiyanti IAA, Sucipta IW. Karakteristik penderita laryngopharyngeal reflux yang didiagnosis berdasarkan reflux symptom index dan reflux finding score di Poliklinik THT-KL RSUP Sanglah Tahun 2015-2017. *Medicina (B Aires)*. 2019 Dec 2;50(3).
21. Asyari A, Amri D, Novialdi N, Fitri F, Yerizal E, Bachtiar H, et al. Deteksi pepsin pada saliva pasien refluks laringofaring. *Oto Rhino Laryngol Indones*. 2018 Jun 28;48(1):65.
22. Patel DA, Blanco M, Vaezi MF. Laryngopharyngeal Reflux and Functional Laryngeal Disorder: Perspective and Common Practice of the General Gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2018 Sep;14(9):512-20.
23. Soepard EA, Iskandar N, Bashiruddin J, Restuti RD. *Buku ajar ilmu kesehatan : telinga hidung tenggorok kepala & leher*. Jakarta: BP FKUI; 2012.
24. Liu Z, Zhang C, Wang X, Zhang J, Liu L, Wang J, et al. Characteristics of Laryngopharyngeal Reflux in Patients of Different Genders and Ages. *J Voice*. 2022 Dec;
25. Andriani Y, Akil MA, Gaffar M, Punagi AQ. Deteksi pepsin pada penderita refluks laringofaring yang didiagnosis berdasarkan reflux symptom index dan reflux finding score. *Oto Rhino Laryngol Indones*. 2011 Dec

- 1;41(2):121.
26. Kamani T, Penney S, Mitra I, Pothula V. The prevalence of laryngopharyngeal reflux in the English population. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2012 Oct 11;269(10):2219–25.
27. Mosli M, Alkhathlan B, Abumohssin A, Merdad M, Alherabi A, Marglani O, et al. Prevalence and clinical predictors of LPR among patients diagnosed with GERD according to the reflux symptom index questionnaire. *Saudi J Gastroenterol*. 2018 Jul 1;24(4):236–41.
28. Lechien JR, Bobin F, Muls V, Saussez S, Hans S. Laryngopharyngeal Reflux Disease is More Severe in Obese Patients: A Prospective Multicenter Study. *Laryngoscope*. 2021 Nov 4;131(11).
29. Friedenberg FK, Xanthopoulos M, Foster GD, Richter JE. The Association Between Gastroesophageal Reflux Disease and Obesity. *Am J Gastroenterol*. 2008 Aug;103(8):2111–22.
30. Helmi IM. Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Gastroesophageal Reflux Disease Di Rsup Dr. M. Djamil Padang. [Padang]: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2021.
31. Bhargava A, Varshney P, Saxena S, Shakeel M, Srivastava AP, Agarwal E. Role of Reflux Symptom Index and Reflux Finding Score in Evaluation of Treatment Outcome in Patients with Laryngopharyngeal Reflux. *Int J Phonosurgery Laryngol*. 2017 Dec;7(2):39–43.
32. Erdas Karakaya N, Akbulut S, Altintas H, Demir MG, Demir N, Berk D. The Reflux Finding Score: Reliability and Correlation to the Reflux Symptom Index. *J Acad Res Med*. 2015 Aug 14;5(2):68–74.
33. Campagnolo A, Priston J, Thoen R, Medeiros T, Assunção A. Laryngopharyngeal Reflux: Diagnosis, Treatment, and Latest Research. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2013 Nov 5;18(02):184–91.
34. Ford CN. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux. *JAMA*. 2005 Sep 28;294(12):1534.
35. Gunawan SG. Farmakologi Dan Terapi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Edisi 6. Gunawan SG, Setiabudy R, Nafraldi, Instiaty, editors. Jakarta: Badan Penerbit FKUI, Jakarta; 2016.
36. Nurhasima. Pola Peresepan Dan Ketepatan Pemberian Antasida, Ppi, Dan Ah2 Pada Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Rengas Kota Tangerang Selatan Periode Januari-April 2019. [Tangerang Selatan, Jakarta]: Fakultas Kedokteran Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2019.
37. Krause AJ, Walsh EH, Weissbrod PA, Taft TH, Yadlapati R. An update on current treatment strategies for laryngopharyngeal reflux symptoms. *Ann N Y Acad Sci*. 2022 Apr;1510(1):5–17.