



Volume 12 Issue1, 2025, 38-51

Jurnal Kesehatan dan Agromedicine

e-ISSN: 2655-7800 | p-ISSN: 2356-332X

<https://juka.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/>

PENATALAKSANAAN PASIEN REMAJA LAKI-LAKI USIA 15 TAHUN DENGAN PENYAKIT *GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE* (GERD) MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA DI PUSKESMAS RAWAT INAP PANJANG

Delisa Mutiara Nabila¹, Dian Isti Angraini²

¹ Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

² Bagian Ilmu Kedokteran Keluarga dan Komunitas, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Korespondensi: Delisa Mutiara Nabila, Alamat Perum Pancanaka Serang Garden, Kota Serang, e-mail

delisamutiaranabila@gmail.com

Received : 2 Januari 2025

Accepted : 20 Mei 2025

Published : 20 Juni 2025

ABSTRAK

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah kondisi medis di mana isi lambung, termasuk asam lambung, naik kembali ke kerongkongan dengan berulang kali. Hal ini dapat menyebabkan gejala seperti perasaan terbakar di dada (heartburn), regurgitasi asam, rasa pahit di mulut, dan nyeri dada. Angka kejadian GERD di Indonesia cukup tinggi dengan kasus 30.154 per tahun. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko internal maupun eksternal, masalah klinis, dan juga penatalaksanaan yang holistik dan komprehensif sesuai pendekatan dokter keluarga melalui *family-approach*, *patient-centered*, dan *community oriented*. Studi yang dilakukan berupa laporan kasus. Data diperoleh melalui aloanamnesis dan autoanamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik awal dan akhir secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien An. MF usia 15 tahun tinggal bersama ayah, ibu, dan kakaknya. Pasien mengeluhkan nyeri ulu hati yang memberat sejak 1 hari sebelum datang ke puskesmas. Diagnosis klinis pasien yaitu *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD). Intervensi diberikan secara farmakologi dan non-farmakologi dan didapatkan adanya perbaikan klinis serta peningkatan pengetahuan keluarga pasien mengenai kondisi pasien. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga pada An. MF dan keluarga. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan dan perubahan perilaku pasien dan keluarganya yang tampak pada perbaikan diagnosis holistik akhir.

Kata kunci: GERD, dokter keluarga, penatalaksanaan holistik

MANAGEMENT OF A 15-YEAR-OLD ADOLESCENT WITH *GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE* (GERD) THROUGH A FAMILY MEDICINE APPROACH IN THE PANJANG HEALTH CENTER AREA

ABSTRACT

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a medical condition in which stomach contents, including stomach acid, rise back up into the esophagus repeatedly. This can cause symptoms such as heartburn, acid regurgitation, bitter taste in the mouth, and chest pain. The incidence of GERD in Indonesia is quite high with 30,154 cases per year. The purpose of this paper is to identify internal and external risk factors, clinical problems, and also holistic and comprehensive management according to the family doctor's approach through family-approach, patient-centered, and community oriented. The study was conducted in the form of a case report. Data were obtained through alloanamnesis and autoanamnesis, physical examination, and home visits. Assessment was based on initial and final holistic diagnoses quantitatively and qualitatively. Patient An. MF, 15 years old, lives with his father, mother, and brother. The patient complained of worsening heartburn since 1 day before coming to the health center. The patient's clinical diagnosis was *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD). Interventions were given pharmacologically and non-pharmacologically and there was clinical improvement and increased knowledge of the patient's family regarding the patient's condition. Holistic management with a family doctor approach has been carried out on An. MF and family. The interventions carried out have increased knowledge and behavioral changes in patients and their families which are seen in the improvement of the final holistic diagnosis.

Keyword: GERD, family doctor, holistic management

PENDAHULUAN

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah kondisi medis di mana isi lambung, termasuk asam lambung, naik kembali ke kerongkongan dengan berulang kali. Hal ini dapat menyebabkan gejala seperti perasaan terbakar di dada (*heartburn*), regurgitasi asam, rasa pahit di mulut, dan nyeri dada.¹ GERD disebabkan oleh gangguan pada katup antara lambung dan kerongkongan, yang seharusnya mencegah refluks asam. Kebanyakan kasus GERD terkait dengan pola makan dan gaya hidup, tetapi juga dapat berkaitan dengan faktor genetik.² Diagnosis biasanya ditegakkan berdasarkan gejala klinis, dan pengobatan melibatkan perubahan gaya hidup, diet, penggunaan obat-obatan, dan dalam beberapa kasus, intervensi medis seperti pemeriksaan endoskopi.³

Menurut *American College of Gastroenterology*, GERD mempengaruhi hingga satu per lima populasi di Amerika Serikat, menjadikannya salah satu gangguan pencernaan yang paling umum.⁴ Menurut sebuah penelitian yang diterbitkan dalam *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, prevalensi GERD di Asia telah meningkat selama beberapa dekade terakhir, dengan estimasi prevalensi saat ini sebesar 5-8% di Taiwan dan hingga 10% di China. Di dunia, insiden GERD sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Angka kejadian GERD di Indonesia cukup tinggi dengan kasus 30.154 (4,9%).⁵

Meningkatnya prevalensi GERD menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, karena dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani. GERD dapat menyebabkan komplikasi seperti esofagitis, striktur, dan esofagus Barrett, sehingga meningkatkan risiko kanker esofagus.⁶

Manajemen GERD merupakan manajemen yang rumit dan melibatkan banyak *trial and error* sehingga dibutuhkan waktu untuk memperoleh hasil yang diinginkan.⁷ Melalui pemahaman yang mendalam tentang pendekatan manajemen yang tepat, individu yang menderita GERD dapat mengambil langkah-langkah proaktif dalam mengelola gejala mereka dan mewujudkan kualitas hidup yang lebih baik.⁸

Memahami faktor risiko adalah langkah awal yang penting dalam pencegahan dan pengelolaan GERD. Dengan menyadari pengaruh yang dapat dimiliki oleh gaya hidup, kebiasaan makan, manajemen kelola stres, dan faktor genetik, individu dapat mengambil langkah-langkah proaktif untuk mengurangi risiko GERD.⁹ Dalam perjalanan mendeteksi dini dan mengelola GERD, pendekatan holistik berfokus pada keseluruhan individu. Ini mempertimbangkan bagaimana gaya hidup, pola pikir, manajemen kelola stres, dan kesejahteraan sosial saling terkait dan dapat memengaruhi perkembangan penyakit. Dengan merangkul pendekatan ini, individu dapat menghadapi GERD dengan lebih baik, menjaga keseimbangan

fisik dan mental, serta meraih kualitas hidup yang optimal.¹⁰

TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penulisan ini adalah untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan berbasis *Evidence Based Medicine* serta tatalaksana secara komprehensif melalui pendekatan *patient-centered, family focused, dan community oriented*.

ILUSTRASI KASUS

Pasien An. MF berusia 15 tahun tinggal bersama ayah, ibu, dan kakaknya. Pasien dibawa oleh ibunya ke Puskesmas Rawat Inap Panjang dengan keluhan nyeri ulu hati yang memberat sejak 1 hari. Keluhan disertai rasa tidak nyaman pada perut berupa rasa begah, sesak, dada seperti terbakar, mual, dan muntah. Penatalaksanaan holistik pada pasien dilakukan melalui pencarian data dan beberapa faktor yang mungkin berpengaruh berdasarkan pendekatan dokter keluarga. Intervensi dilakukan dengan pemberian pengobatan farmakologi maupun non farmakologi berupa edukasi dan peningkatan pengetahuan orang tua pasien mengenai penyakit GERD.

METODE

Studi yang dilakukan adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis (alloanamnesis), pemeriksaan fisik, dan dilakukan kunjungan rumah untuk melengkapi data keluarga, data psikososial, dan keadaan lingkungan. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis

holistik dari awal hingga akhir secara kuantitatif dan kualitatif.

DATA KLINIS

Anamnesis

Pasien An. MF usia 15 tahun datang ke Puskesmas Rawat Inap Panjang pada tanggal 13 Juni 2024 dengan keluhan utama nyeri ulu hati memberat sejak 1 hari yang lalu. Keluhan disertai rasa tidak nyaman pada perut berupa rasa begah, sesak, dada seperti terbakar, mual, dan muntah. Keluhan mual dirasakan terus menerus dan pasien akan terasa semakin mual saat makan dan terkadang pasien muntah saat setelah makan, muntah tidak menyembur, berwarna kuning kehijauan, berisikan makanan, sebanyak tiga kali. Setelah muntah pasien merasakan rasa pahit pada lidahnya.

Sejak 1 tahun terakhir pasien memang sering mengeluhkan keluhan nyeri ulu hati dan mual seperti ini. Keluhan pertama kali muncul setelah pasien makan makanan pedas yaitu seblak di saat perut kosong. Namun, saat ini keluhan dirasakan semakin memberat sejak 1 minggu yang lalu. Pasien mengaku bahwa keluhan saat ini muncul dipicu oleh kekhawatirannya untuk menghadapi ujian akhir naik kelas yang akan diadakan pada minggu depan. Pasien berteman baik dengan temannya di sekolah dan menyangkal mendapatkan *bullying* dari teman-temannya.

Sejak 1 hari yang lalu, keluhan menetap sehingga orang tua pasien

memutuskan untuk membawanya ke puskesmas. Pasien dan orangtuanya tidak memahami penyakit apa yang ia derita dan apa saja penyebabnya.

Orangtua pasien mengatakan di keluarga pasien tidak ada yang memiliki keluhan yang sama. Terdapat riwayat hipertensi pada ibu pasien, sementara ayah pasien memiliki riwayat penyakit tuberkulosis paru.

Pasien makan 2-3 kali sehari dengan jumlah nasi yang dikonsumsi sebanyak 1 centong setiap makan. Pasien sering mengonsumsi lauk berupa ikan kembung disertai tempe dan tahu. Pasien jarang mengonsumsi daging ayam, sapi, maupun kambing namun seringkali telat makan. Pasien mengaku sering mengonsumsi makanan pedas seperti bakso, seblak, cilok, dan aci. Pasien mengatakan tidak merokok ataupun mengonsumsi alkohol.

Ibu pasien mengaku belum memberikan obat apapun pada pasien sejak awal keluhan. Namun setelah keluhan tersebut memberat, ibu pasien memutuskan untuk membawa pasien berobat ke Puskesmas Rawat Inap Panjang. Dalam sesi tanya jawab, ibu pasien tidak mengetahui penyebab, tanda gejala, penanganan dan juga pencegahan pada penyakit yang sedang dialami oleh pasien.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/68 mmHg, suhu 36,7°C, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi

napas 20x/menit, SpO₂ 98%, berat badan 45 kg, tinggi badan 165 cm, IMT 16,54 kg/m². Interpretasi IMT/U -1SD < x < -2SD, sedangkan berdasarkan grafik CDC 2000 <5th persentil (status gizi = gizi kurang).

Pada pemeriksaan kepala bentuk *normocephal*, pesebaran rambut rata dan tidak rontok berwarna hitam; mata tidak didapatkan konjungtiva anemis maupun hiperemis, serta tidak terdapat sklera ikterik; hidung rhinore (+), deviasi (-); kesan rhinore, mata, telinga, dan mulut dalam batas normal. Pemeriksaan JVP, kelenjar tiroid, dan kelenjar limfe leher kesan dalam batas normal.

Pemeriksaan thoraks, bentuk dan pergerakan dinding dada simetris, retraksi (-), perkusi sonor di kedua lapang paru, auskultasi vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-) didapatkan kesan dalam batas normal. Pemeriksaan jantung inspeksi iktus kordis (-), palpasi iktus kordis (+), auskultasi bunyi jantung I dan II dalam batas normal.

Pemeriksaan Abdomen tampak datar, tidak terdapat asites maupun organomegali, terdapat nyeri tekan pada regio epigastrium dan bising usus 10x/menit.

DATA KELUARGA

Pasien merupakan seorang anak kedua dari dua bersaudara. Pasien memiliki seorang ayah berusia 47 tahun dan seorang ibu berusia 46 tahun. Pasien memiliki seorang kakak perempuan yang berusia 23 tahun yang saat ini sedang bekerja. Saat ini pasien tinggal dengan kedua

orangtuanya dan kakaknya. Bentuk keluarga adalah keluarga inti (nuclear family). Menurut tahap siklus keluarga Duvall, keluarga pasien berada pada tahap V yaitu keluarga dengan anak remaja.

Pendapatan keluarga pasien berasal dari ayah pasien yang sehari-hari bekerja sebagai buruh pabrik dan ibunya berjualan warung yakni sekitar ±3.000.000 per bulan. Pendapatan tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari berupa kebutuhan primer dan beberapa kebutuhan sekunder.

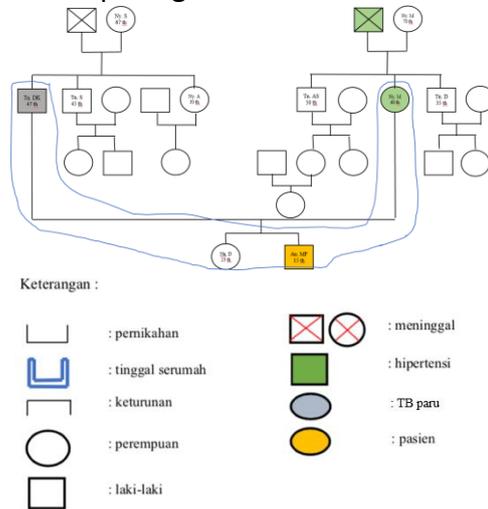
Hubungan pasien dengan keluarganya harmonis. Komunikasi dalam keluarga baik. Pemecahan masalah di keluarga dilakukan melalui diskusi dan seluruh keputusan keluarga ditentukan oleh ayah pasien sebagai kepala rumah tangga. Perilaku berobat masih mengutamakan kuratif yakni memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila ada keluhan mengganggu kegiatan sehari-hari. Keluarga pasien berobat ke Puskesmas Rawat Inap Panjang yang berjarak <1 km atau 500 meter dari rumah pasien. Keluarga pasien memiliki BPJS sebagai program jaminan kesehatannya. Dalam keadaan sakit orang tua dan pasien akan datang sendiri ke puskesmas dengan mengendarakan motor.

Family APGAR Score

Family APGAR Score pada keluarga An. RPA dapat dilihat pada tabel 1. Total *Family APGAR Score* adalah 8 sehingga dapat disimpulkan bahwa keluarga An. RPA memiliki sumber

Genogram

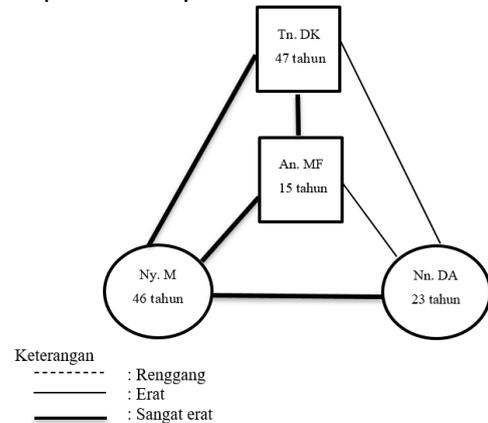
Genogram keluarga An. MF dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Genogram keluarga An. MF.

Family Mapping

Family mapping keluarga An. MF dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Family map An. RPA

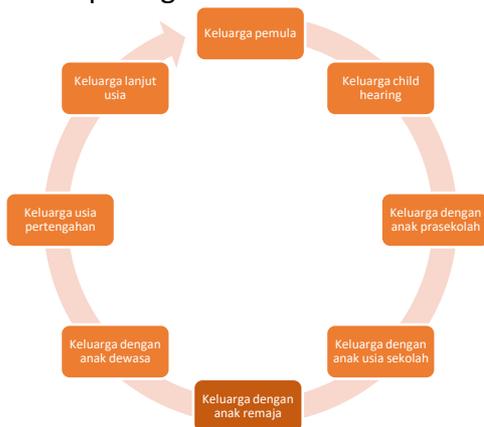
daya keluarga yang berfungsi dengan baik.

Tabel 1. *Family APGAR Score*

APGAR	Keterangan	Tidak Pernah (0)	Kadang (1)	Selalu (2)
Adaptasi	Saya merasa puas karena saya bisa meminta bantuan pada keluarga / (teman-teman) saya pada saat saya merasa kesusahan			V
Partnership	Saya merasa puas dengan cara keluarga/teman-teman saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya.		V	
Growth	Saya merasa pas bahwa keluarga/teman-teman saya menerima dan mendukung keinginan saya untk melakukan aktivitas atau arah baru.			V
Afeksi	Saya merasa puas dengan cara keluarga/teman-teman saya mengekspresikan perhatian dan kasih sayang dan berespon terhadap emosi-emosi saya seperti marah, sedih, atau mencintai.			V
Resolve	Saya puas dengan cara keluarga /teman-teman saya menyediakan waktu Bersama-sama dengan saya.			V
Total Nilai			9	

Family Lifecycle

Family Lifecycle keluarga An. MF dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3. Family life cycle An. MF.

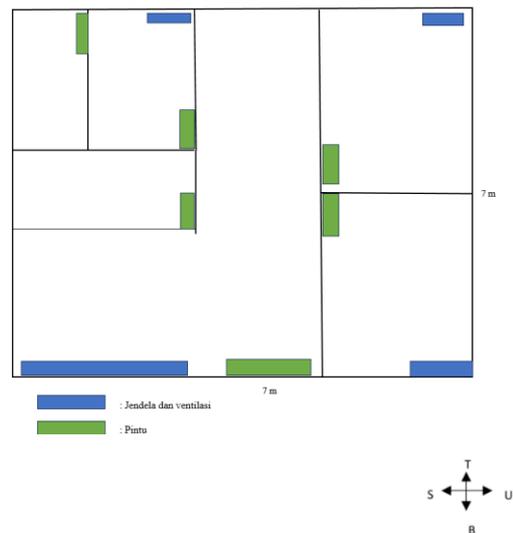
Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga An. MF berada dalam tahap IV yakni tahap keluarga dengan anak usia sekolah dan tahap V yakni tahap keluarga dengan anak remaja.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah permanen milik orang tua dengan jumlah orang yang tinggal sebanyak empat orang terdiri dari kedua orangtua, dirinya, dan kakak perempuan. Rumah pasien berukuran 7x7 m².

Terdapat dua kamar tidur, satu ruang tamu, satu ruang keluarga, satu dapur, satu gudang, dan satu toilet dengan wc jongkok. Terdapat tempat untuk mencuci baju di depan kamar mandi dengan dinding semen dan lantai semen. Dinding tembok, atap genting, dan lantai berupa semen. Terdapat jendela dan ventilasi pada dapur, ruang tamu, dan pada kamar depan. Sinar matahari cukup sedikit masuk ke dalam rumah. Rumah sudah dialiri listrik, sumber air dari sumur, fasilitas dapur menggunakan kompor gas, kebutuhan air minum berasal dari galon isi ulang. Sampah dikumpulkan di kotak sampah di belakang rumah.

Denah Rumah



Gambar 4. Denah Rumah An. MF.

Pada saat kunjungan didapatkan kebersihan rumah cukup baik. Keadaan rumah secara keseluruhan cukup rapi. Rumah berada di lingkungan yang bersih dan terdapat jarak antara depan rumah pasien dengan rumah tetangga depan rumah.

DIAGNOSTIK HOLISTIK AWAL

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pasien ingin memeriksakan kesehatannya terkait dengan keluhan nyeri ulu hati yang memberat sejak satu hari yang lalu dan sering kambuh selama satu bulan terakhir.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir keluhan yang dirasakan akan semakin memberat dan tidak dapat sembuh sehingga dapat mengganggu aktivitas belajar di sekolah.
- Persepsi: Pasien merasa bahwa keluhan pasien akan berkurang kemudian sembuh jika pasien minum obat-obatan yang diberikan oleh puskesmas.

- Harapan: Penyakit yang diderita pasien dapat sembuh dan tidak kambuh lagi.

Aspek 2. Diagnosis Klinis Awal

- GERD (ICD X: K21.9, ICPC-2: D03)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Pola pengobatan yang kuratif (ICD-10 Z92.3)
- Pasien tidak mengetahui mengenai penyakit yang dialami, penyebab penyakit, gejala dan pengobatan penyakit. (ICD-10 Z76.8)
- Pola diet dan kebiasaan makan tidak sesuai pedoman gizi seimbang dan angka kecukupan gizi. (ICD-10: Z91.11)

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Kurangnya Pengetahuan keluarga dalam mempersiapkan pola makan yang sesuai bagi pasien (ICD-10: Z81.0)
- Pola pengobatan yang kuratif (ICD-10 Z92.3)

Aspek 5. Skala Fungsional

Derajat fungsional 2 yaitu Pasien mampu melakukan perawatan diri dan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam maupun di luar rumah, namun mulai mengurangi aktivitas jika dibandingkan saat sebelum sakit.

INTERVENSI

Rencana intervensi berupa medikamentosa dan non-medikamentosa terkait GERD. Intervensi medikamentosa bertujuan untuk mengurangi keluhan dan mencegah kekambuhan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa yakni memberikan penjelasan mengenai penyakit yang sedang diderita oleh pasien menggunakan poster yang berisikan edukasi berupa definisi penyakit, gejala

penyakit, faktor risiko penyakit, penyebab penyakit, pengobatan penyakit, dan pencegahan penyakit serta poster mengenai asupan gizi seimbang.

Pada pasien akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama dilakukan untuk melengkapi data pasien dan *monitoring*. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi menggunakan media poster dan *meal plan*. Kunjungan ketiga untuk mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan terbagi atas *patient center*, *family focused*, dan *community oriented*.

Patient-Centered

Medikamentosa

- Antasida 3 x 200 mg sebelum makan
- Omeprazole 1 x 20 mg
- Domperidone 3 x 10 mg

Non-Medikamentosa

1. Pemberian edukasi mengenai GERD meliputi definisi, faktor risiko, gejala, faktor pemicu, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit.
2. Pemberian edukasi mengenai cara makan yang baik dan benar serta pemilihan menu makan bagi penderita GERD.
3. Pemberian edukasi mengenai pengaturan pola makan dan angka kecukupan gizi.
4. Pemberian edukasi mengenai cara pemakaian obat, jenis pengobatan serta perlunya dukungan sesama keluarga.
5. Pemberian edukasi mengenai tentang perlunya pengendalian dan pemantauan penyakit secara berkelanjutan.
6. Pemberian edukasi pasien mengenai cara pengendalian stress yang menjadi pemicu munculnya penyakit pada pasien.

Family-Focused

1. Keluarga diberikan edukasi mengenai penyakit GERD meliputi etiologi, faktor risiko, gejala, pengobatan dan pencegahan serta angka kecukupan gizi.
2. Diinformasikan kepada anggota keluarga, terutama yang tinggal dengan pasien untuk melakukan pengawasan terhadap pola makan dan latihan fisik pada pasien.
3. Menjelaskan kepada anggota keluarga mengenai risiko yang ada pada mereka dan pentingnya melakukan pencegahan penyakit dengan meningkatkan disiplin dalam pola makan.
4. Melakukan konseling kepada keluarga mengenai komplikasi jangka panjang tentang penyakit yang diderita pasien apabila penyakit tidak dikontrol secara rutin.
5. Memberikan penjelasan dan motivasi anggota keluarga mengenai perlunya perhatian dan dukungan dari semua anggota keluarga.

Community-Oriented

1. Memberikan informasi dan motivasi menggunakan media cetak dalam bentuk *print out* poster mengenai GERD dan edukasi secara langsung kepada komunitas sekitar tempat tinggal pasien.
2. Diberikan edukasi kepada keluarga agar mendampingi ke fasilitas layanan primer atau dokter secara teratur serta rutin untuk kontrol kondisi medisnya.

DIAGNOSITIK HOLISTIK AKHIR

Aspek 1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan : Pasien telah melakukan pemeriksaan terkait keluhannya dan sudah mengetahui penyebab nyeri pada ulu hati.

- Kekhawatiran: Kekhawatiran pasien terkait penyakitnya yang akan terus memberat serta mengganggu aktivitas sudah mulai berkurang setelah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang dapat dilakukan dan dihindari agar keluhan pasien tidak lagi muncul.
- Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang penyakit yang ia derita yaitu GERD. Pasien telah mengetahui penyebab keluhan dan hal apa yang perlu dilakukan untuk menangani keluhan tersebut. Pasien juga telah mengetahui penyembuhan penyakit tidak hanya dengan pengobatan teratur, tetapi juga dengan pola hidup sehat.
- Harapan pasien terhadap penyakitnya adalah penyakit dapat disembuhkan, tidak kambuh lagi dan dapat beraktivitas seperti biasa.

Aspek 2. Aspek Klinis Akhir

- GERD (ICD X: K21.9, ICPC-2: D03)

Aspek 3. Aspek Risiko Internal

- Perilaku pengobatan bersifat kuratif, mulai mengarah ke preventif (ICD-10 Z76.8).
- Peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita dan gaya hidup yang tepat sesuai dengan penyakitnya (ICD-10 Z55.9)
- Pola makan pasien yang baik dan teratur.

Aspek 4. Aspek Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga sudah mulai meningkat mengenai penyakit berdasarkan sesi tanya jawab.
- Keluarga pasien juga mulai menerapkan pola pengobatan preventif dengan melakukan pemeriksaan kesehatan sebelum.

Aspek 5. Skala Fungsional

Derajat fungsional 1 (satu) yaitu mampu bekerja dengan baik, dapat merawat diri tanpa bantuan orang lain dan mampu melakukan pekerjaannya seperti sebelum sakit.

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada An. MF berusia 15 tahun dengan GERD yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biologis, psikologis dan sosial. Pentingnya pendekatan kedokteran keluarga pada pasien ini karena penyakit GERD dipengaruhi oleh berbagai faktor serta komplikasi yang bisa ditimbulkan bila penyakit ini tidak ditangani. Selain itu, pembinaan ini tidak hanya berfokus pada pasien namun juga terkait dengan keluarga. Hal tersebut karena penatalaksanaan penyakit pada pasien tidak hanya dipengaruhi oleh pasien dan tenaga kesehatan saja, akan tetapi dukungan dan pengetahuan keluarga juga sangat berpengaruh agar penyakit pada pasien dapat terkontrol dengan baik.

Pembinaan kedokteran keluarga pada pasien ini dilakukan dalam beberapa pertemuan. Pada pertemuan pertama kali tanggal 13 Juni 2024 di poli umum Puskesmas Rawat Inap Panjang dilakukan kegiatan berupa pengenalan dengan pasien, kemudian dijelaskan maksud dan tujuan pertemuan, diikuti dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosis.

Pasien datang dengan keluhan utama nyeri ulu hati memberat sejak 1 hari yang lalu. Keluhan disertai rasa tidak nyaman pada perut berupa rasa begah, sesak, dada seperti terbakar, mual, dan muntah. Keluhan mual dirasakan terus menerus dan pasien akan terasa semakin mual saat makan dan terkadang pasien muntah saat

setelah makan, muntah tidak menyembur, berwarna kuning kehijauan, berisikan makanan, sebanyak tiga kali. Setelah muntah pasien merasakan rasa pahit pada lidahnya. Sejak 1 tahun terakhir pasien memang sering mengeluhkan keluhan nyeri ulu hati dan mual seperti ini. Keluhan pertama kali muncul setelah pasien makan makanan pedas yaitu seblak di saat perut kosong. Namun, saat ini keluhan dirasakan semakin memberat sejak 1 minggu yang lalu. Pasien mengaku bahwa keluhan saat ini muncul dipicu oleh kekhawatirannya untuk menghadapi ujian akhir naik kelas yang akan diadakan pada minggu depan. Pasien berteman baik dengan temannya di sekolah dan menyangkal mendapatkan *bullying* dari teman-temannya. Keluhan pasien sesuai dengan manifestasi klinis dari penyakit GERD yaitu nyeri pada ulu hati disertai perasaan terbakar di dada (*heartburn*), regurgitasi asam, rasa pahit di mulut, dan nyeri dada.¹

Dalam tahap anamnesis, informasi yang diperoleh mencakup aspek keluarga, sosial, psikososial, dan ekonomi pasien, serta kondisi dan lingkungan rumah pasien. Selanjutnya, pemeriksaan fisik juga dilakukan.

Dari hasil pemeriksaan fisik diketahui keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/68 mmHg, suhu 36,7°C, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO₂ 98%, berat badan 45 kg, tinggi badan 165 cm, IMT 16,54 kg/m². Interpretasi IMT/U -1SD < x < -2SD, sedangkan berdasarkan grafik CDC 2000 <5th persentil (status gizi = gizi kurang).

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan pada regio epigastrium. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan di puskesmas, disarankan untuk dilakukan pemeriksaan endoskopi. Diagnosis GERD

dapat ditegakkan dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien yang sesuai dengan teori.

Pasien menunjukkan gejala klinis GERD, yang merupakan kondisi di mana *Lower Esophageal Sphincter* (LES) mengalami pelemahan, sehingga cairan asam lambung dapat mengalir kembali ke dalam kerongkongan. Diagnosis pada pasien ini menggunakan skor GERD-Q, di mana pasien memiliki skor 8, yang menunjukkan bahwa pasien mengidap GERD. Diagnosis standar GERD dengan esofagitis erosif biasanya dilakukan melalui endoskopi SCBA, yang mungkin menunjukkan kerusakan pada lapisan lendir kerongkongan. Endoskopi ini direkomendasikan terutama untuk individu dengan gejala alarm seperti kesulitan menelan, nyeri saat menelan, penurunan berat badan tanpa alasan jelas, anemia baru, muntah darah, atau tinja berwarna hitam, serta riwayat keluarga dengan kasus kanker perut atau kerongkongan, penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid jangka panjang, dan usia di atas 40 tahun di wilayah dengan risiko kanker perut tinggi.¹⁰

Selain itu, pasien juga menyebutkan bahwa ia jarang makan hanya 2-3 kali makan dalam porsi yang sedikit. Faktor risiko GERD meliputi faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, atau faktor genetik, serta faktor yang dapat diubah seperti gaya hidup, pola makan, dan berat badan berlebih. Oleh karena itu, perubahan dalam gaya hidup, seperti menjaga pola makan yang teratur, bisa diterapkan pada pasien.

Pemantauan pasien ini terdiri dari tiga tahap kunjungan, yaitu identifikasi masalah awal pada kunjungan pertama, pelaksanaan intervensi pada kunjungan kedua, dan evaluasi pada kunjungan ketiga.

Intervensi ini melibatkan pasien dan keluarganya.

Pada tanggal 14 Juni 2024, dilakukan kunjungan pertama kepada pasien. Selama kunjungan ini, dilakukan pendekatan awal dengan pasien dan menjelaskan tujuan dan maksud kedatangan kami. Selanjutnya, kami melakukan pemeriksaan holistik yang mencakup aspek personal, aspek klinis, risiko internal dan eksternal, serta derajat fungsional yang terlibat dalam perawatan pasien dan keterlibatan keluarga. Hasil dari pertemuan ini, sesuai dengan prinsip *Mandala of Health* yang menunjukkan bahwa terdapat empat faktor utama yang dapat memberikan pengaruh kesehatan individu dan keluarganya yaitu *human biology, personal behavior, psycho-socio-economic environment* dan *physical environment*.¹¹

Dari segi *human biology*, pasien merasa bahwa keluhan nyeri ulu hati dan rasa tidak nyaman dari perut yang menjalar hingga ke dada yang sedang dialaminya tidak menghambat atau mengganggu aktivitas sehari-harinya. GERD adalah kondisi di mana isi lambung, termasuk asam lambung, naik ke kerongkongan secara berlebihan. Gejala umum GERD meliputi, sensasi terbakar di dada, regurgitasi (perasaan makanan atau cairan kembali naik ke tenggorokan), dan kadang-kadang kesulitan menelan. Untuk sebagian besar orang dengan GERD, Beberapa individu mungkin mengalami gejala GERD hanya sesekali atau dalam tingkat keparahan yang lebih ringan, yang mungkin tidak secara signifikan menghambat aktivitas mereka. Namun, bagi beberapa orang, gejala GERD yang parah dapat mengganggu tidur malam, kualitas hidup, dan aktivitas sehari-hari mereka.¹²

Di sisi lain, dari segi *personal behavior*, kebiasaan pasien yang jarang makan,

makan dengan porsi sedikit sebanyak 2-3 kali sehari, minim mengonsumsi sayur dan buah, serta jarang berolahraga telah memengaruhi kondisi fisik pasien. Pasien mengaku berobat hanya jika merasa terdapat keluhan. Pola konsumsi makanan seperti ini dapat memberikan tekanan tambahan pada sfingter esofagus bawah, memungkinkan asam lambung untuk naik ke atas. Selain itu aktivitas fisik yang kurang dapat meningkatkan risiko GERD. Olahraga yang teratur dapat membantu menjaga berat badan yang sehat dan mengurangi tekanan pada perut, yang dapat mengurangi gejala GERD. Pola berobat kuratif cenderung hanya berfokus pada mengatasi gejala dan masalah kesehatan yang sudah ada. Sehingga, mengabaikan upaya pencegahan yang penting untuk kesehatan jangka panjang.¹³

Dalam konteks *psycho-socio-economic environment*, dukungan dari keluarga terhadap upaya peningkatan kesehatan pasien masih terbatas. Dari segi keuangan, keluarga pasien tergolong dalam kelas menengah yang mampu memenuhi kebutuhan dasar, kebutuhan sekunder, dan terkadang kebutuhan tersier. Lingkungan psikososial yang positif, seperti dukungan sosial yang kuat, manajemen kelola stres, dan hubungan interpersonal yang sehat, dapat memberikan motivasi positif kepada pasien untuk mematuhi perawatan medis dan mengikuti pola hidup sehat. Pasien merupakan siswa yang baru mengenyam pendidikan di SMA dan akan menghadapi ujian akhir naik kelas. Kondisi tersebut dapat meningkatkan tingkat stres pada pasien. Stres dapat berdampak negatif pada kesehatan mental dan fisik.¹⁴

Dari segi *physical environment*, ditemukan bahwa rumah pasien dalam keadaan cukup bersih dan cukup rapi. Jarak antara rumah pasien dan puskesmas sekitar 1 kilometer. Tempat tinggal yang aman, bebas polusi,

dan berorientasi pada kesehatan dapat mendukung upaya peningkatan kesehatan pasien. Keberadaan fasilitas kesehatan yang terjangkau dan terdekat dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk mengakses layanan perawatan.¹⁵

Setelah melakukan wawancara dengan pasien dan keluarganya, terungkap bahwa pengetahuan mereka tentang penyakit GERD masih terbatas. Oleh karena itu, diberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien bahwa GERD adalah penyakit yang mungkin dapat kambuh, dan dalam mengelolanya, peran tidak hanya terletak pada dokter, perawat, dan ahli gizi, tetapi yang lebih penting adalah keterlibatan pasien dan keluarganya.¹⁶

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 16 Juni 2024 untuk melakukan intervensi terhadap pasien berupa edukasi.

Pada pertemuan kedua awal mula dilakukan *pre-test* untuk menilai wawasan awal terhadap penyakit pasien. *Pre-test* dilakukan oleh pasien dan keluarga. Selain itu dilakukan intervensi dengan metode *family conference* yang dihadiri oleh anggota keluarga yang memiliki hubungan yang erat dalam hal ini adalah ibu pasien.¹⁷ Diharapkan peran anggota keluarga dapat menjadi faktor pendukung yang menunjang kesembuhan pasien. Edukasi kepada pasien dan keluarga pasien adalah sebuah proses yang bertujuan untuk mempengaruhi perilaku, menambah pengetahuan serta merubah pola makan dan gaya hidup menjadi lebih baik. Dalam pembentukan perilaku kesehatan yang baik, dukungan dari keluarga sangat penting. Maka dari itu, pasien dan keluarganya diberikan pengajaran berupa poster berisikan definisi, faktor risiko, gejala, faktor pemicu, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit serta *meal plan* untuk edukasi dalam pemenuhan angka kecukupan gizi pasien.

Tujuan dari edukasi kepada pasien adalah untuk memberikan motivasi kepada pasien dan keluarganya agar dapat mengurangi faktor risiko yang ada pada pasien, sehingga keluhan yang dialami dapat teratasi. Di samping itu, keluarga pasien juga mendapatkan pendidikan atau penjelasan tentang faktor-faktor risiko yang ada dalam lingkungan keluarga mereka. Tujuan dari pengelolaan penyakit GERD, potensi komplikasi, serta pentingnya rutin melakukan kunjungan ke layanan kesehatan.

Selain intervensi non-medikamentosa, pasien juga mendapatkan terapi medis. *Proton Pump Inhibitor* (PPI) merupakan salah satu jenis obat yang efektif untuk mengobati GERD, dengan tingkat keefektifan yang sebanding dengan tindakan bedah. Dalam hal ini, pasien diberikan omeprazole 20 mg dikonsumsi 1 kali sehari, biasanya diminum di pagi hari sebelum makan. PPI telah terbukti efektif dalam mengatasi gejala GERD serta dalam penyembuhan luka-luka pada kerongkongan (esofagitis).¹⁸

Selain PPI, terdapat juga obat lain yang digunakan dalam pengobatan GERD, seperti antagonis reseptor H₂, antasida, dan prokinetik (antagonis dopamin dan antagonis reseptor serotonin). Penghambat reseptor H₂ dan antasida biasanya digunakan untuk mengatasi gejala refluks yang lebih ringan, dan dalam beberapa kasus, dapat digunakan bersamaan dengan PPI sebagai terapi pemeliharaan.¹²

Setelah 3 hari intervensi dilakukan pada pasien, dilakukan kunjungan evaluasi pada tanggal 19 Juni 2024. Hasil anamnesis menunjukkan bahwa keluhan keluhan nyeri ulu hati dan rasa tidak nyaman pada perut hingga dada sudah tidak ada. Pasien

sudah menyesuaikan pola makan sesuai anjuran.

Dilakukan evaluasi dengan mengukur pengetahuan pasien tentang GERD dengan soal post-test yang sama dengan soal *pre-test*. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan dengan skor pasien saat *pre-test* 50 dan saat *post-test* menjadi 100. Selanjutnya, evaluasi dilakukan terhadap persepsi pasien dan keluarga terkait penyakit dan pengobatan melalui sesi tanya jawab. Saat ini, pasien dan keluarga sudah memahami tentang penyakit GERD.

Selanjutnya, dilakukan evaluasi klinis dengan pemeriksaan fisik, dan hasilnya menunjukkan tidak ada nyeri tekan pada daerah epigastrium. Hal ini menunjukkan bahwa keluhan pasien sudah mengalami perubahan signifikan.

KESIMPULAN

1. Penyakit GERD pada pasien kemungkinan besar karena faktor internal berupa pola makan yang tidak teratur, manajemen kelola stres yang kurang baik, serta pengetahuan yang kurang.
2. Faktor eksternal yang mempengaruhi kondisi pasien berupa pengetahuan keluarga yang juga masih kurang tentang penyakit yang diderita pasien, pola pengobatan keluarga bersifat kuratif dan dukungan keluarga masih kurang dalam memperhatikan asupan gizi anggota keluarganya.
3. Pada pasien dilakukan kunjungan sebanyak 3 kali. Kunjungan pertama untuk melengkapi data pasien dan monitoring. Kunjungan kedua untuk melakukan intervensi dan kunjungan ketiga untuk

- mengevaluasi intervensi yang telah dilakukan.
4. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient centered* dan *family focused*.
 5. Pada pasien, dilakukan intervensi menggunakan media presentasi berupa poster untuk mengajarkan pasien tentang penyakit GERD dan *meal plan* untuk memenuhi angka kecukupan gizi harian pasien.
 6. Setelah dilakukan tatalaksana secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan dokter keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan bagi pasien mengenai GERD.

SARAN

Bagi Pasien

1. Mempertahankan pola hidup sehat yang sesuai anjuran yakni, pola makan gizi seimbang, hindari makanan pencetus, hindari pemicu stres,
2. Meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyakit GERD serta komplikasinya sehingga dapat melakukan pengelolaan penyakit dengan baik.
3. Melakukan pengobatan ke puskesmas tidak hanya saat mengalami keluhan saja.

Bagi keluarga

1. Mempertahankan dalam pemberian dukungan kepada pasien dan mengingatkan pasien untuk menjaga pola makan, pola aktivitas fisik, minum obat rutin dan kontrol ke Puskesmas.
2. Memberikan dukungan pada pasien baik secara fisik, dan juga psikologis.

Bagi Pelaksana Pelayanan Kesehatan

1. Adanya sistem pemantauan dan pembahasan di fasilitas kesehatan secara periodik mengenai kasus yang dibina, bagi kesinambungan pelayanan dan pemantauan.
2. Kegiatan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai GERD sebaiknya dilakukan secara kontinyu.
3. Dapat melanjutkan pembinaan keluarga untuk kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Chey W, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(2):212-238.
2. Mustafa M, et al. Risk Factor, Diagnosis, and Management of Peptic Ulcer Disease. *IOSR J Dent Med Sci*. 2015. Sabah: Malaysia.
3. Saputera MD, Budiarto W. Diagnosis dan Tata Laksana Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) di Pusat Pelayanan Kesehatan Primer. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2017;44(5):329-332.
4. Goh KL. Gastroesophageal reflux disease in Asia: A historical perspective and present challenges. *J Neurogastroenterol Motil*. 2018;26(1):2-10.
5. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6):871-880.
6. Fass R, Achem SR, Harding S, et al. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut*. 2019;58(2):295-309.

7. Klenzak S, Danelisen I, Brannan GD, Holland MA, van Tilburg MA. Management of gastroesophageal reflux disease: patient and physician communication challenges and shared decision making. *World J Clin Cases*. 2018;6(15):892.
8. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, et al. 2017 American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2017;135(4):1392-1413.
9. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2018;108(3):308-28.
10. Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2021;72(10):323-344.
11. Yadlapati, Rena, et al. "Gastroesophageal reflux disease: clinical context, diagnostic approaches, and treatment." *Gastroenterology*. 2016;160(4):863-877.
12. Savaya R, Waysman M. The impact of the Mandala of health on employees' health and wellness. *Health Educ Behav*. 2017;44(4):573-581.
13. Mousa H, Hassan M. Gastroesophageal Reflux Disease. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(3):487-505.
14. Wang, Q., & Li, M. Exploring the Mandala of Health as a Tool for Health Promotion: A Systematic Review. *Health Education Research*. 2019; 44(6):567-580.
15. Freeman R, Bessette J. Revisiting the Mandala of Health: From theory to practice in health promotion. *Health Promot Int*. 2019;34(6):1172-1182.
16. Kaufman TK, et al. Family physicians' scope of practice and American Board of Family Medicine recertification examination performance. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(1):50-7.
17. Savitz ST, Mercer GO. Patient education: An overview. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2019.
18. Savarino E, Zentilin P. Proton pump inhibitors: Use and misuse in the clinical setting. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2017;10(9):925-936.
19. Wang, Q., & Li, M. Mechanisms of Action of Antacid Medications in Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences*. 2015;55(7):789-801.