



Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN *INFEKSI HELICOBACTER PYLORI* DI INDONESIA TAHUN 2024

Editor

Ari Fahrial Syam
Hasan Maulahela
Virly Nanda Muzellina



Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN INFEKSI HELICOBACTER PYLORI DI INDONESIA TAHUN 2024

Editor:

Ari Fahrial Syam
Hasan Maulahela
Virly Nanda Muzellina

**ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN
INFEKSI HELICOBACTER PYLORI DI INDONESIA TAHUN 2024**

Editor:

Ari Fahrial Syam
Hasan Maulahela
Virly Nanda Muzellina

15 cm x 23 cm
viii + 16 Halaman

Diterbitkan pertama kali oleh

PIPInterna

Perkumpulan Informasi dan Penerbitan Interna
Gedung Cimandiri One, Lantai 3, Unit 302
Jl. Cimandiri No:1 - Cikini, Jakarta Pusat 10330,
Tlp: 021-31903775. WA: +62 857-1632-9913
Email: pipfkui@yahoo.com

Hak cipta teks © 2024

Seluruh hak cipta.

Tidak ada bagian dari buku ini yang boleh direproduksi, atau disimpan dalam sistem pengambilan, atau ditransmisikan dalam bentuk apa pun atau dengan cara apa pun, elektronik, mekanis, fotokopi, rekaman, atau lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Adendum ini merupakan hasil parapakargastroenterologi di Indonesia mengenai penatalaksanaan dispepsia dan infeksi *Helicobacter Pylori* di Indonesia, sehubungan dengan hadirnya modalitas terapi farmakologis terbaru yang tersedia di Indonesia.

Adendum Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *H. pylori* di Indonesia Tahun 2024 ini dibuat berdasarkan *evidence based medicine*, sehingga dapat digunakan sebagai rujukan para dokter di Indonesia dalam menangani kasus-kasus dispepsia dan infeksi *H. pylori* dalam praktik sehari-hari. Diharapkan dengan adanya adendum ini, para dokter dapat lebih meningkatkan pelayanannya kepada pasien-pasien dispepsia dan infeksi *H. pylori*.

Kami haturkan terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh peserta adendum yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya dalam penyusunan adendum konsensus nasional penatalaksanaan dispepsia dan infeksi *H. pylori* di Indonesia tahun 2024 ini.

Kritik dan saran dari teman Sejawat mengenai Adendum Konsensus Nasional Penatalaksanaan dispepsia dan infeksi *H. pylori* di Indonesia Tahun 2024 akan sangat kami hargai.

Akhirnya dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, kami persembahkan Adendum Konsensus Nasional Penatalaksanaan dispepsia dan infeksi *H. pylori* di Indonesia Tahun 2024. Semoga adendum ini bermanfaat bagi Sejawat di Indonesia.

Jakarta, Februari 2024

Tim Editor

SAMBUTAN KETUA PENGURUS BESAR PERKUMPULAN GASTROENTEROLOGI INDONESIA (PB PGI)

Assalamu'alaikum warahmatullahi wa barakatuh.

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas berkah, rahmat dan karunia-Nya sehingga Adendum Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter pylori* di Indonesia Tahun 2024 dapat diterbitkan.

Prevalensi infeksi *H. pylori* di dunia cukup tinggi dan bervariasi bergantung pada area, etnisitas, usia, dan status sosial ekonomi. Infeksi *H. pylori* ditemukan lebih banyak pada negara-negara yang masih berkembang walaupun secara umum, pada saat ini terlihat kecenderungan penurunan angka kejadian. Infeksi *H. pylori* sering dijumpai pada pasien-pasien Asia, sehingga eksklusi bakteri ini merupakan bagian penting dari pendekatan diagnosis dalam penanganan dispepsia pada populasi ini. Eradikasi *H. pylori* telah terbukti efektif dalam menghilangkan gejala dispepsia terkait ulkus peptikum, namun demikian untuk dispepsia non-ulkus hubungannya masih belum meyakinkan.

Berdasarkan data ilmiah terbaru saat ini terdapat modalitas terapi farmakologi terbaru untuk penanganan infeksi *H. pylori* yang tersedia di Indonesia yaitu Vonoprazan. Vonoprazan merupakan obat baru golongan *Potassium-Competitive Acid Blocker* (P-CAB) yang dapat menggantikan peran dari obat golongan *Pump Proton Inhibitor* (PPI) untuk mengeradikasi *H. pylori* dan menunjukkan manfaat lebih tinggi dibandingkan dengan PPI.

Terapi baru ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi sebagai acuan terapi pilihan bagi penderita Dispepsia dan Infeksi *H. pylori*. Oleh karena itu, Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PB PGI) memandang perlu melakukan Adendum Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *H. pylori* di Indonesia Tahun 2024. Dalam kesempatan ini, Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia mengucapkan terima kasih kepada Wellesta CPI dan PT. Takeda Indonesia yang telah membantu terselenggaranya penyusunan Adendum ini.

Jakarta, Februari 2024

**Pengurus Besar
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia**

Prof. Dr. dr. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD, GEH, FACP, FACG
Ketua

SUSUNAN PANITIA PELAKSANA ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN INFEKSI HELICOBACTER PYLORI DI INDONESIA TAHUN 2024

Penasihat

1. Prof. dr. Abdul Aziz Rani, SpPD, GEH
2. Dr. dr. Chudahman Manan, SpPD, GEH
3. Prof. dr. Marcellus Simadibrata, SpPD, GEH, PhD, FACP, FASGE
4. Prof. Dr. dr. Dadang Makmun, SpPD, GEH, FACP
5. Prof. Dr. dr. Murdani Abdullah, SpPD, GEH, FACP, FASGE

Ketua : Prof. Dr. dr. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD, GEH,
FACP, FACP

Sekretaris : Dr. dr. Hasan Maulahela, SpPD, GEH

Bendahara : dr. Amanda Pitarini Utari, SpPD, GEH

Seksi Ilmiah :

1. Dr. dr. Achmad Fauzi, SpPD, GEH
2. Dr. dr. Kaka Renaldi, SpPD, GEH
3. dr. Rabbinu Rangga Pribadi, SpPD, GEH
4. dr. Saskia Aziza Nursyirwan, SpPD, GEH
5. dr. Virly Nanda Muzellina, SpPD, GEH
6. dr. Muhammad Firhat Idrus, SpPD, GEH

Seksi Acara:

1. dr. Saskia Aziza Nursyirwan, SpPD, GEH
2. dr. Rabbinu Rangga Pribadi, SpPD, GEH

Seksi Publikasi& Dokumentasi :

dr. Muhammad Firhat Idrus, SpPD, GEH

Sekretariat:

Maryam, SKM

ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN INFEKSI *HELICOBACTER PYLORI* DI INDONESIA TAHUN 2024

Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI) telah melakukan penelusuran literatur mengenai tatalaksana terkini dari berbagai publikasi-publikasi pedoman tatalaksana. Setiap perubahan pernyataan telah disepakati dalam pertemuan secara daring. Adapun perubahan terbaru pada Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter Pylori* di Indonesia Tahun 2024 sebagai berikut:

Perubahan Pernyataan

Pernyataan 27:

Terapi *Proton Pump Inhibitor* (PPI) / *Potassium-competitive acid blockers* (P-CAB) harus dihentikan satu sampai dua minggu sebelum pengujian untuk *H. pylori*; antibiotik dan bismuth harus dihentikan selama 4 minggu sebelum pengujian.

Grade of Recommendation: Kuat.

Level of Evidence: Tinggi.

Penambahan dan perubahan redaksi:

PPI memiliki aktivitas anti- *H. pylori* dan menurunkan jumlah *H. pylori* yang mengarah ke hasil negatif palsu pada uji urease, UBT, dan SAT. Dua minggu dianggap sebagai interval aman untuk menghentikan PPI sebelum pengujian *H. pylori*, sementara penghentian satu minggu telah terbukti cukup¹. P-CAB baik vonoprazan maupun tegoprazan

diduga mempengaruhi hasil UBT seperti ditunjukkan pada penelitian². Selain itu, antimikroba yang terkait dengan regimen pemberantasan *H. pylori* harus dihindari selama 4 minggu sebelum pengujian karena agen ini juga menekan infeksi dan mengurangi sensitivitas pengujian. Tes serologis untuk mendeteksi antibodi infeksi *H. pylori* adalah satu-satunya metode yang tidak terpengaruh oleh penggunaan PPI, yang dapat menyebabkan hasil negatif palsu dengan menggunakan metode pengujian diagnostik lain yang diuraikan di atas^{3,4}.

Perubahan Pernyataan

Pernyataan 28:

Terapi kombinasi *triple therapy* (PPI/P-CAB, Amoksisilin, dan Klaritromisin) dapat digunakan sebagai lini pertama terapi eradikasi *H. pylori*. Terapi berbasis PAC (PPI, amoksisilin, klaritromisin) harus dalam durasi 14 hari. Terapi eradikasi berbasis P-CAB dalam durasi 7 – 14 hari. Namun demikian, terapi ini harus dilakukan dengan hati-hati di beberapa daerah di Indonesia.

Grade of Recommendation: Kuat.

Level of Evidence: Tinggi.

Penambahan dan perubahan redaksi:

Di Indonesia, penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa Indonesia memiliki prevalensi resistensi Klaritromisin dan Amoksisilin yang rendah⁵. Dengan demikian, obat ini dapat digunakan sebagai lini pertama terapi eradikasi *H. pylori*. Terapi dapat diberikan PPI dua kali sehari, Amoksisilin 1000 mg dua kali sehari, Klaritromisin 500 mg dua kali sehari. Saat ini, hanya Bali yang memiliki resistensi terhadap Klaritromisin >15%. Dengan demikian, terapi kombinasi PPI ini mungkin tidak efektif di Bali, sehingga lebih baik menggunakan regimen lain. Risiko kegagalan regimen 7 hari dibandingkan dengan regimen 14 hari pada individu tertentu akan berhubungan dengan

prevalensi resistensi antibiotik lokal, karena regimen 14 hari dapat mengatasi resistensi terhadap salah satu antibiotik yang digunakan. Karena regimen yang lebih lama memiliki durasi efek samping minor yang lebih lama, keseimbangan antara tingkat kegagalan lokal dan efek samping harus diputuskan berdasarkan data yang divalidasi secara lokal⁶.

Potassium-competitive acid blockers (contohnya, vonoprazan dan tegoprazan) memiliki lebih banyak manfaat sebagai obat anti-sekresi: (1) lebih poten dalam menghambat sekresi asam, (2) memiliki onset kerja yang cepat, (3) variasi anti-sekresi yang lebih sedikit dilaporkan, serta (4) keamanan yang lebih besar, dan (5) tolerabilitas yang lebih baik. Sehingga, vonoprazan banyak dipakai sebagai alternatif dalam terapi penyakit terkait asam yang tidak membaik dengan PPI⁷.

Sebuah meta-analisis pada tahun 2017 menunjukkan banyak manfaat dari terapi kombinasi berbasis vonoprazan dibandingkan dengan regimen yang sama termasuk PPI konvensional⁸. Penelitian lebih lanjut juga menyarankan bahwa vonoprazan dapat digunakan sebagai regimen lini pertama atau kedua untuk eradikasi *H. pylori*⁹. Selain itu, penelitian lain juga menunjukkan bahwa tidak hanya sebagai *triple therapy*, tetapi vonoprazan *double therapy* (vonoprazan 7 hari dan amoksisilin dosis rendah) juga dapat diterima untuk eradikasi *H. pylori* dengan keuntungan durasi yang lebih singkat^{10,11,12}. Studi meta-analisis yang lain juga menunjukkan bahwa vonoprazan superior dibandingkan PPI sebagai lini pertama terapi eradikasi *H. pylori* dengan persentase tingkat eradikasi sebesar 91.89% dan 79.95% secara berturut-turut¹³.

Triple therapy berbasis vonoprazan memiliki tingkat eradikasi yang tinggi (ITT 92.60%)¹⁴ sedangkan *triple therapy* berbasis tegoprazan mencapai tingkat eradikasi yang lebih rendah (ITT 62.86–76.7%)⁵ walaupun diberikan dalam 14 hari. Walaupun tegoprazan

memberikan hasil yang menjanjikan dalam terapi konkomitan selama 10 hari (ITT 90.5%)⁶. Tetapi, secara keseluruhan data klinis saat ini menunjukkan bahwa **vonoprazan** lebih menjanjikan dibanding **tegoprazan** dalam eradikasi *H. pylori*. Saat ini uji klinis lokal untuk terapi berbasis vonoprazan sedang dilakukan di Indonesia (**Lihat Tabel 1 dan Gambar 1 untuk informasi lebih detail**).

Perubahan Pernyataan

Pernyataan 34 dihilangkan dan redaksi dimasukkan dalam pernyataan 28 (Lihat Konsensus Nasional Penatalaksanaan Dispepsia dan Infeksi *Helicobacter Pylori* di Indonesia Tahun 2021 sebelumnya untuk informasi lebih detail).

Tabel 1. Rekomendasi Regimen yang Digunakan untuk Pemberantasan *H. pylori* (penambahan *Vonoprazan triple therapy*)

Lini	Regimen	Dosis	Durasi	Peringatan	Referensi
Lini Pertama	<i>PPI triple therapy</i> (PAC)	<ul style="list-style-type: none"> • PPI^a dua kali sehari • Amoksisilin 1000 mg dua kali sehari • Klaritromisin 500 mg dua kali sehari 	14 hari	<ul style="list-style-type: none"> • Harus diberikan dengan hati-hati di beberapa daerah di Indonesia dengan resistensi klaritromisin yang tinggi ($\geq 15\%$) atau riwayat pribadi/paparan makrolida 	(5, 17)
	<i>Vonoprazan triple therapy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vonoprazan 20 mg dua kali sehari • Amoksisilin 1000 mg dua kali sehari • Klaritromisin 500 mg dua kali sehari 	7 hari		(11, 12)
Terapi Regimen Alternatif	<i>Concomitant non-bismuth quadruple therapy</i> (PAMC)	<ul style="list-style-type: none"> • PPI^a dua kali sehari • Amoksisilin 1000 mg dua kali sehari • Metronidazol^b 500 mg dua kali sehari (atau Nitroimidazol) • Klaritromisin 500 mg dua kali sehari 	14 hari	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat digunakan ketika Bismuth tidak tersedia • Dapat menjadi lini pertama di daerah dengan resistensi klaritromisin tinggi ($\geq 15\%$) jika uji kepekaan antibiotik tidak tersedia • Dapat digunakan untuk pasien dengan alergi penisilin 	(5, 18-23)
	<i>Bismuth quadruple therapy</i> (PBMT)	<ul style="list-style-type: none"> • PPI^a dua kali sehari • Bismuth^c empat kali sehari • Metronidazol^b 400 mg empat kali sehari atau 500 mg tiga kali sehari - empat kali sehari (atau Nitroimidazole) • Tetrasiklin 500 mg empat kali sehari 	14 hari		<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menjadi lini pertama di daerah dengan resistensi klaritromisin tinggi ($\geq 15\%$) jika uji kepekaan antibiotik tidak tersedia • Dapat menjadi alternatif penyelamatan jika lini pertama gagal • Saat ini Bismuth belum tersedia di Indonesia

Tabel 1. Rekomendasi Regimen yang Digunakan untuk Pemberantasan *H. pylori* (penambahan Vonoprazan triple therapy) (Lanjutan)








Lini	Regimen	Dosis	Durasi	Peringatan	Referensi	
		Uji kepekaan antibiotik sangat dianjurkan				
Penyelamatan Alternatif	High-dose dual therapy	<ul style="list-style-type: none"> Rabeprazole 20 mg empat kali sehari Amoksisilin 750 mg empat kali sehari 	14 hari	<ul style="list-style-type: none"> Hanya dapat digunakan sebagai alternatif penyelamatan ketika lini pertama gagal dan area dengan resistensi Levofloksasin yang tinggi ($\geq 15\%$)² Harus digunakan untuk area dengan populasi metabolisme cepat 	(19, 20, 22)	
Penyelamatan Alternatif	Rifabutin-containing therapy (PAR)	<ul style="list-style-type: none"> PPI^a dua kali sehari Amoksisilin 1000 mg dua kali sehari Rifabutin 150 mg dua kali sehari atau 300 mg satu kali sehari 	10 hari	<ul style="list-style-type: none"> Hanya dapat digunakan sebagai penyelamatan alternatif sebagai ketiga atau keempat 	(19, 20, 22)	
	<p>a. Dosis tergantung pada PPI yang digunakan. Dosis standar adalah dexilant 30 mg, esomeprazole 20 mg, lansoprazole 30 mg, omeprazole 20 mg, pantoprazole 40 mg, dan rabeprazole 20 mg, meskipun dosis ganda kadang-kadang digunakan untuk dexilant, esomeprazole, omeprazole, dan rabeprazole untuk meningkatkan keberhasilan eradikasi.</p> <p>b. Metronidazol dapat diganti dengan tinidazol</p> <p>c. Dosis tergantung pada formulasi yang digunakan. Contohnya termasuk subsalisilat (262 mg), 2 tablet, koloid bismuth subsitrat 120 mg, 1 tablet.</p> <p>1. Daerah dengan resistensi Klaritromisin yang tinggi ($\geq 15\%$) adalah Bali</p> <p>2. Daerah dengan resistensi tinggi terhadap Levofloksasin ($\geq 15\%$) adalah Bali, Jawa, Kalimantan, Papua, Sulawesi, Sumatera, Timor</p>					

DAFTAR PUSTAKA







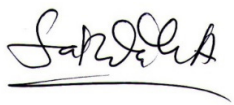
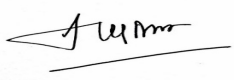

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6-30.
2. Choi, YJ. et al. Triple Therapy-Based on Tegoprazan, a New Potassium-Competitive Acid Blocker, for First-Line Treatment of *Helicobacter pylori* Infection: A Randomized, Double-Blind, Phase III, Clinical Trial. *Gut and Liver*. 2022;16(4):535-546.
3. Smith SM, O'Morain C, McNamara D. Antimicrobial susceptibility testing for *Helicobacter pylori* in times of increasing antibiotic resistance. *World journal of gastroenterology*. 2014;20(29):9912-21.
4. Bazin T, Nchare Mfondi A, Julie C, Émile J-F, Raymond J, Lamarque D. Contribution of genetic amplification by PCR for the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection in patients receiving proton pump inhibitors. *United European Gastroenterol J*. 2018;6(8):1267-73.
5. Miftahussurur M, Syam AF, Nusi IA, Makmun D, Waskito LA, Zein LH, et al. Surveillance of *Helicobacter pylori* Antibiotic Susceptibility in Indonesia: Different Resistance Types among Regions and with Novel Genetic Mutations. *PLoS one*. 2016;11(12):e0166199.
6. Leontiadis GI, Moayyedi P, Ford AC. *Helicobacter pylori* infection. *BMJ clinical evidence*. 2009;2009.
7. Yang, X., Li, Y., Sun, Y. et al. Vonoprazan: A Novel and Potent Alternative in the Treatment of Acid-Related Diseases. *Dig Dis Sci* 63, 302–311(2018).
8. Jung YS, Kim EH, Park CH. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of vonoprazan-based triple therapy on *Helicobacter pylori* eradication. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2017;46(2):106-14.
9. Kiyotoki S, Nishikawa J, Sakaida I. Efficacy of Vonoprazan for *Helicobacter pylori* Eradication. *Intern Med*. 2020;59(2):153-61.
10. Suzuki S, Gotoda T, Kusano C, Ikehara H, Ichijima R, Ohyauchi M, et al. Seven-day vonoprazan and low-dose amoxicillin dual therapy as first-line *Helicobacter pylori* treatment: a multicentre randomised trial in Japan. *Gut*. 2020;69(6):1019-26.
11. Bunchorntavakul, Chalermrat, and Arunluk Buranathawornsom. Randomized clinical trial: 7-day vonoprazan-based versus 14-day omeprazole-based triple therapy for *Helicobacter pylori*. *Journal of gastroenterology and hepatology* vol. 36,12 (2021): 3308-3313.
12. Ang, Daphne et al. Clinical trial: seven-day vonoprazan- versus 14-day proton pump inhibitor-based triple therapy for first-line *Helicobacter pylori* eradication. *Alimentary pharmacology & therapeutics* vol. 56,3(2022): 436-449.









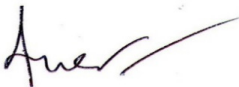


13. Simadibrata DM, Syam AF, Lee YY. A comparison of efficacy and safety of potassium-competitive acid blocker and proton pump inhibitor in gastric acid-related diseases: A systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022;37(12):2217-2228.
14. Murakami, Kazunari et al. Vonoprazan, a novel potassium-competitive acid blocker, as a component of first-line and second-line triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a phase III, randomised, double-blind study. *Gut* vol. 65,9 (2016): 1439-46.
15. Lee, Jin. Role of Tegoprazan in *Helicobacter pylori* Eradication Therapy. *Gut and liver* vol. 16,4 (2022): 493-494.
16. Kwon YH, Jeon SW, Nam SY, Lee DW, Park JH, Bae HJ. Ten-day tegoprazan-based concomitant therapy as a first-line treatment for *Helicobacter pylori* eradication. *Korean J Intern Med.* 2023 Jul;38(4):493-503. doi: 10.3904/kjim.2022.345. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37369525; PMCID: PMC10338248.
17. Mahachai V, Vilaichone RK, Pittayanon R, Rojborwonwitaya J, Leelakusolvong S, Maneerattanaporn M, et al. *Helicobacter pylori* management in ASEAN: The Bangkok consensus report. *Journal of gastroenterology and hepatology.* 2018;33(1):37-56.
18. Syam AF, Simadibrata M, Makmun D, Abdullah M, Fauzi A, Renaldi K, et al. National Consensus on Management of Dyspepsia and *Helicobacter pylori* Infection. *Acta medica Indonesiana.* 2017;49(3):279-87.
19. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG.* 2017;112(2).
20. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6-30.
21. Mahachai V, Vilaichone RK, Pittayanon R, Rojborwonwitaya J, Leelakusolvong S, Maneerattanaporn M, et al. *Helicobacter pylori* management in ASEAN: The Bangkok consensus report. *Journal of gastroenterology and hepatology.* 2018;33(1):37-56.
22. Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, Fischbach L, Gisbert JP, Hunt RH, et al. The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults. *Gastroenterology.* 2016;151(1):51-69.e14.
23. Liou J-M, Malfertheiner P, Lee Y-C, Sheu B-S, Sugano K, Cheng H-C, et al. Screening and eradication of *Helicobacter pylori* for gastric cancer prevention: the Taipei global consensus. *Gut.* 2020;69(12):2093-112.

PESERTA ADENDUM KONSENSUS NASIONAL PENATALAKSANAAN DISPEPSIA DAN INFEKSI HELICOBACTER PYLORI DI INDONESIA TAHUN 2024

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
1	Prof. dr. Abdul Aziz Rani, SpPD, K-GEH	Jakarta	
2	Dr. dr. Chudahman Manan, SpPD, K-GEH	Jakarta	
3	Prof. dr. Marcellus Simadibrata, PhD, SpPD, K-GEH, FACP, FASGE	Jakarta	
4	Prof. Dr. dr. Dadang Makmun, SpPD, K-GEH, FACP	Jakarta	
5	Prof. Dr. dr. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD, K-GEH, FACP, FACP	Jakarta	
6	Prof. Dr. dr. Murdani Abdullah, SpPD, K-GEH, FACP, FASGE	Jakarta	
7	Dr. dr. Achmad Fauzi, SpPD, K-GEH	Jakarta	

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
8	Dr. dr. Kaka Renaldi, SpPD, K-GEH	Jakarta	
9	Dr. dr. Hasan Maulahela, SpPD, K-GEH	Jakarta	
10	dr. Amanda Pitarini Utari, SpPD, K-GEH	Jakarta	
11	dr. Rabbinu Rangga Pribadi, SpPD, K-GEH	Jakarta	
12	dr. Virly Nanda Muzellina, SpPD, K-GEH	Jakarta	
13	dr. Saskia Aziza Nursyirwan, SpPD, K-GEH	Jakarta	
14	dr. Muhammad Firhat Idrus, SpPD, K-GEH	Jakarta	
15	dr. Ruswhandi, SpPD, K-GEH	Jakarta	
16	dr. Titos Ahimsa, SpPD, K-GEH, FACG	Jakarta	

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
17	dr. Titong Sugihartono, SpPD, K-GEH	Surabaya	
18	Dr. dr. M Begawan Bestari, SpPD, K-GEH, M.Kes, FASGE, FACP	Bandung	
19	dr. Putut Bayupurnama, SpPD, K-GEH	Yogyakarta	
20	Dr. dr. Masrul Lubis, SpPD, K-GEH	Medan	
21	Dr. dr. Triyanta Yuli Pramana, SpPD, K-GEH	Surakarta	
22	Dr. dr. Bogi Pratomo Wibowo, SpPD, K-GEH	Malang	
23	Dr. dr. Fardah Akil, SpPD, K-GEH	Makassar	
24	Dr. dr. Hery Djagat Purnomo, SpPD, K-GEH	Semarang	
25	dr. Haris Widita, SpPD, K-GEH	Mataram	

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
26	Prof. Dr. dr. I Dewa Nyoman Wibawa, SpPD, K-GEH, FACC	Denpasar	
27	dr. RR Ignatia Sinta Murti, SpPD, K-GEH	Samarinda	
28	dr. Ali Imron Yusuf, SpPD, K-GEH	Lampung	
29	dr. Arles, SpPD, K-GEH	Pekanbaru	
30	Dr. dr. Fauzi Yusuf, SpPD, K-GEH, FACC	Banda Aceh	
31	dr. Abimanyu, SpPD, K-GEH	Banjarmasin	
32	dr. Yustar Mulyadi, SpPD, K-GEH	Kalimantan Barat	
33	dr. Bradley Jimmy Waleleng, SpPD, K-GEH	Manado	
34	Dr. dr. Andi Muhammad Luthfi Parewangi, SpPD, K-GEH	Makassar	
35	Dr. dr. I Ketut Mariadi, SpPD, K-GEH	Denpasar	
36	Prof. dr. Muhammad Miftahussurur, M.Kes, SpPD, K-GEH, PhD	Surabaya	

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
37	dr. Arnelis, SpPD, K-GEH	Padang	
38	dr. Suyata, SpPD, K-GEH	Palembang	
39	dr. Pieter Sarajih, SpPD, K-GEH	Lampung	
40	dr. Rully Noviyan, SpPD, K-GEH	Banjarmasin	

Supported by:





Gedung Cilandiri One, Lantai 3, Unit 302
Jl. Cilandiri No:1 - Cikini, Jakarta Pusat 10330,
Tlp: 021-31903775. WA: +62 857-1632-9913
Email: pipfkui@yahoo.com