

LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX DENGAN MANIFESTASI DISFONIA PADA PASIEN USIA LANJUT: SEBUAH LAPORAN KASUS

Regita Dwi Maharani¹, Mukhlis Imanto²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Telinga, Hidung, Tenggorokan, dan Bedah Kepala Leher, Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

E-mail: regita.dwimaharani@gmail.com

ABSTRACT

Laryngopharyngeal reflux (LPR) is a condition caused by the reflux of gastric contents into the laryngopharyngeal region and may manifest as persistent dysphonia. This case report describes a 66-year-old woman who presented with persistent hoarseness for 4 weeks, accompanied by globus sensation, dry and burning throat, and intermittent nonproductive cough, particularly after lying down. The patient also had a history of irregular eating patterns and recurrent epigastric burning. Laryngoscopic examination revealed erythema and edema of the posterior larynx, particularly in the interarytenoid region and posterior commissure, with mild vocal fold edema and no focal lesions. Based on the clinical presentation and laryngoscopic findings, the patient was diagnosed with LPR. Management consisted of omeprazole and non-pharmacological measures, including voice hygiene, adequate fluid intake, avoiding lying down immediately after meals, maintaining a 2-3-hour interval between the last meal and bedtime, and reducing spicy and acidic food consumption. This case highlights the importance of considering LPR as a cause of persistent dysphonia in older adults, while also considering age-related laryngeal changes such as presbylaryngis. A comprehensive clinical and laryngoscopic evaluation is important because LPR may present with nonspecific symptoms and lacks universally accepted diagnostic criteria.

Keywords: *Dysphonia, Laryngopharyngeal reflux, Older adult, Presbylaryngis*

ABSTRAK

Refluks laringofaring (LPR) merupakan kondisi akibat aliran balik isi lambung hingga mencapai daerah laringofaring dan dapat bermanifestasi sebagai disfonia menetap. Laporan kasus ini membahas seorang perempuan berusia 66 tahun dengan keluhan suara serak selama 4 minggu yang disertai sensasi mengganjal di tenggorokan, tenggorokan kering dan terasa terbakar, serta batuk tidak berdahak yang terutama muncul setelah berbaring. Pasien juga memiliki riwayat pola makan tidak teratur dan nyeri ulu hati disertai rasa terbakar. Pemeriksaan laringoskopi menunjukkan edema dan hiperemia pada laring posterior, terutama regio interaritenoid dan komisura posterior, serta edema ringan pada pita suara tanpa lesi fokal. Berdasarkan

Article history

Received: September

Reviewed: September

Published: September

Plagiarism checker no

Copyright : Author

Publish by : Nutricia



This work is licensed under a [creative commons attribution-noncommercial 4.0 international license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

gambaran klinis dan laringoskopi, pasien didiagnosis mengalami LPR. Tata laksana meliputi pemberian omeprazole dan terapi nonfarmakologis berupa *voice hygiene*, pemenuhan kebutuhan cairan, menghindari berbaring segera setelah makan, memberikan jeda 2-3 jam antara makan terakhir dan tidur, serta mengurangi konsumsi makanan pedas dan masam. Kasus ini menekankan pentingnya mempertimbangkan LPR sebagai penyebab disfonia menetap pada pasien lanjut usia, dengan tetap memperhatikan perubahan laring terkait usia seperti presbilaring. Evaluasi klinis dan laringoskopi secara menyeluruh diperlukan karena manifestasi LPR bersifat tidak spesifik dan belum memiliki kriteria diagnostik yang disepakati secara universal.

Kata Kunci: Disfonia, Lanjut usia, Presbilaring, Refluks laringofaring

PENDAHULUAN

Refluks laringofaring (laryngopharyngeal reflux/LPR) merupakan kondisi yang terjadi akibat aliran balik isi lambung hingga melewati sfingter esofagus bagian atas, sehingga dapat menimbulkan berbagai gejala pada laring dan faring, seperti batuk, sering berdeham, rasa lendir di tenggorokan, perubahan suara atau disfonia, sensasi mengganjal di tenggorokan (globus), serta nyeri tenggorokan.¹ Berbeda dengan penyakit refluks gastroesofageal (GERD) klasik, LPR sering kali tidak disertai keluhan rasa terbakar di dada (*heartburn*), sehingga dikenal pula sebagai “refluks diam” (silent reflux) dan kerap tidak terdiagnosis dalam praktik klinis.^{1,2} Disfonia merupakan salah satu manifestasi LPR yang sering ditemukan dan dapat terjadi akibat paparan langsung refluksat yang menyebabkan iritasi kimiawi pada mukosa laring, maupun melalui mekanisme tidak langsung berupa respons neurogenik dan peningkatan sensitivitas laring.²

Kelompok lanjut usia memiliki kerentanan terhadap LPR dengan gambaran klinis yang dapat berbeda dibandingkan orang dewasa yang lebih muda. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien lanjut usia dengan LPR lebih sering tidak menunjukkan keluhan suara yang khas serta memiliki skor gejala subjektif berdasarkan *Reflux Symptom Index* yang lebih rendah dibandingkan kelompok usia lebih muda. Namun, pada pemeriksaan laringoskopi, temuan objektif berdasarkan *Reflux Finding Score* justru cenderung lebih berat.^{3,4} Perbedaan antara keluhan subjektif dan temuan objektif tersebut dapat menyebabkan LPR pada pasien lanjut usia terlambat dikenali dan ditangani. Padahal, disfonia yang menyertai LPR dapat memengaruhi kemampuan komunikasi, interaksi sosial, serta kualitas hidup pasien geriatri secara keseluruhan.⁴

Proses penuaan turut meningkatkan risiko terjadinya LPR melalui berbagai perubahan fisiologis. Perubahan tersebut meliputi berkurangnya produksi saliva dan kemampuan penyangga bikarbonat dalam menetralisasi asam, penurunan tonus serta tekanan basal sfingter esofagus bagian atas dan bawah, perlambatan pergerakan esofagus, serta perubahan sensitivitas mukosa laring akibat proses degenerasi neuromuskular yang berkaitan dengan usia.^{5,6} Berbagai perubahan tersebut dapat menyebabkan manifestasi LPR pada lanjut usia berbeda secara bermakna dibandingkan kelompok usia yang lebih muda, baik dalam jenis maupun intensitas gejala yang dirasakan.⁵

Diagnosis LPR pada pasien lanjut usia juga menghadapi tantangan karena belum banyak tersedia alat diagnostik yang secara khusus tervalidasi untuk populasi geriatri. Kuesioner *Reflux Symptom Index* dan *Reflux Symptom Score* dapat digunakan sebagai alat skrining pada populasi umum, tetapi sensitivitasnya pada kelompok lanjut usia dapat berkurang akibat perubahan

persepsi terhadap gejala yang terjadi seiring pertambahan usia. Oleh karena itu, diagnosis LPR pada pasien lanjut usia sebaiknya tidak hanya didasarkan pada penilaian gejala, tetapi juga dikombinasikan dengan pemeriksaan laringoskopi dan evaluasi klinis secara menyeluruh.^{7,8} Selain itu, keberadaan berbagai penyakit penyerta dan penggunaan banyak obat secara bersamaan (polifarmasi) yang umum ditemukan pada pasien geriatri dapat semakin menyulitkan penentuan LPR sebagai penyebab disfonia serta menjadi pertimbangan dalam pemilihan terapi yang aman dan sesuai.³

Berdasarkan kompleksitas manifestasi klinis dan berbagai tantangan dalam menegakkan diagnosis tersebut, laporan kasus ini disusun untuk menggambarkan kasus pasien lanjut usia dengan refluks laringofaring yang bermanifestasi sebagai disfonia. Laporan kasus ini bertujuan meningkatkan kewaspadaan klinis terhadap kemungkinan LPR sebagai salah satu penyebab disfonia pada pasien geriatri, terutama karena kelompok ini dapat menunjukkan gejala yang tidak khas. Selain itu, laporan ini menekankan pentingnya pendekatan diagnostik dan tata laksana yang mempertimbangkan karakteristik serta kondisi khusus pasien lanjut usia.

KASUS

Seorang perempuan berusia 66 tahun datang ke Poliklinik THT-KL RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan keluhan utama suara serak sejak 4 minggu sebelum berobat. Keluhan awal berupa nyeri saat menelan yang telah dirasakan sejak sekitar 1 bulan sebelumnya dan muncul secara hilang timbul. Keluhan kemudian disertai suara serak yang menetap dan mengganggu kenyamanan pasien saat berbicara. Pasien juga mengeluhkan sensasi seperti terdapat sesuatu yang mengganjal di tenggorokan, tenggorokan terasa kering, serta rasa terbakar yang menyebabkan ketidaknyamanan terutama saat mengonsumsi makanan padat. Selain itu, pasien mengalami batuk tidak berdahak yang muncul sesekali, terutama setelah berbaring dalam waktu tertentu, dan terkadang disertai keluhan sesak napas. Keluhan demam, pilek, hidung tersumbat, maupun gangguan pendengaran disangkal. Pasien memiliki kebiasaan makan yang tidak teratur dan sebelumnya sering mengalami nyeri ulu hati disertai rasa terbakar. Pasien sebelumnya telah berobat dan mendapatkan pengobatan, tetapi tidak rutin mengonsumsi obat sehingga keluhan masih dirasakan. Riwayat penyakit keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Berat badan pasien 54 kg dan tinggi badan 153 cm. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 130/80 mmHg, frekuensi nadi 98 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36,4°C. Pemeriksaan telinga kanan dan kiri menunjukkan bentuk dan ukuran telinga normal. Aurikula tidak hiperemis dan tidak terdapat nyeri tekan maupun nyeri tarik. Meatus akustikus eksternus tidak hiperemis dan tidak ditemukan sekret. Membran timpani tampak intact. Pemeriksaan hidung menunjukkan bentuk hidung simetris, vestibulum nasi lapang, serta konka inferior dan konka media tidak mengalami hipertrofi. Tidak ditemukan sekret maupun massa pada kavum nasi. Pemeriksaan kelenjar getah bening dan tiroid tidak menunjukkan adanya pembesaran.

Pemeriksaan kavum oris menunjukkan mukosa berwarna merah muda. Gingiva tidak hiperemis maupun hipertrofi, gigi lengkap tanpa karies, lidah tidak hiperemis, palatum durum dan palatum mole tidak hiperemis, serta uvula terletak di tengah. Pada pemeriksaan faring ditemukan mukosa hiperemis tanpa sekret. Arkus anterior dan arkus posterior tidak hiperemis, dengan ukuran tonsil T1-T1. Pemeriksaan laring menunjukkan edema dan hiperemia pada regio posterior laring, terutama pada daerah interaritenoid dan komisura posterior. Tampak edema ringan pada pita suara. Tidak ditemukan massa maupun lesi fokal pada plika vokalis. Mobilitas kedua pita suara baik dan simetris.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan refluks laringofaring. Diagnosis didukung oleh keluhan suara serak yang menetap, sensasi mengganjal

di tenggorokan, tenggorokan terasa kering dan terbakar, batuk tidak berdahak yang terutama muncul setelah berbaring, serta riwayat pola makan tidak teratur dan keluhan nyeri ulu hati disertai rasa terbakar. Temuan laringoskopi berupa edema dan hiperemia pada regio posterior laring, terutama daerah interaritenoid dan komisura posterior, serta edema ringan pada pita suara juga mendukung adanya refluks laringofaring sebagai penyebab keluhan.

Pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa omeprazole. Selain terapi farmakologis, pasien diberikan edukasi mengenai kebersihan dan perawatan suara (voice hygiene), menjaga kecukupan asupan cairan, menghindari berbaring segera setelah makan, serta memberikan jeda makan sekitar 2-3 jam sebelum tidur. Pasien juga dianjurkan untuk mengurangi konsumsi makanan yang dapat memperberat keluhan, terutama makanan pedas dan masam.

PEMBAHASAN

Pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan utama suara serak menetap yang dirasakan sejak 4 minggu sebelumnya. Keluhan tersebut didahului oleh nyeri menelan (odinofagia) yang dirasakan hilang timbul sejak sekitar 1 bulan sebelumnya. Pasien juga mengalami keluhan sensasi mengganjal di tenggorokan (globus), tenggorokan terasa kering, serta rasa terbakar yang terutama dirasakan saat mengonsumsi makanan padat. Keluhan batuk tidak berdahak yang muncul sesekali, terutama setelah berbaring dalam waktu tertentu, dan terkadang disertai keluhan sesak napas juga dirasakan. Berbagai keluhan tersebut sesuai dengan manifestasi klinis refluks laringofaring (LPR) yang menyebabkan iritasi mukosa laringofaring oleh paparan refluksat lambung secara berulang. Secara patofisiologi, LPR terjadi ketika mekanisme pertahanan antirefluks, meliputi sfingter esofagus atas dan bawah, peristaltik esofagus, serta faktor pertahanan epitel seperti saliva, tidak mampu mencegah aliran balik isi lambung menuju faring dan laring. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kerusakan epitel mukosa, inflamasi, dan gangguan bersihan mukosilier.⁹ Pepsin yang terbawa dalam refluksat dapat bertahan pada pH netral dan kembali aktif saat terpapar asam secara intermiten. Pepsin tersebut dapat mengganggu integritas epitel laring, termasuk merusak taut kedap antarsel, serta memicu pelepasan sitokin dan kemokin proinflamasi. Proses ini menyebabkan edema, eritema, dan inflamasi kronik pada laring yang dapat mendasari keluhan suara serak, tenggorokan kering, rasa terbakar, dan sensasi mengganjal di tenggorokan pada pasien.¹⁰

Namun, pada pasien ini, usia pasien yang sudah tua (66 tahun) perlu turut dipertimbangkan dalam menilai keluhan suara serak yang menetap, karena proses penuaan dapat menimbulkan perubahan suara yang secara klinis menyerupai manifestasi LPR. Perubahan tersebut dikenal sebagai presbiling atau presbifonia, yang dapat menyebabkan gangguan kualitas suara akibat perubahan anatomi dan fisiologi laring terkait usia.¹¹ Studi oleh Alves dkk. (2022) terhadap 1.304 pasien geriatri yang dirujuk ke poliklinik THT menunjukkan bahwa LPR merupakan penyebab tersering disfonia pada populasi lanjut usia (44,81%), diikuti oleh presbiling (21,31%), dengan usia rata-rata pasien presbiling secara statistik lebih tinggi dibandingkan penyebab disfonia lainnya.¹¹ Kondisi ini menunjukkan bahwa pada pasien lanjut usia, suara serak dapat dipengaruhi oleh lebih dari satu mekanisme, termasuk refluks dan perubahan laring akibat penuaan. Keduanya juga dapat menunjukkan gambaran klinis yang serupa, seperti perubahan kualitas suara, edema, dan gangguan mukosa laring, sehingga diperlukan penilaian klinis yang menyeluruh untuk membedakan kontribusi masing-masing kondisi. Selain itu, perubahan suara pada usia lanjut sering dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan sehingga pasien dapat menunda pemeriksaan, yang berpotensi menyebabkan kondisi yang masih dapat ditatalaksana, seperti LPR pada kasus ini, kurang dikenali.²

Keluhan batuk tidak berdahak pada pasien dapat dijelaskan melalui beberapa mekanisme, yaitu iritasi langsung akibat refluks atau mikroaspirasi, peningkatan sensitivitas refleks batuk, dan gangguan motilitas esofagus. Refluksat yang mencapai faring dan laring, terutama yang mengandung asam dan pepsin, dapat mengiritasi mukosa dan memicu refleks

batuk. Paparan refluks yang berulang juga meningkatkan sensitivitas jalur sensorik vagal, termasuk reseptor TRPV1, sehingga rangsangan ringan lebih mudah memicu batuk. Selain itu, gangguan motilitas esofagus dapat menghambat pembersihan refluksat dan memperpanjang kontak dengan mukosa. Ketiga mekanisme ini saling memperkuat sehingga mempertahankan iritasi dan hipersensitivitas saluran napas, yang akhirnya menyebabkan batuk menjadi persisten atau kronis. Keluhan batuk dapat semakin parah saat berbaring, karena efek gravitasi dalam membersihkan refluksat berkurang sehingga refluks lebih mudah mencapai faring dan laring, terutama pada malam hari.¹² Refleks vagal juga mendasari keluhan sesak napas intermiten pada pasien ini, karena stimulasi refluksat pada reseptor laring dapat memicu refleks bronkokonstriksi tanpa memerlukan aspirasi langsung ke saluran napas.^{9,10} Gangguan pada fungsi silia akibat inflamasi kronik juga menyebabkan stasis mukus yang memperberat sensasi mengganjal dan dorongan untuk berdehem (membersihkan saluran napas).⁹

Riwayat nyeri ulu hati disertai sensasi terbakar di area dada pada pasien ini dapat dikaitkan dengan GERD. Meskipun demikian, perlu diingat bahwa LPR dan GERD merupakan entitas yang tumpang tindih, tetapi tidak identik.⁸ Sebagian pasien LPR tidak mengalami gejala klasik GERD, seperti *heartburn* dan regurgitasi, sehingga sebagian ahli meyakini bahwa kedua kondisi tersebut dapat berdiri sendiri meskipun sering ditemukan secara bersamaan.⁸ Konsensus IFOS 2024 menegaskan bahwa refluks yang lemah-asam (*weakly acidic*) justru mendominasi mayoritas kasus LPR dibandingkan refluks asam khas GERD, yang menjelaskan mengapa gejala esofageal klasik tidak selalu menyertai LPR.¹³ Pada pasien ini, adanya nyeri ulu hati dan rasa terbakar epigastrik mengindikasikan kemungkinan komponen GERD yang menyertai, memperkuat dugaan disfungsi sfingter esofagus bawah sebagai jalur tambahan refluksat mencapai laring. Pola makan tidak teratur turut menjadi faktor risiko karena dapat memperlambat pengosongan lambung dan meningkatkan tekanan intragaster, sementara ketidakpatuhan terhadap terapi sebelumnya menjelaskan mengapa keluhan tetap persisten – ketidakpatuhan pengobatan merupakan salah satu penyebab utama kegagalan terapi dan rekurensi gejala LPR yang telah diidentifikasi dalam praktik klinis.¹⁴

Temuan mukosa faring hiperemis tanpa sekret serta edema dan hiperemia pada regio posterior laring – khususnya daerah interaritenoid dan komisura posterior – merupakan pola klasik "laringitis posterior" yang paling sering dilaporkan pada LPR.¹⁵ Studi validasi oleh Abraham dan Kahinga (2022) yang menilai utilitas *Reflux Finding Score* (RFS) dan *Reflux Symptom Index* (RSI) pada pasien LPR, menunjukkan bahwa eritema atau hiperemia endolaring serta hipertrofi komisura posterior merupakan tanda yang paling sering ditemukan pada pasien dengan LPR terkonfirmasi. Skor RFS ≥ 7 juga dikaitkan dengan kemungkinan diagnosis LPR yang lebih tinggi.¹⁵ Edema ringan pada pita suara tanpa massa atau lesi fokal, disertai mobilitas pita suara yang baik dan simetris, menyingkirkan kemungkinan lesi struktural (nodul, polip, granuloma, atau paralisis pita suara) sebagai penyebab suara serak, dan lebih konsisten dengan proses inflamasi mukosa laring akibat iritasi kimiawi berulang oleh refluksat dibandingkan proses neoplastik atau neurogenik.^{9,15}

Kombinasi gejala klinis berupa suara serak menetap, sensasi globus, tenggorokan kering dan terasa terbakar, serta batuk yang muncul setelah berbaring, disertai faktor risiko berupa pola makan tidak teratur dan riwayat nyeri ulu hati, serta temuan laringoskopi berupa edema dan hiperemia pada laring posterior serta edema ringan pita suara, mendukung diagnosis refluks laringofaring. Namun, diagnosis pada kasus ini masih memiliki keterbatasan karena ditegakkan berdasarkan anamnesis dan temuan laringoskopi tanpa pemeriksaan objektif, seperti pemantauan pH-impedansi selama 24 jam atau pemeriksaan pepsin saliva. Pemeriksaan tersebut dapat digunakan untuk memberikan bukti objektif adanya refluks, tetapi penerapannya masih terbatas karena biaya yang relatif mahal, sifatnya invasif, dan ketersediaannya yang belum merata di fasilitas kesehatan sekunder.¹⁶

Keterbatasan dalam menegakkan diagnosis LPR juga berkaitan dengan gejala dan temuan

laringoskopi yang tidak spesifik, sehingga dapat ditemukan pada kondisi lain seperti laringitis alergi, laringitis akibat iritan, maupun lesi laring tahap awal. Hal ini menyebabkan instrumen klinis seperti *Reflux Symptom Index* dan *Reflux Finding Score*, yang digunakan sebagai bagian dari penilaian pada kasus ini, masih memiliki keterbatasan dalam memastikan diagnosis LPR karena spesifisitasnya yang terbatas.⁸ Selain itu, hingga saat ini belum terdapat kriteria diagnostik baku yang disepakati secara universal untuk LPR.¹⁶ Oleh karena itu, pendekatan klinis berdasarkan anamnesis dan temuan pemeriksaan masih banyak digunakan dalam praktik THT, termasuk pada kasus ini.

Omeprazole sebagai proton pump inhibitor (PPI) merupakan salah satu terapi farmakologis yang digunakan pada LPR karena bekerja dengan menekan produksi asam lambung, sehingga dapat mengurangi paparan mukosa terhadap refluksat asam dan mencegah aktivasi kembali pepsin.¹⁴ Studi klinis oleh Sharma dkk. (2023) dan studi observasional oleh Arango-García dkk. (2025) pada pasien dengan sensasi globus di tenggorokan akibat LPR, menunjukkan bahwa pemberian PPI yang disertai modifikasi gaya hidup dapat memperbaiki skor RSI dan RFS secara bermakna dibandingkan modifikasi gaya hidup saja, serta meningkatkan kualitas hidup yang berkaitan dengan keluhan suara dan tenggorokan.^{17, 18}

Selain terapi farmakologis, edukasi mengenai *voice hygiene*, pemenuhan kebutuhan cairan, serta anjuran untuk tidak segera berbaring setelah makan dan memberikan jeda 2–3 jam antara waktu makan terakhir dan tidur merupakan bagian dari tatalaksana non farmakologis LPR yang direkomendasikan berdasarkan konsensus multidisiplin.¹⁴ Mempertahankan posisi tegak setelah makan dapat membantu mengurangi kemungkinan refluksat mencapai laring karena pengaruh gravitasi. Pembatasan makanan pedas dan masam juga dapat dipertimbangkan. Studi multisenter acak oleh Gelardi dkk. (2025) menunjukkan bahwa modifikasi diet, baik diberikan secara mandiri maupun dikombinasikan dengan agen yang melindungi mukosa, dapat memperbaiki skor RSI dan RFS serta menurunkan kadar pepsin dalam saliva dan sekret nasal pada pasien LPR. Temuan tersebut menunjukkan bahwa modifikasi diet dapat membantu mengurangi paparan refluksat pada mukosa laringofaring.¹⁹

KESIMPULAN

Refluks laringofaring (LPR) merupakan salah satu penyebab disfonia yang perlu dipertimbangkan pada pasien lanjut usia, terutama karena manifestasinya dapat menyerupai perubahan suara akibat proses penuaan. Pada kasus ini, pasien perempuan berusia 66 tahun datang dengan keluhan suara serak menetap selama 4 minggu yang disertai sensasi mengganjal di tenggorokan, tenggorokan kering dan terasa terbakar, serta batuk tidak berdahak yang terutama muncul setelah berbaring. Riwayat pola makan tidak teratur dan nyeri ulu hati disertai rasa terbakar turut mendukung adanya refluks. Pemeriksaan laringoskopi menunjukkan edema dan hiperemia pada regio posterior laring, terutama daerah interaritenoid dan komisura posterior, serta edema ringan pada pita suara tanpa ditemukan massa atau lesi fokal. Temuan klinis dan laringoskopi tersebut mendukung diagnosis LPR sebagai penyebab keluhan disfonia pada pasien.

Pada pasien lanjut usia, proses penuaan laring berupa presbiling atau presbifonia tetap perlu dipertimbangkan sebagai salah satu penyebab perubahan suara. Namun, pada kasus ini, adanya gejala khas LPR dan temuan inflamasi pada laring lebih mendukung keterlibatan refluks laringofaring. Diagnosis LPR pada kasus ini ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan laringoskopi, meskipun terdapat keterbatasan karena belum dilakukan pemeriksaan objektif seperti pemantauan pH-impedansi 24 jam atau pemeriksaan pepsin saliva, serta belum adanya kriteria diagnostik LPR yang disepakati secara universal.

Tata laksana berupa pemberian omeprazole disertai edukasi mengenai *voice hygiene*, kecukupan asupan cairan, menghindari berbaring segera setelah makan, memberikan jeda makan 2-3 jam sebelum tidur, serta mengurangi makanan pedas dan masam merupakan

pendekatan yang diberikan pada pasien. Kasus ini menekankan pentingnya mempertimbangkan LPR pada pasien lanjut usia dengan disfonia menetap, melakukan evaluasi klinis dan laringoskopi secara menyeluruh, serta memperhatikan kemungkinan penyebab lain seperti perubahan laring akibat penuaan. Pendekatan farmakologis dan modifikasi gaya hidup secara bersamaan diperlukan untuk membantu mengurangi gejala dan mencegah kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Krause AJ, Yadlapati R. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux. *Aliment Pharmacol Ther.* 2024;59(5):616-31.
2. Johnston N, Richards D, Samuels TL, Aoun J, Husain I, Figueredo E. Advances in laryngopharyngeal reflux: etiology, diagnosis, and management. *Ann N Y Acad Sci.* 2024;1541(1):53-62.
3. Lechien JR. Treating and managing laryngopharyngeal reflux disease in the over 65s: evidence to date. *Clin Interv Aging.* 2022;17:1625-33.
4. Kuzy J, Marshall C, Ranjbar PA, Alnouri G, Al Omari A, Sethi HK, et al. Characterization of laryngopharyngeal reflux in the elderly population. *J Voice.* 2026;40(3):763-74.
5. Hidayati A, Ikhsan W. Characteristics and management of laryngopharyngeal reflux in the elderly: a case report. *J Community Med Public Health Res.* 2024;5(2):227-35.
6. Liu F, Li W, Zhang P, Chen D, Wu X, Xu X, et al. Chinese expert consensus on diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in the elderly (2023). *Aging Med (Milton).* 2024.
7. Guo W, Zhang J, Yue H, Lyu K, Chen S, Huang B, et al. The reflux symptom score has good screening value for laryngopharyngeal reflux. *BMC Gastroenterol.* 2024;24(1):1-7.
8. Cuff C, Yadlapati R. Laryngopharyngeal reflux: historical perspectives, current diagnostics and therapies, and remaining challenges. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2025;55(4):292-302.
9. Barham WT, Alvarez-Amado AV, Dillman KM, Thibodeaux E, Nguyen ID, Varrassi G, et al. Laryngopharyngeal reflux pathophysiology, clinical presentation, and management: a narrative review. *Cureus.* 2024;16(8):e67305.
10. Hou C, Zhou L, Zheng Y, et al. Weak acid and pepsin reflux induce laryngopharyngeal mucosal barrier injury: a rabbit-model-based study. *PLoS One.* 2025;20(1):e0315083.
11. Alves CS, Santos M, Azevedo S, Casanova M, Lino J, Meireles L. Geriatric dysphonia and the most frequent diagnosis. *Port J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2022;60(4):355-61.
12. Hránková V, Balner T, Gubová P, Staníková L, Zeleník K, Komínek P. Narrative review of relationship between chronic cough and laryngopharyngeal reflux. *Front Med.* 2024;11:1348985.
13. Ciprandi G, Passali D, Damiani V, et al. Laryngopharyngeal reflux management in clinical practice. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2021;35(1 Suppl 2):55-59.
14. Kamal AN, Dhar SI, Bock JM, et al. Best practices in treatment of laryngopharyngeal reflux disease: a multidisciplinary modified Delphi study. *Dig Dis Sci.* 2023;68(4):1125-38.
15. Abraham ZS, Kahinga AA. Utility of reflux finding score and reflux symptom index in diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2022;7(3):785-9.
16. Lien HC, Lee PH, Wang CC. Diagnosis of laryngopharyngeal reflux: past, present, and future—a mini-review. *Diagnostics (Basel).* 2023;13(9):1643.
17. Sharma S, Pokhrel M, Kandel S. Effect of proton pump inhibitor on quality of life in patients having laryngopharyngeal reflux disease. *Devdaha Med J.* 2023;5(2).
18. Arango-García V, Osorio-Anaya S, Yepes-Barreto I. Proton pump inhibitors and quality of life in patients with globus pharyngeus: an observational study. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2025;40(1):31-8.

19. Gelardi M, Giancaspro R, Fiorentino C, Patruno S, Marroni J, D'Avino A, et al. Efficacy of dietary modifications and mucosal protectors in the treatment of laryngopharyngeal reflux: a multicenter study. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1488323.