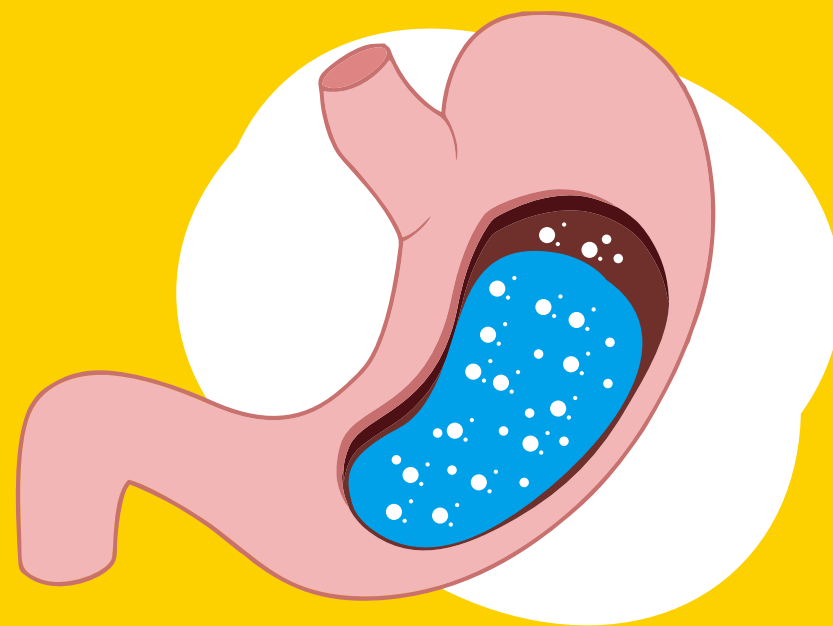




PGI

# PENYAKIT REFLUKS GASTROESOFAGEAL



**PENYAKIT REFLUKS  
GASTROESOFAGEAL  
(*GASTROESOPHAGEAL  
REFLUX DISEASE/GERD*)**

**dr. Hasan Maulahela, SpPD-KGEH**

# **PENYAKIT REFLUKS GASTROESOFAGEAL (GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE/ GERD)**

## **Penulis**

dr. Hasan Maulahela, SpPD-KGEH

15 x 23 cm

v + 11 Halaman

ISBN. 978-602-5532-39-9

**Hak cipta dilindungi undang-undang.** Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

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. Email: pipfkui@yahoo.com

Jakarta, Maret, 2021

# KATA PENGANTAR

Seri buku panduan klinis “*Acid Related Diseases in Daily Practice*” yang ditulis oleh para ahli gastroenterologi di Indonesia ini merupakan panduan penatalaksanaan untuk berbagai penyakit terkait asam lambung pada praktik kedokteran sehari-hari.

Penyakit-penyakit yang berkaitan dengan asam lambung merupakan masalah yang seringkali ditemukan dalam bidang gastroenterologi dan dapat menimbulkan berbagai manifestasi klinis. Seri kedua dari rangkaian buku ini akan mengulas mengenai penyakit refluks gastroesofagus yang disusun berdasarkan *evidence-based medicine* terbaru, sehingga dapat menjadi panduan untuk para dokter di Indonesia dalam praktik sehari-hari. Dengan adanya seri buku ini, diharapkan para dokter Indonesia dapat lebih meningkatkan pelayanan terhadap pasien-pasien dengan penyakit refluks gastroesofagus.

Kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada seluruh kontributor yang telah meluangkan waktu dalam penyusunan seri buku panduan klinis “*Acid Related Diseases in Daily Practice*”. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada PT. Mega LifeSciences Indonesia yang telah membantu dalam terbitnya seri buku panduan klinis “*Acid Related Diseases in Daily Practice*” ini. Tentunya, kritik dan saran dari para teman sejawat mengenai seri buku panduan klinis “*Acid Related Diseases in Daily Practice*” akan sangat kami hargai.

Akhir kata, dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT atas karunia-Nya, kami persembahkan seri buku panduan klinis “*Acid Related Diseases in Daily Practice*” ini. Semoga rangkaian buku ini bermanfaat bagi seluruh rekan sejawat di Indonesia.

Jakarta, \_\_\_\_\_ 2021

**Tim Editor**

# DAFTAR ISI

<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>PATOFISIOLOGI.....</b>	<b>2</b>
<b>DIAGNOSIS.....</b>	<b>3</b>
<b>TATALAKSANA.....</b>	<b>7</b>
<b>KOMPLIKASI .....</b>	<b>10</b>

# **PENYAKIT REFLUKS GASTROESOFAGEAL (*GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE/GERD*)**

**dr. Hasan Maulahela, SpPD-KGEH**

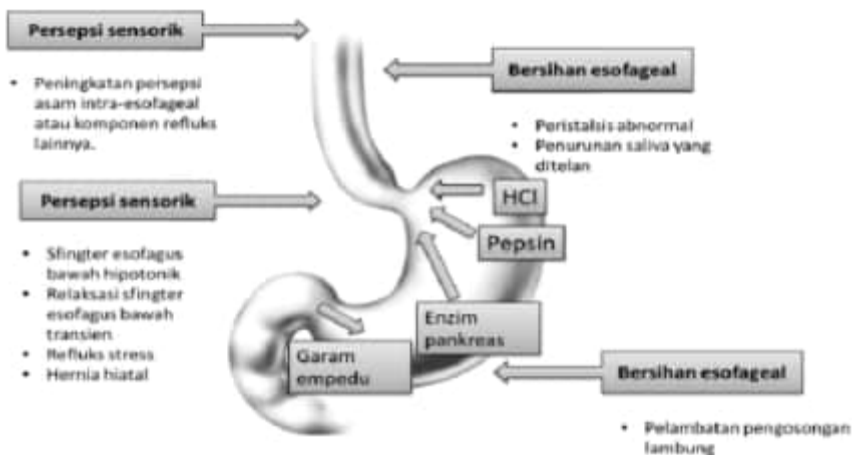
## **PENDAHULUAN**

Penyakit refluks gastroesofageal/*gastroesophageal reflux disease* (GERD) dapat didefinisikan sebagai adanya aliran balik isi lambung ke esofagus, orofaring dan/atau saluran pernapasan secara kronis yang sering kambuh dan cukup mengganggu dan dapat menurunkan kualitas hidup seseorang, menimbulkan cedera atau komplikasi.<sup>1,2</sup> GERD merupakan gangguan pencernaan yang sangat sering terjadi di seluruh dunia dan prevalensinya terus meningkat.<sup>1,3</sup> Syam dkk melaporkan prevalensi GERD di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo meningkat dari 5,7% pada tahun 1997 menjadi 25,18% pada tahun 2002.<sup>3,4</sup> Hal ini bisa disebabkan karena adanya perubahan gaya hidup yang meningkatkan risiko seseorang terkena GERD, seperti merokok, obesitas dan konsumsi alkohol.

GERD dapat diklasifikasikan berdasarkan ada atau tidaknya erosi. Gejala GERD tanpa adanya kerusakan mukosa esofagus pada pemeriksaan endoskopi merupakan penyakit refluks non-erosif (NERD). Sedangkan, gejala GERD dengan adanya kerusakan mukosa esofagus merupakan esofagitis erosif (EE).<sup>1,5</sup> Diagnosis GERD biasanya didasarkan pada gejala klasik seperti *heartburn* dan/atau regurgitasi serta respons terhadap penekanan asam setelah uji empiris.<sup>3</sup>

## PATOFISIOLOGI

GERD merupakan gangguan sensorimotor yang terkait dengan sfingter esofagus bagian bawah/*lower esophageal sphincter* (LES), di mana terdapat beberapa faktor fisiologis dan patologis yang dapat berkontribusi pada perkembangannya.<sup>1,3</sup> Penyebab tersering GERD adalah relaksasi sfingter esofagus bagian bawah sementara/*transient lower esophageal sphincter relaxation* (TLESR). TLESR merupakan faktor fisiologis terjadinya penghambatan tonus sfingter esofagus bagian bawah secara singkat yang tidak bergantung pada menelan.<sup>3</sup> Faktor lainnya adalah gangguan peristaltik esofagus, peningkatan tekanan intragastrik dan peningkatan gradien tekanan abdominothoraks (**Gambar 1**).<sup>1,2,5</sup> Selain itu, hernia hiatal dan sekresi asam lambung berlebih (sindrom Zollinger-Ellison) dapat juga menyebabkan GERD.<sup>1,3</sup>



**Gambar 1.** Etiopatogenesis dari GERD.<sup>5</sup>

Esofagitis pada GERD dapat disebabkan oleh beberapa mekanisme. Patofisiologi yang pertama adalah terjadinya kontak antara bahan refluksat dengan mukosa esofagus dalam waktu yang cukup lama. Mekanisme kedua adalah terjadinya penurunan resistensi jaringan mukosa esofagus, walaupun waktu kontak antara bahan refluksat dengan esofagus tidak cukup lama. Sedangkan mekanisme yang ketiga adalah terjadinya gangguan sensitivitas terhadap rangsangan isi lambung yang disebabkan oleh adanya modulasi persepsi neural esofageal baik sentral maupun perifer.<sup>5</sup>

## DIAGNOSIS

Tanda dan gejala dari GERD dapat dibedakan menjadi gejala tipikal dan atipikal. Gejala tipikal GERD adalah *heartburn* atau rasa panas di dada dan regurgitasi. Sedangkan, gejala atipikal dapat meliputi nyeri epigastrik atau nyeri dada yang mungkin menyerupai nyeri jantung iskemik, batuk dan gejala pernapasan lainnya yang mungkin menyerupai asma, gangguan pernapasan atau laring lainnya serta disfagia.<sup>1,5</sup> Gejala atipikal lainnya adalah mual dan muntah, penurunan nafsu makan, kembung, suara serak, nyeri tenggorokan, globus, dan mudah terbangun pada pagi hari atau pada malam hari.<sup>3</sup> Diagnosis dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.<sup>1</sup>

Anamnesis yang ditanyakan kepada pasien berkaitan dengan keluhan pasien dan juga faktor risiko yang berkaitan dengan GERD seperti usia, kehamilan, peningkatan berat badan, riwayat konsumsi makanan berlemak, minuman berkarbonisasi, kopi, alkohol dan merokok. Selain itu, riwayat penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi terjadinya GERD serta kondisi komorbid pada pasien juga dapat ditanyakan.<sup>1</sup> Di Asia, keluhan *heartburn* dan regurgitasi bukan merupakan penanda pasti untuk GERD. Namun, terdapat kesepakatan dari para ahli bahwa kedua



keluhan tersebut merupakan karakteristik utama GERD. Diagnosis GERD juga dapat diarahkan menggunakan kuisiener GERD (GERD-Q).**(Tabel 1)**<sup>5</sup>

**Tabel 1.** Kuisiener GERD-Q.<sup>5</sup>

No. Pertanyaan		Frekuensi skor (poin) untuk gejala			
		0 hari	1 hari	2- 3 hari	4 - 7 hari
1	Seberapa sering Anda mengalami perasaan terbakar di bagian belakang tulang dada Anda ( <i>heartburn</i> )?	0	1	2	3
2	Seberapa sering Anda mengalami naiknya isi lambung ke arah tenggorokan/mulut Anda ( <i>regurgitasi</i> )?	0	1	2	3
3	Seberapa sering Anda mengalami nyeri ulu hati?	3	2	1	0
4	Seberapa sering Anda mengalami mual?	3	2	1	0
5	Seberapa sering Anda mengalami kesulitan tidur malam oleh karena rasa terbakar di dada ( <i>heartburn</i> ) dan/atau naiknya isi perut?	0	1	2	3
6	Seberapa sering Anda meminum obat tambahan untuk rasa terbakar di dada ( <i>heartburn</i> ) dan/atau naiknya isi perut ( <i>regurgitasi</i> ), selain yang diberikan oleh dokter Anda? (seperti obat maag yang dijual bebas)	0	1	2	3

<b>Hasil</b>	<p>Bila poin GerdQ Anda <math>\leq 7</math>, kemungkinan Anda <b>tidak menderita GERD</b></p> <p>Bila poin GerdQ Anda <b>8-18</b>, kemungkinan Anda <b>menderita GERD</b></p>
--------------	---

Pada saat melakukan diagnosis GERD, penting juga untuk mencari tahu apakah terdapat tanda bahaya dari pasien. Tanda bahaya pada GERD meliputi usia pasien >50 tahun, disfagia, odinofagia, gejala bronkial berulang, disfonia, batuk yang persisten atau berulang, pendarahan pada saluran cerna, mual dan muntah yang sering, nyeri persisten, anemia defisiensi besi, penurunan berat badan yang progresif, limfadenopati, massa pada epigastrium serta riwayat keluarga dengan adenokarsinoma esofagus atau gaster.<sup>1,3</sup> Terdapat pula beberapa pemeriksaan diagnostik untuk penegakan diagnosis GERD (**Tabel 2**).<sup>1</sup>

**Tabel 2.** Pemeriksaan Diagnostik pada GERD.<sup>1</sup>

<b>Tes Diagnostik</b>	<b>Indikasi</b>	<b>Rekomendasi</b>
Terapi empiris PPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala klasik, tidak ada tanda bahaya</li> <li>• Untuk GERD ekstraesofagus</li> </ul>	Percobaan negatif tidak menyingkirkan GERD
<i>Urea breath test</i> atau <i>Helicobacter pylori stool antigen test</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk dispepsia <i>uninvestigated</i>, pada populasi di mana prevalensi <i>Helicobacter pylori</i> tinggi (&gt; 20%): strategi "test and treat"</li> </ul>	Pendekatan ini harus sesuai dengan pertimbangan <i>cost-benefit</i> . Pemeriksaan ini harus berdasarkan pada tes non-invasif dari infeksi yang aktif

Endoskopi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Untuk adanya tanda bahaya, skrining pasien berisiko tinggi, nyeri dada</li><li>• Membedakan EE dari NERD</li><li>• Mendiagnosis penyebab lain atau gejala usus bagian atas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pertimbangkan sejak dini untuk lansia, mereka yang berisiko BE, nyeri dada nonkardiak, pasien yang tidak responsif terhadap PPI</li><li>• Endoskopi segera direkomendasikan di daerah dengan insiden saluran cerna bagian atas yang tinggi</li></ul>
Biopsi Esofageal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Untuk menyingkirkan penyebab non-GERD</li><li>• Untuk gejala yang menyerupai kondisi lain (misalnya EoE)</li><li>• Untuk dugaan BE (ESEM)</li></ul>	Tidak diindikasikan untuk diagnosis GERD
Biopsi Gaster	<ul style="list-style-type: none"><li>• Untuk status <i>Helicobacter pylori</i> yang tidak diketahui pada pasien yang menjalani EGD</li><li>• Untuk gejala dari saluran cerna atas</li></ul>	Diindikasikan untuk diagnosis gejala gastrointestinal bagian atas yang tidak dapat dijelaskan dan sebelumnya tidak diinvestigasi (dispepsia) dan untuk mendeteksi infeksi <i>Helicobacter pylori</i> sebelum terapi PPI jangka panjang. Membasmi infeksi jika terdeteksi.

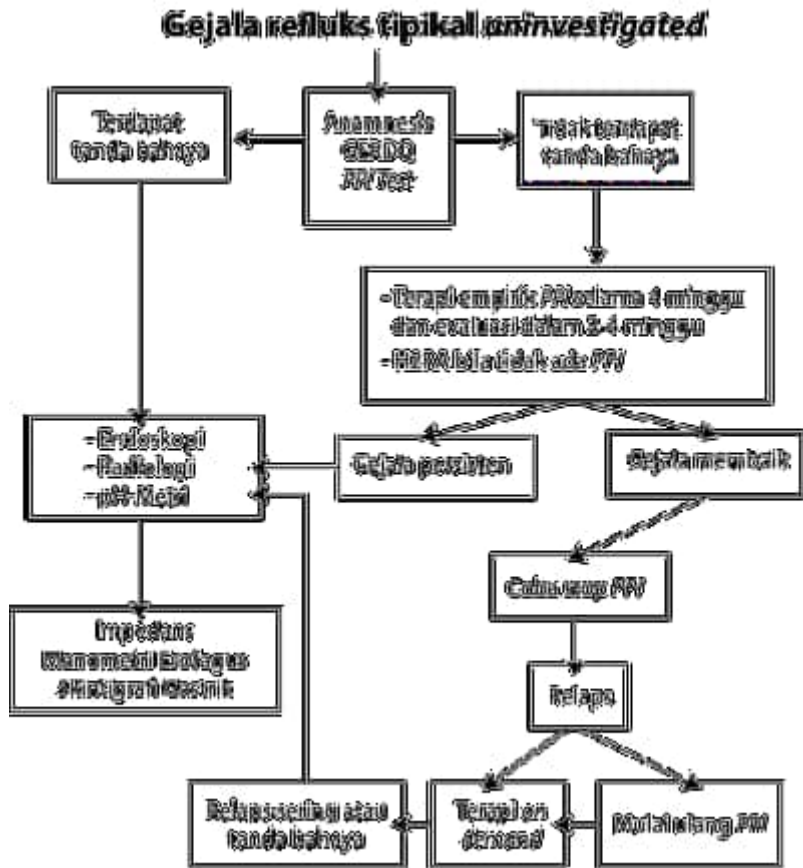
---

Manometri Esofageal	Untuk mendiagnosis gangguan motilitas pada pasien endoskopi-negatif yang tidak responsif terhadap terapi PPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak direkomendasikan untuk diagnosis GERD ketika achalasia / skleroderma sedang dipertimbangkan pra-operasi</li> <li>• Evaluasi pra-operasi untuk operasi lokasi probe pH</li> </ul>
pH atau <i>impedance pH monitoring</i>	Untuk gejala atipikal, gejala GERD refrakter PPI, sebelum operasi, penyakit non-erosif	Korelasikan gejala dengan refluks, dokumentasikan paparan asam yang abnormal atau frekuensi refluks
<i>Barium swallow</i>	Untuk evaluasi disfagia dan kadang-kadang untuk karakterisasi hernia hiatus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak berguna untuk diagnosis GERD</li> <li>• Jangan gunakan kecuali mengevaluasi komplikasi (striktur, cincin, dismotilitas)</li> </ul>

## TATALAKSANA

Tatalaksana pada GERD meliputi tindakan terapi non-farmakologik, farmakologik, endoskopik, dan bedah (**Gambar 2**).<sup>2,5</sup> Tujuan dari tatalaksana ini adalah menghilangkan gejala/keluhan, menyembuhkan lesi esofagus, mencegah kekambuhan, memperbaiki kualitas hidup dan mencegah timbulnya komplikasi.<sup>5</sup> Terapi non-farmakologis pada GERD adalah elevasi dari kepala, menghindari makanan yang dinilai iritatif untuk esofagus seperti jus jeruk, minuman berkarbonisasi, kopi dan kafein, coklat, makanan pedas, makanan berlemak ataupun makan malam yang telat. Selain itu juga terapi non-farmakologis dari GERD adalah

penurunan berat badan jika berat badan berlebih, berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, menghindari penggunaan obat-obat yang dapat menurunkan tekanan esofageal bawah atau mengiritasi esofagus serta menghindari pakaian yang ketat pada pinggul.<sup>2</sup>



Gambar 2. Algoritma diagnosis dan tatalaksana GERD.<sup>5</sup>

Terapi farmakologis pada GERD meliputi antasida, prokinetik, antagonis reseptor H2, *Proton Pump Inhibitor* (PPI) dan Baclofen.<sup>1,3,5</sup> PPI adalah obat yang bekerja dengan cara mensupresi asam pada dan paling efektif dalam menghilangkan gejala serta menyembuhkan lesi esofagitis pada GERD.(**Tabel 3**)<sup>3,5</sup>

**Tabel 3.** Efektivitas Terapi pada Tatalaksana GERD.<sup>5</sup>

Jenis Obat	Perbaikan Gejala	Penyembuhan Lesi Esofagus	Pencegahan Komplikasi	Pencegahan Kekambuhan
Antasida	+1	0	0	0
Prokinetik	+2	+1	0	+1
Antagonis Reseptor H2	+2	+2	+1	+1
Antagonis Reseptor H2 dan Prokinetik	+3	+3	+1	+1
Antagonis Reseptor H2 Dosis Tinggi	+3	+3	+2	+2
PPI	+4	+4	+3	+4
Pembedahan	+4	+4	+3	+4

Pengobatan GERD dapat dimulai dengan PPI setelah diagnosis GERD ditegakkan. Dosis inisial PPI adalah dosis tunggal 30 sampai 60 menit sebelum makan di pagi hari selama 2 sampai 4 minggu (**Tabel 4**).<sup>3,5</sup> Apabila masih ditemukan gejala sesuai GERD (PPI *failure*), sebaiknya PPI diberikan secara berkelanjutan dengan dosis ganda sampai gejala menghilang. Umumnya, terapi dosis ganda dapat diberikan sampai 4-8 minggu.<sup>5</sup>

**Tabel 4.** Dosis PPI untuk pengobatan GERD.<sup>5</sup>

Jenis PPI	Dosis Tunggal	Dosis Ganda
Omeprazole	20 mg	20 mg 2 kali sehari
Pantoprazole	40 mg	40 mg 2 kali sehari
Lansoprazole	30 mg	30 mg 2 kali sehari
Esomeprazole	40 mg	40 mg 2 kali sehari
Rabeprazole	20 mg	20 mg 2 kali sehari

Bila tidak tersedia PPI, pengobatan GERD dapat dengan antagonis reseptor H<sub>2</sub> yang menurunkan produksi asam lambung, dan diminum setelah makan. Terapi pembedahan pada GERD yang diterima untuk gejala refluks asam atau empedu pada pasien tertentu adalah pembedahan anti-refluks. Prinsip dasar pembedahan adalah pengurangan hernia hiatus, perbaikan hiatus diafragma, memperkuat perlekatan antara sambungan gastroesofagus dan diafragma posterior dan memperkuat penghalang anti-refluks dengan menambahkan bungkus lambung di sekitar sambungan gastroesofagus (*fundoplication*). Terapi endoskopi yang dikembangkan dalam tatalaksana GERD adalah *radiofrequency energy delivery* dan *endoscopic suturing*.<sup>2,5</sup>

## KOMPLIKASI

Komplikasi dari GERD adalah esofagitis dan Esofagus Barrett. Esofagitis juga dapat menyebabkan perdarahan gastrointestinal (GI) yang bisa muncul sebagai anemia, hematemesis, emesis berwarna seperti kopi, melena, dan hematokezia. Peradangan esofagus kronis dari paparan asam yang terus-menerus juga dapat menyebabkan disfagia yang disebabkan oleh striktur peptikum. Esofagus Barrett adalah metaplasia usus dari esofagus yang berpotensi untuk berkembang menjadi adenokarsinoma esofagus.<sup>3</sup>

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hunt R, Armstrong D, Peter C, Australia K, Afihene M, Abate G, et al. GERD global perspective on gastroesophageal reflux disease. WGO Glob Guidel. 2015;1(October):1–27.
2. Joel J Heidelbaugh, Harrison R Van, McQuillan MA, Nostrant TT. Gastroesophageal Reflux Disease ( GERD ) Patient population : Adults Key Points : UMHS GERD Guidel [Internet]. 2013;1–12. Available from: <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/gerd/gerd.12.pdf>
3. Clarrett DM. Gastroesophageal Refl ux Disease ( GERD ). 2018;(June):214–8.
4. Tarigan R, Pratomo B. Analisis Faktor Risiko Gastroesofageal Refluks di RSUD Saiful Anwar Malang. J Penyakit Dalam Indones. 2019;6(2):78.
5. Syam AF, Aulia C, Renaldi K, Simadibrata M, Abdullah M, Tedjasaputra TR. Revisi Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesofageal (Gastroesophageal Re ux Disease/ GERD) di Indonesia. 2013. 2–4 p.