

Editorial

Stroke dan Malnutrisi

Dalam rangka *World Stroke Day* yang diperingati setiap tanggal 29 Oktober, editorial kali ini akan membahas terkait stroke. Diperingatinya hari stroke sedunia ini dimaksudkan untuk meningkatkan kewaspadaan masyarakat, baik medis maupun non-medis, terhadap stroke dan bahaya yang mengancamnya. Sudah kita ketahui bahwa stroke merupakan penyakit tidak menular yang angka kejadiannya terus bertambah serta menjadi penyebab ketiga kecacatan dan penyebab kedua kematian secara global menurut data satu tahun terakhir. Oleh karena itu, kewaspadaan terus ditingkatkan dalam upaya pencegahan stroke di tingkat komunitas dengan kampanye hidup sehat dengan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas), upaya pengenalan dini gejala stroke dengan kampanye jargon FAST (*Face drooping, Arm weakness, Speech disturbance, Time to call help*) dan SeGeRa Ke RS (Senyum tidak simetris, Gerak separuh anggota tubuh melemah, bicaRa pelo/sulit, Kebas sisi tubuh, Rabun pandangan, dan Sakit kepala hebat), upaya penanganan stroke secara tepat dan cepat di tingkat Rumah Sakit dengan penggalakan *code stroke*, upaya monitoring stroke secara intensif selama perawatan akut dengan adanya tim perawatan stroke di unit stroke, upaya rehabilitasi pasien pasca-stroke dengan menggalakkan program neurorestorasi pasca-stroke, dan upaya prevensi sekunder pasien pasca-stroke jangka panjang untuk mencegah stroke ulang dan komplikasi.

Salah satu upaya yang bisa dimulai saat perawatan stroke akut dan harus terus dievaluasi pada program pasca-stroke adalah penilaian status nutrisi pasien. Status nutrisi pasien stroke dan pasca-stroke sangat mempengaruhi keberhasilan terapi medis dan proses rehabilitasinya. Pasien dengan stroke bisa kehilangan kemampuan untuk makan dan minum karena manifestasi klinis stroke berupa gangguan kesadaran, gangguan menelan/disfagia, ketidakstabilan postur, penurunan kemampuan mobilisasi, keterbatasan komunikasi, kelelahan, depresi, dan defisit visuospasial. Malnutrisi bukanlah kejadian langka pada fase setelah perawatan stroke akut dan frekuensinya meningkat secara bertahap dalam beberapa minggu berikutnya setelah awitan stroke. Pasien yang mengalami asupan makanan yang tidak memadai setelah stroke mulai kehilangan jaringan otot mereka dengan cepat. Selain itu, kekurangan nutrisi dapat menyebabkan risiko atrofi epitel usus.

Disfagia dan malnutrisi setelah stroke meningkatkan angka kematian, morbiditas, dan biaya perawatan. Angka kematian lebih tinggi pada pasien yang mengalami malnutrisi pada saat masuk rumah sakit. Skor indeks Barthel pada hari ke-30 lebih rendah, tingkat kematian lebih tinggi pada akhir minggu pertama, dan komplikasi lebih sering terjadi pada pasien yang parameter nutrisinya memburuk setelah stroke. Durasi dan biaya perawatan di rumah sakit lebih tinggi pada pasien dengan malnutrisi. Komplikasi utama disfagia yang terkait dengan stroke dapat mencakup aspirasi dan pneumonia aspirasi, dehidrasi, perawatan di rumah sakit yang lebih lama, periode rehabilitasi yang lebih panjang, dan kebutuhan perawatan kesehatan. Komplikasi-komplikasi ini menyebabkan penurunan kesejahteraan fisik dan sosial pada pasien dengan stroke, serta kualitas hidup pasien dan keluarganya. Keberadaan disfagia juga diketahui menjadi penyebab meningkatnya risiko malnutrisi pada pasien stroke dan pasca-stroke.

Berdasarkan latar belakang di atas, penting bagi dokter penanggungjawab pelayanan untuk pasien stroke akut maupun pasca-stroke untuk memperhatikan status nutrisi serta manifestasi disfagia. Pada pasien stroke akut, pemberian makanan secara enteral melalui selang *nasogastric* bisa langsung dimulai jika pasien tidak dimungkinkan pemberian *intake* melalui oral karena penurunan kesadaran atau tidak kooperatif, misal pada pasien afasia global atau gangguan perilaku. Selanjutnya, jika pasien kooperatif, maka sebelum pemberian *intake* oral, maka skrining status nutrisi dan disfagia harus dilakukan.

Skrining status nutrisi bisa dilakukan dengan berbagai metode, seperti metode pemeriksaan klinis, pemeriksaan antropometri, dan pemeriksaan penunjang menggunakan parameter laboratorium atau pencitraan. Berbagai alat dan prosedur skrining status nutrisi telah digunakan pada pasien stroke, yang menunjukkan prevalensi yang bervariasi dalam hal risiko malnutrisi dan hubungan yang signifikan dengan hasil klinis dalam jangka pendek dan panjang, seperti infeksi, ketidakmampuan, dan mortalitas. Tes skrining yang dikembangkan untuk mengidentifikasi pasien dengan malnutrisi atau berisiko malnutrisi mencakup *Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002)*, *Mini Nutrition Assessment-Short Form (MNA-SF)*, *Malnutrition Universal Screening Test (MUST)*, *Malnutrition Screening Tool (MST)*, dan *Short Nutrition Assessment Questionnaire (SNAQ)*. Ada tiga tes yang divalidasi untuk evaluasi nutrisi, yaitu *Subjective Global Assessment (SGA)*, MNA, dan evaluasi informal status nutrisi, yang merupakan evaluasi pasien melalui observasi visual. SGA adalah tes evaluasi keadaan nutrisi yang dikembangkan untuk menilai risiko komplikasi pada pasien yang dijadwalkan untuk operasi. MNA dikembangkan sebagai alat skrining dan evaluasi pada pasien geriatri. Kedua tes ini melibatkan pengukuran antropometri.

Pengukuran antropometri yang dapat digunakan dalam penilaian keadaan nutrisi meliputi berat badan, indeks massa tubuh (IMT), ketebalan kulit trisep, dan pengukuran lingkaran lengan dan betis. Pengukuran berat badan dan BMI sulit dilakukan pada pasien yang tidak dapat bergerak. Ketebalan kulit trisep atau lingkaran lengan tengah dapat diukur pada pasien yang tidak dapat bergerak, namun perlu diingat bahwa pengukuran ini mungkin dapat menyesatkan karena adanya edema dan atrofi pada pasien stroke.

Pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mengevaluasi komposisi tubuh termasuk analisis impedansi bioelektrik, absorptiometri sinar-X ganda, tomografi komputasi, ultrasonografi, dan pencitraan resonansi magnetik. Tidak ada penanda biokimia yang ideal untuk menunjukkan keadaan nutrisi pasien stroke. Tingkat malnutrisi sangat bervariasi tergantung pada metode dan nilai ambang yang digunakan. Penanda biokimia yang digunakan selama pemantauan dapat mencakup albumin, pre-albumin, transferin, protein pengikat retinol, zat besi serum, kolesterol total, jumlah leukosit, jumlah limfosit, hemoglobin, dan kadar vitamin B12 serta asam folat. Hingga saat ini, belum ada tes skrining dan evaluasi nutrisi yang standard untuk pasien stroke. Namun, hal ini tentunya tidak menyurutkan peran tenaga medis dalam skrining dan evaluasi status nutrisi pasien stroke dalam praktik klinis sehari-hari. Sebagai contoh, yang lazim digunakan untuk penilaian status gizi dalam praktik klinis sehari-hari adalah indeks massa tubuh (IMT). Oleh karena itu, untuk menilai status malnutrisi pasien digunakan kriteria diagnostik malnutrisi menurut *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (2015)*, yaitu sebagai berikut:

Definisi 1: IMT <18,5 kg/m²

Definisi 2 (1+ salah satu yang tersisa):

1. >10% kehilangan berat badan tidak disengaja kapan saja atau >5% kehilangan berat badan dalam 3 bulan terakhir.
2. Usia <70 tahun; IMT <20 kg/m²
Usia ≥70 tahun; IMT <22 kg/m²
3. IMT tanpa lemak; perempuan <15 kg/m², laki-laki <17 kg/m²

Hal yang tak kalah penting dalam praktik klinis untuk menunjang penilaian status nutrisi pasien adalah skrining disfagia. Kondisi malnutrisi akan meningkat dengan adanya gejala disfagia yang dialami pasien sebagai gejala klinis stroke. Skrining disfagia harus dilakukan pada setiap pasien stroke sebelum memulai pemberian makanan dan obat secara oral dengan menggunakan tes menelan sederhana di tempat tidur, dan risiko aspirasi harus ditentukan. Tes ini dapat dilakukan oleh tenaga medis dan paramedis yang berpengalaman. Tes skrining disfagia ini bisa dilakukan dengan tes minum/menelan 5 mL air tiga kali dan minum/menelan 50 mL air dari gelas. Pasien dinyatakan mengalami disfagia jika setelah dilakukannya tes skrining disfagia tersebut pasien tidak bisa menelan/tersedak, batuk, dan mengalami perubahan suara. Penanda klinis ini memiliki sensitivitas tinggi dalam skrining disfagia. Pemantauan saturasi oksigen dari jari selama evaluasi menelan dapat meningkatkan sensitivitas tes skrining. Tes skrining disfagia dilakukan dalam 24 jam pertama setelah pasien masuk ke rumah sakit. Tes skrining dapat diulang dalam beberapa hari berikutnya jika diperlukan, sesuai dengan kondisi neurologis pasien. Pemberian makan secara oral dapat dimulai dengan hati-hati pada pasien yang bisa melakukan tes minum/menelan air tersebut, tetapi pasien harus selalu dipantau setelahnya untuk ada atau tidaknya aspirasi. Gerakan palatal yang lemah, disartria, suara yang abnormal, kurangnya batuk, keberadaan sensasi faring yang abnormal, serta evaluasi batuk dan perubahan suara (suara basah) setelah dilakukan prosedur skrining disfagia harus selalu dilakukan oleh pemeriksa.

Pemeriksaan status nutrisi dan skrining disfagia merupakan upaya yang harus dilakukan dalam penanganan pasien stroke sejak perawatan stroke akut di rumah sakit hingga pada kunjungan evaluasi pasca-stroke dalam praktik klinis sehari-hari. Dengan belum adanya pemeriksaan status nutrisi terstandar untuk pasien stroke dan pasca-stroke, maka memungkinkan tenaga medis dan paramedis menggunakan pemeriksaan klinis, antropometri, dan parameter laboratorium/pencitraan dalam penilaiannya. Skrining disfagia juga dilakukan rutin pada kondisi stroke akut dan pasca-stroke untuk menunjang pemeriksaan status nutrisi pasien. Hal ini dilakukan untuk mengurangi risiko mortalitas dan morbiditas pasien serta menunjang keberhasilan proses pengobatan dan rehabilitasi.

dr. Mawaddah Ar Rochmah, Ph.D., Sp.N.