



Volume 12 Issue 1, 2025, 534-547

Jurnal Kesehatan dan Agromedicine

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

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

Penatalaksanaan Holistik Pasien Laki-Laki Usia 42 Tahun dengan Gastritis Kronik Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Aldiesa Ade Pritami¹, Aila Karyus²

¹Mahasiswa Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Korespondensi: Aldiesa Ade Pritami, alamat Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro, Gedung Meneng, Bandar Lampung, HP 0831-7370-1672, e-mail aldiesaadepritami19@gmail.com

Received : 2 Januari 2025

Accepted : 20 Mei 2025

Published : 20 Juni 2025

ABSTRAK

Gastritis adalah penyakit yang dapat terkendali dengan menerapkan gaya hidup sehat serta manajemen stres yang baik. Gastritis masuk ke dalam sepuluh besar penyakit terbanyak di Provinsi Lampung pada tahun 2023 dengan jumlah kasus sebanyak 147.066 kasus. Meningkatnya prevalensi gastritis menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, karena dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani. Penelitian ini bertujuan untuk menerapkan pelayanan dokter keluarga berbasis *evidence based medicine* dengan identifikasi faktor risiko, keluhan klinis, serta tatalaksana melalui pendekatan *patient centered* dan *family approach*. Studi ini adalah laporan kasus. Data primer diambil dari autoanamnesis, pemeriksaan fisik dan kunjungan rumah guna memperoleh data keluarga, data psikososial serta data lingkungan. Data sekunder diambil dari rekam medis pasien di puskesmas. Analisis dilakukan berdasarkan diagnosis holistik pada awal kunjungan, proses, dan akhir kunjungan secara kualitatif dan kuantitatif. Hasil penelitian didapatkan seorang pasien, Tn. N, 42 tahun, datang dengan keluhan mual, muntah, disertai nyeri ulu hati, mudah kenyang, serta rasa tidak nyaman setelah makan sejak 2 hari sebelumnya. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan gastritis kronik. Faktor risiko internal meliputi pola makan yang buruk, merokok, dan persepsi yang salah mengenai gastritis. Faktor risiko eksternal meliputi kurangnya peran dan dukungan keluarga mengenai penyakit pasien, stres, dan keterbatasan ekonomi. Pada pasien dilakukan intervensi berupa edukasi menggunakan media poster. Setelah dilakukan intervensi didapatkan perubahan pengetahuan serta perubahan perilaku pasien. Diagnosis dan tatalaksana dilakukan secara komprehensif dan holistik berdasarkan teori dan penelitian terkini

Kata kunci: diagnostik holistik, gastritis kronik, kedokteran keluarga

Holistic Management of 42 Years-Old Man with Chronic Gastritis through A Family Medical Approach

ABSTRACT

Gastritis is a disease that can be controlled with a healthy lifestyle and good stress management. Gastritis is one of the top ten most common diseases in Lampung Province in 2023 with 147,066 cases. The increasing prevalence of gastric ulcers poses a significant public health problem because it can cause complications if left untreated. The study aims to implement family doctor services based on evidence-based medicine in patients by identifying risk factors, clinical problems, and management with a patient-centered and family approach. The analysis of this study is a case report. Primary data were obtained through autoanamnesis, physical examination, and home visits to complete family, psychosocial, and environmental data. Secondary data were obtained from patient medical records at the health center. The assessment was made based on a holistic diagnosis from the beginning, process, and the end of

the study quantitatively and qualitatively. The results of this study show a patient, Mr. N, 42 years old, came with complaints of nausea and vomiting, accompanied by epigastric pain, early satiety, and discomfort after eating since 2 days earlier. Based on anamnesis and physical examination, the patient was diagnosed with chronic gastritis. The internal risk factors include poor diet, smoking, and misperceptions about gastritis. The external risk factors include lack of family role and support regarding the patient's illness, stress, and economic matters. The patient was given an intervention in the form of counseling using posters as the promotion media. After the intervention, there were changes in the patient's knowledge and behavior. The diagnosis and management of this patient were carried out comprehensively and holistically, based on several recent theories and research.

Keywords: holistic diagnostics, chronic gastritis, family medicine

DOI : <https://doi.org/>

PENDAHULUAN

Gastritis adalah peradangan mukosa lambung yang dapat terjadi akibat reaksi mukosa lambung terhadap iritan. Iritasi pada epitel gaster disebabkan oleh adanya faktor-faktor yang bersifat merusak, yaitu faktor endogen seperti hidrogen klorida (HCl), pepsinogen/pepsin, garam empedu, serta faktor eksogen seperti riwayat konsumsi obat-obatan, infeksi bakteri dan alkohol. Penyakit ini memiliki karakteristik gejala berupa anoreksia, rasa penuh di perut, nyeri epigastrium, mual dan muntah (1).

Berdasarkan lama tanda dan gejalanya berlangsung, gastritis dapat dibedakan menjadi akut dan kronis. Gastritis akut ialah peradangan atau inflamasi pada mukosa lambung yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung singkat dalam kurun waktu harian atau kurang dari satu bulan sedangkan gastritis kronis berlangsung secara bertahap selama lebih dari satu bulan hingga beberapa tahun (2). Gastritis kronis dikategorikan menjadi atrofi dan non-atrofi. Penyebab umum gastritis kronis yaitu akibat infeksi *Helicobacter pylori* yang merupakan jenis gastritis non-atrofi. Jika tidak diobati, gastritis non-atrofi dapat menjadi gastritis atrofi. Data terbaru menunjukkan gastritis atrofi kronis diperkirakan mempengaruhi sekitar 25% dari populasi di dunia. Risiko terkena gastritis atrofi kronis sekitar 2,4 kali lebih tinggi pada pasien dengan infeksi *H. Pylori* (3).

Kesehatan seorang individu tidak hanya ada tidaknya suatu penyakit secara medis, namun juga mencakup aspek sosial dan psikologis. Gastritis masih menjadi

masalah kesehatan sosial dan publik pada negara berkembang. Hal tersebut dipengaruhi oleh status sosioekonomi, perilaku sehat, dan standar hidup individu seperti gaya hidup, kondisi tempat tinggal, kebiasaan individu, dan perilaku. Faktor-faktor tersebut juga berperan penting dalam penularan infeksi *H. pylori* (2). Oleh karena itu, banyak faktor yang dapat berkontribusi terhadap perkembangan gastritis diantaranya termasuk merokok, konsumsi alkohol, penggunaan tembakau, konsumsi makanan pedas, penggunaan obat-obatan, stres, tertelan benda asing secara tidak sengaja, dan infeksi (4).

Insidensi gastritis berdasarkan World Health Organization (WHO) 2020 dalam *Ida, et al* menunjukkan persentase individu yang menderita gastritis di Kanada yaitu 35%, Cina 31%, Perancis 29,5%, Inggris 22%, dan Jepang 14,5%. Persentase insidensi gastritis di Indonesia cukup tinggi mencapai 40,8% dengan angka kejadian sekitar 274 ribu kasus dari sekitar 238 juta penduduk (5).

Tingginya prevalensi gastritis dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, karena dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani dengan baik. Gastritis berisiko berkembang menjadi kanker gaster bila terdapat penipisan dan perubahan pada lapisan gaster. Gastritis juga dapat menyebabkan beberapa komplikasi penyakit seperti anemia, kekurangan vitamin B12, vitamin D, vitamin C, asam folat, zink, kalsium, dan magnesium. Selain itu, perdarahan gaster, ulkus peptikum, dan perforasi gaster juga dapat menjadi komplikasi gastritis (5).

Pengetahuan berperan penting dalam mendukung pembentukan perilaku. Semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki seseorang, maka semakin baik pula perilakunya untuk mendukung tindakan preventif untuk mencegah penyakit gastritis menjadi kronis. Pasien gastritis yang kurang memahami mengenai penyakitnya termasuk mengenai risiko dan cara mengatasi penyakitnya dapat mengakibatkan gastritis kronis yang sukar disembuhkan. Hal tersebut dikarenakan pengetahuan seseorang tersebut dapat memengaruhi sikap dan tindakannya dalam meningkatkan kesadarannya dalam mencegah terjadinya gastritis kronis dengan mengubah gaya hidupnya menjadi lebih sehat (6).

Dalam proses untuk melakukan perubahan pada perilaku seseorang diperlukan adanya faktor pendukung seperti *support* dari keluarga maupun komunitas. Penatalaksanaan secara komprehensif dan holistik melalui pendekatan dokter keluarga (*patient centered, family focused* dan *community oriented*). Oleh sebab itu, penelitian ini dilaksanakan dengan melalui pendekatan dokter keluarga dengan tujuan membantu pasien dalam melakukan perubahan perilaku menjadi lebih sehat dan mengurangi keluhan penyakitnya.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa laporan kasus. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kalirejo, Kabupaten Pesawaran, Provinsi Lampung pada bulan Oktober-November 2024. Data primer diambil dari autoanamnesis dan pemeriksaan fisik di Puskesmas serta anamnesis lanjutan dan pemeriksaan dilakukan ketika kunjungan rumah untuk mengumpulkan data mengenai keluarga, data psiko-sosial, serta lingkungan sekitar tempat tinggal pasien. Data sekunder diambil dari rekam medis pasien di Puskesmas Kalirejo. Penilaian didasarkan dari diagnosis holistik pada

awal kunjungan/pertemuan, proses, dan akhir penelitian secara kualitatif dan kuantitatif.

KASUS

Pasien Tn. N berusia 42 tahun, seorang petugas keamanan, datang sendiri ke Puskesmas Kalirejo pada tanggal 8 Oktober 2024 pukul 10.00 WIB dengan keluhan utama mual dan muntah sejak 2 hari sebelum datang ke puskesmas. Keluhan disertai dengan nyeri ulu hati, mudah kenyang, dan rasa tidak nyaman setelah makan.

Keluhan mual dan muntah sudah dirasakan pasien sejak 6 bulan sebelumnya. Keluhan bersifat hilang timbul. Pasien juga mengeluhkan nyeri pada bagian ulu hati yang tidak menjalar, perut terasa kembung, dan rasa perut tidak nyaman setelah makan. Keluhan membaik dengan minum obat antasida namun muncul kembali beberapa waktu kemudian.

Satu bulan sebelumnya, keluhan masih dirasakan sehingga pasien memeriksakan dirinya ke Puskesmas dan mengonsumsi obat yang diberikan oleh puskesmas berupa ranitidine 2x1 hari dan keluhan dirasakan berkurang.

Dua hari sebelum datang ke puskesmas, keluhan mual dan muntah muncul kembali. Muntah berupa makanan sebanyak dua kali. Keluhan disertai dengan nyeri ulu hati dan perut yang terasa kembung. Keluhan bersifat hilang timbul. Keluhan memberat ketika pasien telat makan dan makan makanan pedas serta membaik dengan minum obat dari puskesmas. Keluhan demam, BAB dan BAK, rasa panas seperti terbakar di ulu hati serta rasa menjalar ke bagian leher disangkal.

Pasien mengaku ayahnya memiliki penyakit lambung yang sama sepertinya. Ayah dan ibu pasien juga memiliki penyakit hipertensi.

Pasien biasa makan dua sampai tiga kali dalam sehari. Pasien tidak pernah memasak makanan sendiri dan selalu membeli makanan dari warung makan.

Makanan yang biasa ia makan yaitu seperti soto ayam, nasi padang, maupun makanan warteg yang terdiri dari nasi, sayur, dan lauk-pauk seperti ikan, ayam, telur, tahu, atau tempe. Pasien makan tidak teratur dan sering telat untuk makan. Pasien gemar mengonsumsi makanan yang pedas. Pasien juga sering minum kopi satu sampai dua kali dalam sehari yaitu ketika pagi hari dan ketika malam hari saat pasien sedang menjalankan pekerjaannya sebagai petugas keamanan saat malam hari.

Pasien merupakan seorang perokok. Dalam sehari pasien biasa menghabiskan 1 bungkus rokok. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol. Pasien juga jarang olah raga karena bekerja dari pagi hingga siang hari kemudian lanjut saat malam hingga pagi hari.

Keluarga Tn.N terdiri Tn. N sebagai anak, Ny. S sebagai ibu dan kepala keluarga, serta Tn. M sebagai kakak pasien. Ny. S dan Tn.M dalam kondisi sehat. Saat ini pasien tinggal sendiri merantau dari kampung halamannya. Sedangkan ibu pasien tinggal bersama kakak pasien. Hubungan pasien baik dengan anggota keluarga maupun tetangga lingkungan sekitarnya. Namun, upaya pasien dan keluarga dalam menjaga kesehatan masih bersifat kuratif.

Pendapatan utama dalam keluarga berasal dari pendapatan kakak pasien sebagai petani dan pekerja serabutan serta pendapatan pasien sebagai petugas keamanan/penjaga malam. Pasien mengaku penghasilannya cukup untuk mencukupi kebutuhan primer dan sesekali mencukupi kebutuhan sekunder namun sedikit sulit untuk memenuhi kebutuhan tersier.

Setelah ditanyakan mengenai pengertian, faktor risiko dan penyebab, gejala, serta pengobatan terkait penyakit gastritis, pasien mengaku tidak terlalu mengetahuinya. Pasien hanya mengetahui bahwa penyebab penyakitnya dapat disebabkan oleh waktu makan yang terlambat, makan makanan pedas namun belum dapat menghindari faktor risiko

tersebut. Saat ini pasien masih belum menerapkan pola hidup sehat dan pola makan yang baik.

Pasien memiliki keinginan untuk sembuh sehingga ia ingin lebih mengetahui penyakit yang dideritanya. Pasien juga memiliki kekhawatiran dan ketidaknyamanan karena penyakitnya.

Pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum tampak sakit ringan. Tingkat kesadaran compos mentis. Tekanan darah: 115/76 mmHg; Suhu: 36,7 °C; Nadi: 77x /menit; RR: 20x /menit; SpO₂: 99%; BB: 55 kg; Tinggi badan: 164 cm; IMT: 20,44 kg/m². Bentuk kepala tampak normocephal, distribusi rambut rata. Mata: tidak ada konjungtiva anemis maupun sklera ikterik. Telinga: tampak normotia, tidak tampak ada sekret. Hidung: tidak tampak deviasi, tidak ada sekret. Leher: tidak ada peningkatan JVP, pembesaran KGB (-) dan tiroid (-). Thorax: normochest, ekspansi dinding thoraks dan fremitus taktil simetris, tidak ada nyeri tekan, massa (-), perkusi kedua dinding thorax sonor, auskultasi terdengar vesikuler, tidak ada ronki maupun wheezing, bunyi jantung I dan II reguler, tidak terdengar adanya murmur maupun gallop. Abdomen: tampak datar, supel, bising usus dalam batas normal, terdapat nyeri tekan di regio epigastrium, turgor kulit baik, massa (-), hepatomegali (-), splenomegali (-). Ekstremitas superior dextra & sinistra dan inferior dextra & sinistra didapatkan akral teraba hangat, CRT <2 detik, tidak ditemukan edem.

Dari data keluarga diperoleh bahwa pasien ialah anak kedua dari empat bersaudara. Ibu Tn.N masih dalam kondisi sehat sedangkan ayah dan dua adik pasien sudah meninggal dunia. Saat ini pasien tinggal sendirian, mengekos di sebuah rumah di dekat tempat ia bekerja. Pasien belum menikah. Ketika masih tinggal dengan orang tua dan saudara kandungnya, komunikasi dalam keluarga berjalan cukup baik. Saat malam hari dimana semua anggota keluarga sudah selesai dari kegiatannya, mereka selalu berkumpul di ruang keluarga untuk berbincang dan



Gambar 4. Siklus Hidup Keluarga Tn.N menurut siklus Duvall (1977)

Skor *family APGAR* keluarga Tn.N didapatkan nilai total 8 yang berarti fungsi keluarga baik/keluarga sangat fungsional dengan nilai *Adaptation: 2, Partnership: 1, Growth: 2, Affection: 2, Resolve: 1*.

Fungsi patologis keluarga dapat dilihat pada tabel 1 menggunakan skor Family SCREEM. Berdasarkan tabel 1, didapatkan family SCREEM Tn.N dengan skor 24 sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa fungsi keluarga Tn. N yaitu mempunyai fungsi keluarga atau sumber daya adekuat.

Tabel 1. Family SCREEM Tn.N

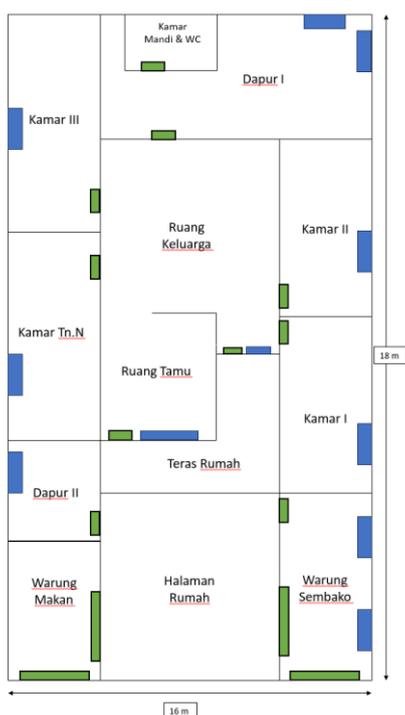
Ketika seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit		SS	S	TS	STS
S	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	✓			
	Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		✓		
C	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		✓		
	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kami sangat membantu keluarga kami		✓		
R	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
	Tokoh agama atau kelompok agama membantu keluarga kami		✓		
E	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami		✓		
	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami		✓		
E	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit			✓	
	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga kami			✓	
M	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami		✓		
	Dokter, perawat, dan/atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami		✓		
Total		6	16	2	

Pada data lingkungan rumah, diketahui bahwa pasien tinggal mengekos di sebuah rumah permanen milik orang lain berukuran 18×16 m². Kamar kos yang pasien tempati berukuran 3x2 m². Pasien tinggal mengekos sendirian. Pasien tinggal bersama pemilik rumah tersebut dengan anggota

keluarga yang tinggal dalam satu rumah yaitu berjumlah enam orang.

Rumah kos yang dihuni oleh Tn. N terdiri dari sebelas ruangan yaitu satu ruang tamu, satu ruang keluarga, empat kamar tidur, dua dapur, satu kamar mandi dengan satu jamban duduk tanpa pegangan, teras rumah, dan 2 warung. Dinding rumah pasien berupa tembok dan lantai rumah pasien berupa lantai semen di area dapur dan lantai keramik di ruangan lainnya. Ventilasi rumah cukup baik. Terdapat jendela di semua ruangan dengan sirkulasi udara yang juga cukup baik. Jendela rumah berupa kaca tembus pandang. Namun jendela kamar terbuat dari papan kayu tanpa kaca. Atap rumah berupa seng dan genteng yang ditutupi plafon. Sumber air didapatkan dari sumur bor.

Pada saat dilakukan kunjungan/pertemuan pertama tampak keadaan rumah yang cukup bersih dan tampak rapi. Rumah menggunakan listrik. Dapur memakai kompor gas. Air minum sehari-hari diperoleh dari air sumur yang direbus dan galon isi ulang, sumber air sehari-hari didapatkan dari air sumur. Jarak sumur dan saluran air ke septik tank sekitar 8 meter. Jarak dari teras rumah ke jalan raya sekitar 6 meter.



Gambar 5. Denah Rumah Tn.N

Keterangan:

- Pintu
- Jendela

Diagnostik Holistik Awal

1. Aspek Personal

- Alasan kedatangan: mual, muntah, nyeri ulu hati, mudah kenyang, rasa tidak nyaman pada perut yang dirasakan setelah makan sejak dua hari sebelum datang ke puskesmas.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir karena keluhannya yang sering kambuh-kambuhan dari sejak 6 bulan sebelum datang ke puskesmas. Keluhan kadang kala mengganggu aktivitas pasien dan keluhan dirasakan semakin sering timbul.
- Persepsi: pasien tahu bahwa dirinya mengalami penyakit lambung (maag) namun pasien mengira bahwa penyakitnya adalah penyakit biasa yang pasti berulang dan dapat sembuh dengan sendirinya jika

diobati saat gejala timbul serta menganggap bahwa penyakitnya tidak membahayakan.

- Harapan: Pasien berharap penyakit yang dialaminya segera membaik dan tidak mengalami kekambuhan lagi.

2. Aspek Klinik

- Gastritis Kronis (ICD X: K29.50; ICPC-2: D07)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan: kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pengertian, faktor risiko, penyebab, gejala, upaya pengobatan, dan cara mencegah perburukan dari penyakit Gastritis).
- Sikap: Pasien cenderung menyepelkan keluhan yang dirasakan karena menganggap keluhannya adalah keluhan biasa yang tidak membahayakan. Pasien juga sudah cukup mengetahui beberapa penyebab penyakitnya namun masih belum merubah pola makannya.
- Perilaku: Pola berobat kuratif, pola makan yang tidak teratur, kebiasaan makan makanan pedas, kebiasaan gemar konsumsi kopi dua kali sehari, jarang olahraga, dan juga pasien merokok.
- Persepsi: Persepsi yang keliru mengenai penyakit gastritis yang dianggap sebagai penyakit biasa yang pasti berulang dan dapat sembuh dengan sendirinya jika diobati saat gejala timbul serta menganggap bahwa penyakitnya tidak membahayakan.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Kurangnya dukungan dan peran keluarga karena pasien tidak tinggal bersama keluarganya sehingga keluarga pasien tidak terlalu

mengetahui kondisi pasien jika pasien tidak memberi tahu keluarganya.

- Stress berupa beban ekonomi untuk memenuhi kebutuhan primer sehari-hari dan beban kerja yang dapat memicu penyakit yang diderita pasien timbul.
- Keterbatasan ekonomi membuat pasien menambah jam kerjanya sehingga mengurangi waktu istirahatnya.

5. Derajat Fungsional

- Derajat fungsional Tn. N dilakukan dengan penilaian *Activity of Daily Living* menggunakan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi pada Tabel 2.

Tabel 2. Instrumen Indeks Bartel Modifikasi

Rekapitulasi	
Mengendalikan rangsang BAB	10
Mengendalikan rangsang BAK	10
Kebersihan pribadi (seka, sisir, sikat gigi)	5
Penggunaan toilet	10
Makan	10
Transfer	15
Mobilisasi = ambulasi	15
Mengenakan pakaian	10
Naik turun anak tangga	10
Mandi	5
TOTAL	100

Berdasarkan tabel 2, didapatkan hasil dengan total poin 100 sehingga disimpulkan bahwa pasien dalam keadaan independen. Pasien dapat melakukan sendiri tanpa harus dibantu oleh orang lain dan tidak mengalami keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. Derajat fungsional pasien yaitu satu.

Rencana Intervensi

Pada pasien dilakukan tiga kali kunjungan rumah. Kunjungan pertama dilakukan untuk mengumpulkan data

pasien dan keluarganya. Kunjungan kedua yaitu untuk melakukan intervensi berupa edukasi menggunakan media poster, dan kunjungan ketiga untuk mengevaluasi hasil dari intervensi yang telah diterima oleh pasien. Intervensi yang diberikan pada Tn.N, yaitu dengan melakukan edukasi dan konseling mengenai penyakit gastritis, pola makan, diet, kebiasaan-kebiasaan yang harus dirubah oleh pasien, dan cara melakukan pencegahan guna mencegah terjadinya perburukan penyakit. Media intervensi yang digunakan yaitu poster mengenai gastritis. Intervensi ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Target terapi dari diagnosis Tn.N dijabarkan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Target Terapi Tn.N

Diagnosis	Target Terapi
Gastritis	Perbaiki gaya hidup termasuk pola makan dan kelola stress.
Kurangnya pengetahuan pasien mengenai penyakit yang diderita	Pasien dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang dideritanya serta dapat lebih disiplin terutama dalam hal pola makan.
Kurangnya kesadaran dalam perubahan pola makan dan asupan nutrisi yang masih belum tepat	Pasien dapat mengatur dan menerapkan pola makan dan asupan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
Persepsi yang salah mengenai tatalaksana penyakit yang diderita	Perubahan persepsi bahwa penyakit gastritis tidak dapat hilang hanya dengan mengonsumsi obat saja dan memerlukan modifikasi gaya hidup yang tepat serta dapat menjadi penyakit yang serius apabila tidak ditangani dengan benar.

Terapi farmakologi yang diberikan kepada pasien yaitu Domperidon tab 3x 10mg, Omeprazol kaps 2x 20mg, dan Antasida tab 3 x 1, dikonsumsi sebelum makan. Terapi non-farmakologi pasien

yaitu berupa edukasi. Edukasi pasien tentang penyakit gastritisnya meliputi pengertian penyakit, faktor risiko, penyebab, gejala-gejala penyakit, pengobatan yang tepat dan cara pencegahan gastritis. Pasien juga diedukasi mengenai pentingnya pengaturan pola makan yang benar yaitu dengan makan 3x dalam sehari dengan jumlah yang tidak berlebihan, tidak mengonsumsi makanan yang terlalu pedas, asam, asin, tidak mengonsumsi kopi/teh saat keadaan lambung kosong, tidak merokok, dan rutin berolahraga serta diberikan contoh pemilihan menu makanan bagi penderita gastritis. Selain itu, pasien juga diedukasi mengenai cara pengendalian stress yang meliputi menjaga kesehatan, berdiskusi dengan keluarga mengenai beban yang sedang dipikirkan, berpikir positif, melakukan relaksasi, serta mencari hobi/hiburan yang dapat mengurangi kepenatan sehari-hari agar terhindar dari stress yang dapat memicu timbulnya penyakit pada pasien. Selain itu, dilakukan juga *family focus* kepada keluarga pasien dengan memberi edukasi tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya tersebut sehingga timbul rasa peduli keluarga pasien terhadap penyakit yang sedang pasien alami. Keluarga juga diedukasi mengenai pentingnya peran dukungan dan pengertian keluarga terhadap pasien dalam melakukan pengobatan serta dalam mengelola stress.

Diagnostik Holistik Akhir

1. Aspek Personal

- Pasien sudah tidak mengeluhkan keluhan mual, muntah, dan nyeri ulu hati.
- Kekhawatiran pasien terhadap penyakitnya sudah mulai berkurang dan sudah tidak ada keluhan yang mengganggu aktivitas pasien.
- Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu pasien sudah tidak menyepelekan penyakitnya dan pasien sudah menyadari bahwa

penyakitnya dapat membahayakan jika tidak mendapat perawatan yang tepat.

- Harapan pasien terhadap penyakitnya sudah membaik

2. Aspek Klinik

- Gastritis Kronis (ICD X: K29.50; ICPC-2: D07)

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan: pasien sudah memiliki pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya meliputi pengertian penyakitnya, faktor risiko, penyebab penyakit, gejala-gejala penyakit, bagaimana cara pengobatan yang tepat, dan upaya pencegahan komplikasi gastritis.
- Sikap: Pasien sudah tidak menyepelekan penyakitnya dan sudah menyadari bahwa penyakitnya dapat membahayakan jika tidak mendapat perawatan yang tepat.
- Perilaku: Pola berobat pasien sudah berubah dari kuratif menjadi preventif. Pasien juga sudah mulai memperbaiki pola makannya menjadi tiga kali sehari secara teratur. Pasien sudah mulai menghindari makanan pedas dan sudah mengurangi kebiasaan konsumsi kopi. Selain itu, pasien juga sudah mulai meluangkan waktu untuk berolahraga dan mengurangi merokok.
- Persepsi: Persepsi pasien terhadap penyakitnya yaitu pasien sudah tidak menyepelekan penyakitnya dan pasien sudah menyadari bahwa penyakitnya dapat membahayakan jika tidak mendapat perawatan yang tepat.

4. Aspek Risiko Eksternal

- Memanfaatkan waktu luang yang ada ketika sedang bekerja untuk beristirahat sejenak.

- Pasien sudah mulai belajar mengelola stressnya dengan mencari kesibukan atau melakukan hobinya.
- Partisipasi dalam kelompok sosial komunitas sehingga pasien bisa mendapatkan dukungan terkait penyakitnya selain dari keluarga.

5. Derajat Fungsional

- Pasien secara mandiri dan tidak terbatas dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga derajat fungsional pasien adalah 1.

PEMBAHASAN

Studi kasus pada pasien, Tn. N, 42 tahun, seorang penderita gastritis dilakukan dengan menilai berbagai aspek secara menyeluruh mencakup aspek biologis, sosial, maupun psikologi. Pendekatan kedokteran keluarga penting diberikan kepada pasien sebab penyakit gastritis disebabkan oleh berbagai macam faktor dan komplikasi yang dapat hadir apabila penyakit tidak segera ditangani dengan tepat. Selain itu, pendekatan ini tidak hanya dilakukan pada pasien namun dilakukan juga pada keluarganya. Hal ini dikarenakan dalam mentatalaksana suatu penyakit pada pasien, tidak hanya melibatkan pasien dan tenaga kesehatan saja, namun pengetahuan dan dukungan keluarga juga sangat dibutuhkan.

Pertemuan pertama dengan pasien, Tn. N, usia 42 tahun di poli umum Puskesmas Kalirejo tanggal 8 Oktober 2024. Pasien datang dengan keluhan mual dan muntah disertai keluhan nyeri ulu hati, mudah kenyang serta rasa tidak nyaman di perut setelah makan sejak dua hari sebelum datang ke puskesmas. Keluhan ini telah pasien rasakan sejak enam bulan sebelumnya. Keluhan bersifat hilang timbul. Keluhan membaik setelah pasien minum obat antasida namun akan muncul kembali beberapa jam setelah minum obat.

Satu bulan sebelumnya, keluhan masih dirasakan oleh pasien sehingga pasien mulai memeriksakan dirinya ke puskesmas dan diberikan obat berupa ranitidin 2x1 dan keluhan dirasakan berkurang. Kemudian, keluhan mual dan muntah muncul kembali pada dua hari yang lalu. Muntah berupa makanan sebanyak dua kali. Keluhan disertai nyeri pada ulu hati, mudah kenyang, dan rasa tidak nyaman setelah makan. Keluhan pasien sesuai dengan gejala gastritis yang dapat bermanifestasi sebagai rasa panas dan nyeri seperti terbakar di ulu hati, mual dan muntah, serta kembung (7).

Berdasarkan anamnesis, pasien mengaku biasa makan dua hingga tiga kali dalam sehari. Pasien tidak pernah memasak makanan sendiri dan selalu membeli makanan dari warung makan. Pasien makan tidak teratur dan sering telat untuk makan. Pasien gemar mengonsumsi makanan yang pedas. Pasien juga sering minum kopi satu sampai dua kali dalam sehari yaitu ketika pagi dan malam hari saat pasien sedang menjalankan pekerjaannya sebagai petugas keamanan saat malam hari. Pasien juga merupakan seorang perokok. Dalam sehari pasien biasa menghabiskan satu bungkus rokok. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol. Pasien juga jarang olah raga.

Faktor risiko terjadinya gastritis faktor diet dan gaya hidup, meliputi pengaturan makan yang kurang baik, seperti terlambat makan, sering konsumsi makan makanan yang pedas, dipanggang, dibakar, berlemak, cepat saji dan porsi makan besar. Selain itu, kebiasaan konsumsi kopi atau teh, infeksi bakteri maupun parasit, penggunaan obat analgesik dan steroid, usia tua, gemar konsumsi alkohol, merokok, stres, kurang olahraga, adanya penyakit lain seperti penyakit autoimun, reflux empedu, penyakit Chron, atau HIV/AIDS dapat menjadi faktor risiko terjadinya gastritis. Merokok juga dapat mengganggu fungsi proteksi pada lapisan dalam gaster. Obat-obatan anti-inflamasi non steroid dan

kebiasaan konsumsi alkohol dapat menyebabkan produksi asam lambung meningkat (7,8).

Beban kerja pasien yang merupakan seorang petugas keamanan atau penjaga malam sekaligus pekerjaan serabutan pasien yang membantu-bantu pegawai di tempat ia bekerja untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya merupakan stresor bagi pasien. Stres adalah sejumlah perubahan fisiologis yang disebabkan paparan bahaya atau yang mengancam tubuh. Stres memiliki dampak negatif untuk saluran cerna akibat mekanisme neuroendokrin yang akhirnya meningkatkan risiko individu untuk mengalami gastritis. Ketika individu dalam keadaan stres terjadi peningkatan produksi asam lambung sehingga dapat mukosa lambung dapat teriritasi. Jika hal ini terus berlangsung dapat memicu terjadinya inflamasi pada mukosa lambung atau gastritis sehingga perlu dilakukan kelola stres yang baik dan tepat pada pasien (9).

Pemeriksaan fisik yang telah dilakukan didapatkan data keadaan umum pasien terlihat sakit ringan dan sadar penuh (*compos mentis*). Tanda-tanda vital pasien dalam rentang normal. Pasien memiliki berat badan 55 kg dan tinggi badan : 164 cm; status gizi *normoweight* (Indeks Massa Tubuh: 20,44 kg/m²). Pada pemeriksaan *head to toe* didapatkan nyeri tekan pada regio epigastrium abdomen.

Pada pemeriksaan fisik pasien dengan gastritis dapat ditemukan adanya nyeri ketika pada regio epigastrium dilakukan penekanan dan peningkatan bising usus. Selain itu, jika terjadi proses peradangan yang berat, perdarahan saluran cerna berupa hematemesis dan/atau melena juga dapat terjadi. Pada penderita gastritis kronis juga dapat dijumpai adanya konjungtiva anemis (7). Pada pemeriksaan fisik juga dapat ditemukan nafas bau (*halitosis*), perut kembung yang ditandai dengan hipertimpani pada auskultasi abdomen (8).

Pasien mendapatkan terapi farmakologi berupa Domperidon 3x10mg,

Omeprazol 2x20mg, dan Antasida 3x1. Omeprazol merupakan salah satu obat golongan proton pump inhibitor (PPI). PPI merupakan penghambat sekresi asam lambung yang paling poten. PPI juga memiliki aktivitas anti *Helicobacter pylori* dan dapat menurunkan jumlah *H. pylori*. Setelah diserap di dalam usus kemudian masuk ke sirkulasi sistemik, PPI akan memasuki kompartemen kanalikuli sekretoar sel parietal dan mengalami aktivasi menjadi tetrasiklik sulfonamida. Bentuk aktif ini secara irreversibel bersama sulfhidril enzim HKATPase (*proton pump*) akan saling berikatan pada membran apikal sel parietal. Ikatan ini selain menghalangi kerja enzim juga akan menanggihkan produksi dari asam lambung sekitar 80-95%. Bioavailabilitas PPI akan turun sampai 50% yang disebabkan oleh makanan. Oleh karena itu, PPI lebih baik dikonsumsi ketika lambung kosong atau sekitar 30 menit – 1 jam sebelum makan (10–13).

Selain PPI, pasien juga diberikan antasida yang bekerja dengan cara membuat pH intragastrik meningkat dengan cara mengubah asam lambung menjadi garam dan air sehingga menetralisasi kadar asam di lambung dan mencegah terjadinya korosi pada mukosa lambung oleh asam lambung. Pasien juga diberikan obat Domperidone yang termasuk golongan obat prokinetik yang merupakan antagonis dopamine D2 yang bekerja dengan cara mempercepat pengosongan lambung dan menurunkan keluhan mual dan muntah. Dosis awal yang diberikan adalah 3x10 mg dan dapat ditingkatkan hingga 3x20 mg (14).

Pada pasien Tn.N dilakukan pembinaan pada dengan melakukan intervensi pada pasien sebanyak tiga pertemuan. Pertemuan pertama yaitu identifikasi masalah awal, pertemuan kedua yaitu melakukan intervensi, dan pertemuan ketiga yaitu melakukan evaluasi. Pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2024 dan dilakukan perkenalan dan pendekatan dan

kepada pasien serta menerangkan tujuan dan maksud dilakukan pertemuan. Selain itu dilakukan juga anamnesis holistik, yaitu mengenai masalah kesehatan maupun aspek psiko-sosial, ekonomi pasien beserta keluarganya. Dari hasil pertemuan tersebut, sesuai dengan konsep *Mandala of Health*, dimana perilaku kesehatan pasien masih dilakukan secara kuratif daripada preventif serta pengetahuan yang pasien maupun keluarganya mengenai penyakit gastritis yang dialami pasien masih rendah.

Human biology, yaitu pasien merasa bahwa penyakit yang dialaminya tidak terlalu menimbulkan keluhan yang menyebabkan aktivitasnya terganggu dan cenderung menyepikan keluhan yang dirasakan karena pasien menganggap penyakitnya penyakit kambuh-kambuhan yang biasa sehingga hanya ingin berobat ke pelayanan kesehatan ketika sakit saja.

Personal behavior, kebiasaan pasien yang seperti pola makan tidak teratur, jarang sarapan, sering meminum kopi di pagi dan malam hari, jarang berolahraga, gemar konsumsi makan makanan pedas, dan merokok membuat kondisi fisik pasien seperti ini. Namun, akhirnya pasien berobat ke puskesmas setelah merasakan keluhan yang tidak kunjung sembuh dan keluhan membaik setelah berobat, minum obat dari puskesmas, dan mendapat edukasi terkait penyakitnya.

Psycho-socio-economic environment, Dukungan dan peran keluarga akan peningkatan taraf kesehatan pasien juga masih kurang dikarenakan pasien tidak tinggal bersama keluarganya. Dalam hal keuangan keluarga pasien termasuk dalam golongan kelas bawah dimana pasien hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan primer. Hal ini juga merupakan salah satu sumber stres dari pasien yang dapat menyebabkan kekambuhan dari penyakit gastritis.

Hasil wawancara dengan pasien menunjukkan bahwa pasien memiliki pengetahuan yang minim mengenai

penyakitnya. Kemudian pasien diberikan edukasi mengenai penyakit gastritis yang merupakan penyakit yang dapat mengalami kekambuhan sehingga yang berperan dalam pengelolaannya tidak hanya tenaga kesehatan, namun keikutsertaan dan peran pasien dan keluarganya juga berperan penting.

Pertemuan kedua dilakukan pada tanggal 21 Oktober 2024 bertujuan melakukan intervensi pada pasien berupa edukasi dengan media poster terkait penyakit pasien, yaitu Gastritis. Edukasi ialah proses memberi pengaruh terhadap perilaku, mengubah sikap, pengetahuan, serta keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan individu. Proses ini secara praktis diawali dengan memberikan penjelasan serta interpretasi yang terintegrasi sehingga perilaku yang bermanfaat bagi kesehatan dapat terwujud. Dukungan dari keluarga juga sangat berperan penting dalam proses membentuk perilaku yang sehat. Sebelum diberikan edukasi, pada pasien dilakukan *pre-test* mengenai penyakit, faktor risiko serta pencegahan penyakit pasien. Edukasi pada pasien dilakukan dengan tujuan untuk memotivasi pasien beserta keluarganya agar dapat menghindari faktor risiko dan mengubah gaya hidup termasuk pola makan pasien yang belum baik menjadi baik sehingga penyakit pasien dapat teratasi. Selain itu, pasien juga diberikan edukasi tentang faktor risiko yang mungkin ada pada keluarganya, tujuan pengelolaan penyakit, dan komplikasi yang sering terjadi pada penyakit gastritis, serta anjuran agar pasien rutin untuk kontrol ke pelayanan kesehatan terdekat.

Gastritis adalah inflamasi pada mukosa lambung yang dapat bersifat akut maupun kronis dan lokal ataupun difus. Gastritis juga dapat terjadi karena respon mukosa lambung terhadap iritan. Risiko terjadinya gastritis lebih sering diakibatkan oleh karena pola makan yang kurang teratur, faktor psikologis seperti stres dan kecemasan, serta faktor usia. Beberapa

faktor risiko yang sering memicu terjadinya gastritis antara lain yaitu merokok, minum alkohol, kopi, atau keduanya, menjadi tua, dan stres. Pola makan yang tidak tepat dapat memicu terjadinya gastritis. Hal ini dikarenakan diet makanan dan jumlah makanan yang dimakan berkaitan dengan peningkatan asam lambung termasuk jenis makanan yang dimakan. Makanan yang kaya akan lemak jenuh, makanan-makanan pedas dan asam, makanan olahan atau cepat saji, makanan yang mengandung gas atau bersoda merupakan contoh makanan yang dapat menyebabkan peningkatan asam lambung. Selain itu, merokok juga dapat menyebabkan kerusakan sistem pencernaan. Nikotin dalam rokok menyebabkan pembuluh darah di dinding gaster menyempit dan menjadi rusak. Hal tersebut dapat mengiritasi lambung dan menyebabkan lebih banyak produksi asam daripada biasanya. Nikotin juga dapat memperlambat sekresi enzim yang berguna untuk melindungi dinding gaster dari asam lambung. Hal ini kemudian akan menyebabkan terjadinya gastritis hingga ulkus peptikum. Stres juga menyebabkan terjadinya gastritis. Keadaan stres seperti akibat beban kerja yang terlalu banyak, kecemasan, ketakutan, atau keadaan terdesak dapat menyebabkan produksi asam lambung meningkat. Konsumsi obat-obatan anti inflamasi non-steroid juga dapat berisiko menimbulkan gastritis (15). Dengan demikian semua faktor risiko telah dikaitkan pada pasien dan didapatkan bahwa faktor pencetus terjadinya gastritis pada pasien Tn.N yaitu faktor perilaku seperti pola makan yang tidak teratur/tepat, jenis makanan yang sering dikonsumsi yaitu asam dan pedas, merokok, dan stres.

Gastritis memiliki gejala yang tidak khas. Keluhan rasa nyeri seperti terbakar di regio epigastrium abdomen, mual hingga muntah merupakan keluhan umum penderita gastritis. Beberapa faktor utama yang berperan dalam patofisiologi gastritis meliputi infeksi bakteri *Helicobacter pylori* di gaster, hipersensitivitas visceral, dan

faktor psikologis. Faktor tambahan seperti lingkungan, gaya hidup, genetika, pola makan, dan adanya riwayat infeksi saluran cerna juga dapat berperan (15).

Pencegahan gastritis dapat dilakukan dengan menghindari faktor risiko, seperti mengelola stres, kurangi konsumsi makanan pedas dan asam, mengurangi konsumsi alkohol atau kopi berlebihan, dan tidak merokok. Pasien disarankan untuk mengonsumsi makanan tinggi serat seperti buah dan sayuran yang dapat memperlancar proses pencernaan. Makan sering dan dalam porsi kecil, serta minum air putih/air mineral yang cukup untuk menetralkan asam lambung. Kurangi makanan yang banyak mengandung gas, makanan yang terlalu dingin atau panas, gorengan, serta cokelat (15). Setelah perilaku pencegahan gastritis ini diterapkan dalam kehidupan sehari-hari, diharapkan dapat mengurangi gejala dan menyembuhkan pasien.

Setelah intervensi dilakukan, kemudian dilakukan evaluasi pada 24 Oktober 2024. Pasien merasa bahwa keluhannya sudah berkurang. Pasien mengaku sudah mengubah pola makannya dan sudah mulai mencoba melakukan pengelolaan stress dengan berolahraga. Pasien juga meminum obat yang diberikan sesuai anjuran. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, sudah tidak didapatkan nyeri tekan epigastrium. Pengetahuan pasien mengalami peningkatan, dimana saat dilakukan *pre-test* didapatkan skor senilai 40 dan ketika dilakukan evaluasi dengan menggunakan *post-test*, didapatkan hasil yang dengan nilai sebesar 80.

SIMPULAN

Telah dilakukan penatalaksanaan pada pasien secara holistik dan komprehensif pada Tn. N berusia 42 tahun yang memiliki pengetahuan yang kurang tentang gastritis dan gaya hidup yang kurang sehat serta merupakan satu faktor pencetus yang memperberat keluhan

gastritisnya. Tatalaksana dilakukan dengan intervensi yang tidak hanya memandang dalam aspek klinis namun juga terhadap aspek psikososialnya. Setelah dilakukannya intervensi, terdapat perbaikan keluhan serta perubahan perilaku pola hidup pasien dan pengendalian stres menjadi lebih baik.

Daftar Pustaka

1. Silitonga HA. Histopatologis Gastritis. Purbalingga: Eureka Media Aksara; 2022.
2. Feyisa ZT, Woldeamanuel BT. Prevalence and Associated Risk Factors of Gastritis Among Patients Visiting Saint Paul Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *PLOS ONE* [Internet]. 2021; 16(2): 1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246619>
3. Azer SA, Awosika AO, Akhondi H. Gastritis [Internet]. StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544250/>
4. Khandelwal V, Deshmukh S, Aurangabadi K. Epidemiology and Associated Risk Factors of Gastritis in Patients at District General Hospital, Amravati. *International Journal of Health Sciences and Research* [Internet]. 2024; 14(2): 93–100. Available from: <https://doi.org/10.52403/ijhsr.2024.0212>
5. Sari ID, Fitri S, Rahmat W, Putri YA. Pengetahuan Masyarakat Tentang Penyakit Gastritis Di Wilayah Kelurahan Gedong Jakarta Timur. *Jurnal Farmasi IKIFA*. 2024;3(1):137–43.
6. Lepu R, Hinga IAT, Riwu YR. Knowledge Level of Patients Related to Gastritis Chronic Prevention in The Work Area of Mangulewa Public Health Center. *Media Kesehatan Masyarakat* [Internet]. 2022; 4(2): 162–9. Available from: <https://doi.org/10.35508/mkm>
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Praktik Klinis (PPK) Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2023.
8. Sidik AJ. Diagnosis dan Tata Laksana Dispepsia. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2024; 51(3): 140–4.
9. Tussakinah W, Burhan IR. Hubungan Pola Makan dan Tingkat Stres terhadap Kekambuhan Gastritis di Wilayah Kerja Puskesmas Tarok Kota Payakumbuh Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2018; 7(2): 217–25.
10. Makmun D, Syam AF, Miftahusurrur M, Maulahela H, Nursyirwan SA, Parewangi AML, et al., editors. Konsensus Nasional Penatalaksanaan dan Infeksi Helicobacter Pylori di Indonesia (Revisi 2021). Jakarta: PIP Interna; 2022.
11. Katzung BG. Basic & Clinical Pharmacology. 14th ed. New York: Mc Graw Hill Education; 2018.
12. Gunawan SG, Setiabudy R, Nafrialdi N, Instiaty I, editors. Farmakologi dan Terapi. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2019.
13. Brunton LL, Dandan RL, Knollmann BC. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13th ed. New York: McGraw Hill Education; 2019.
14. Salisbury BH, Terrell JM. Antacids [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526049/>
15. Sakina DK, Bangkele EY, Sabir M, Sulistiana R. Gastritis: Laporan Kasus. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*. 2023; 5(2): 117–23.