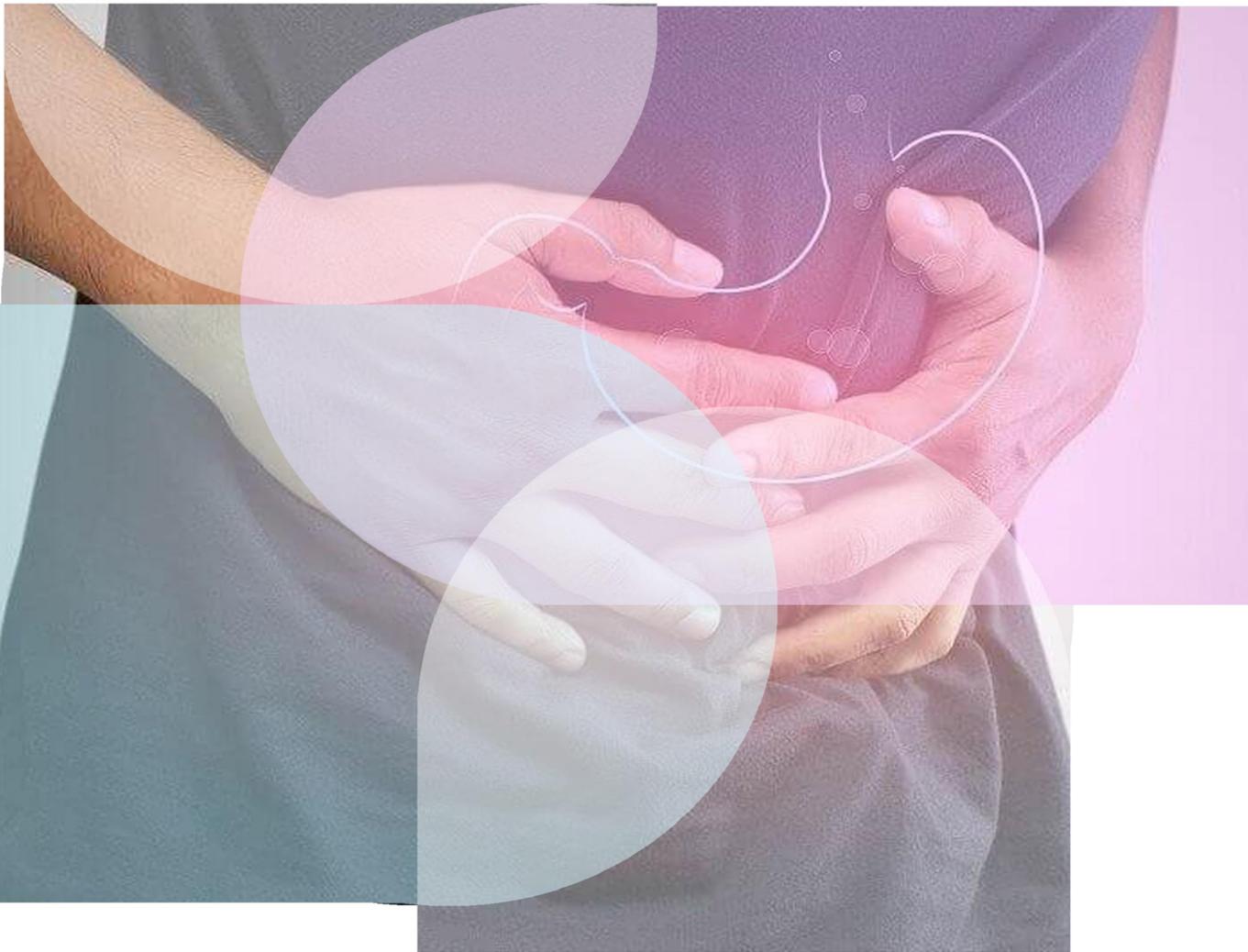




Dispepsia & Gastritis



Modul Penguatan Kompetensi Dokter



KOLEGIUM DOKTER INDONESIA

Jl. Dr. G.S.S.Y Ratulangie No. 29 Jakarta 10350
Telp. (021) 3140816, 3900277, 3150679 Faks. (021) 3140816
Email : kolegiumdokterindonesia@idionline.org

SURAT TUGAS
No. 309/KDI/V/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Prof.Dr.Syarifuddin Wahid, PhD
Jabatan : Ketua Kolegium Dokter Indonesia
NPA IDI : 18453

Menugaskan nama-nama dibawah ini sebagai Panitia Pembuatan Modul Penguatan Kompetensi Dokter di Layanan Kesehatan Primer, yaitu:

Pengarah : Prof.Dr. Syarifuddin Wahid, PhD
Dr. Abraham Andi Padlan Patarai, MKes
Dr. Muhammad Akbar PhD Sp.S (K)

Pelaksana : Dr. Amir Syafruddin, MMed.Ed (Koordinator)
Dr. Dyah A. Waluyo
Dr. Oktarina, MSc
Dr. Fika Ekayanti, M.Med.Ed
Dr. Ardiansyah Bahar
Dr. Hartati B. Bangsa
Dr. Nurhadji Abdullah Kastari

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dapat dilaksanakan sebaik-baiknya.

Jakarta, 13 Mei 2019

Ketua



Prof. Dr. Syarifuddin Wahid, PhD
NPA IDI 18453

DISPEPSIA DAN GASTRITIS

No. ICD-10 : K30 *Functional dyspepsia*
No. ICPC-2 : D.07 *Dyspepsia/Indigestion*
Tingkat Kompetensi : 4A

PENDAHULUAN

Dispepsia merupakan keluhan umum yang sering dijumpai dalam praktik, yaitu perasaan tidak nyaman atau nyeri pada ulu hati kadang disertai mual dan muntah ataupun keluhan lainnya. Berdasarkan kelainan pada mukosa gaster, dispepsia dapat dibagi menjadi dispepsia organik dan dispepsia fungsional.

Gastritis adalah salah satu penyakit yang dapat menyebabkan keluhan dispepsia, yang ditandai dengan peradangan pada mukosa gaster. Pasien gastritis mencari pengobatan karena ada keluhan dispepsia, nyeri ulu hati, mual–muntah ataupun keluhan ketidaknyamanan lainnya.

Prevalensi dispepsia pada pelayanan kesehatan mencakup 30% dari pelayanan dokter umum dan 50% dari pelayanan dokter spesialis gastroenterologi. Sebesar 43-79,5% pasien dispepsia di Asia tanpa bahaya merupakan dispepsia fungsional. Berdasarkan hasil penelitian di negara Asia (Cina, HongKong, Indonesia, Korea, Malaysia, Singapura, Taiwan, Thailand dan Vietnam) didapatkan pasien dengan dispepsia adalah dispepsia fungsional. Sedangkan berdasarkan hasil endoskopi pada 550 pasien dispepsia di beberapa pusat pelayanan kesehatan Indonesia pada rentang waktu Januari 2003 hingga April 2004 menunjukkan bahwa 44,7% terdapat kelainan minimal gastritis dan duodenitis, 6,5% kasus dengan ulkus gaster dan normal pada 8,2% kasus. Prevalensi infeksi *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) pada pasien dispepsia yang menjalani pemeriksaan endoskopi di berbagai rumah sakit pendidikan kedokteran di Indonesia tahun 2003-2004 ditemukan sebesar 10.2%.

TUJUAN PEMBELAJARAN

TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM (TIU)

Setelah menyelesaikan modul ini, maka dokter mampu menguatkan kompetensinya pada penyakit Dispepsia dan Gastritis.

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS (TIK)

Setelah menyelesaikan modul ini, maka dokter mampu:

1. Menganalisis data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis masalah kesehatan pasien.

2. Mengembangkan strategi untuk menghentikan sumber penyakit, patogenesis dan patofisiologi, akibat yang ditimbulkan serta risiko spesifik secara selektif.
3. Menentukan penanganan penyakit baik klinik, epidemiologis, farmakologis, diet, olah raga atau perubahan perilaku secara rasional dan ilmiah.
4. Memilih dan menerapkan strategi pengelolaan yang paling tepat berdasarkan prinsip kendali mutu, kendali biaya, manfaat dan keadaan pasien serta sesuai pilihan pasien.
5. Mengidentifikasi dan menerapkan pencegahan penyakit dengan melibatkan pasien, anggota keluarga dan masyarakat untuk mencegah kekambuhan.

DEFINISI

Dispepsia adalah suatu kumpulan satu atau lebih gejala yang berhubungan dengan gangguan di gastroduodenal berupa nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh atau tidak nyaman setelah makan, kembung pada abdomen bagian atas atau rasa cepat kenyang.

Pembagian dispepsia didasarkan ada tidaknya kerusakan jaringan. Jika terdapat kerusakan jaringan disebut dispepsia organik, jika tidak terdapat kerusakan jaringan disebut dispepsia fungsional. Pada dispepsia fungsional gejala berlangsung sekurang-kurangnya tiga bulan dengan awitan gejala enam bulan sebelum diagnosis ditegakkan, hal ini dapat terjadi akibat faktor psikologis atau akibat intoleransi terhadap makanan tertentu. Pada dispepsia organik terdapat peradangan pada mukosa dan submukosa lambung sebagai upaya pertahanan apabila terdapat akumulasi mikroorganisme ataupun bahan iritan lainnya. Peradangan dapat terjadi secara akut maupun kronis dan tersebar difus maupun lokal. Hasil pemeriksaan esofagogastroduodenoskopi yang terdapat di sebuah rumah sakit di Jakarta, pada 591 kasus dispepsia ditemukan adanya lesi pada esophagus, gastritis, gaster, duodenum dan lain-lain.

ETIOLOGI

Saat ini *H.pylori* merupakan agen yang memiliki peran penting dalam tatalaksana dispepsia, baik organik maupun fungsional. Hubungan antara infeksi *H.pylori* dengan penyakit gastroduodenal yang bermanifestasi dispepsia banyak didukung oleh hasil studi meta-analisis. Selain *H.pylori*, faktor utama lain yang dapat menyebabkan peradangan adalah gangguan motilitas gastroduodenal, asam lambung, obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS), hipersensitivitas viseral dan faktor psikologis. Faktor-faktor lainnya yang dapat berperan adalah genetik, gaya hidup, lingkungan, diet, psikososial dan riwayat infeksi gastrointestinal sebelumnya.

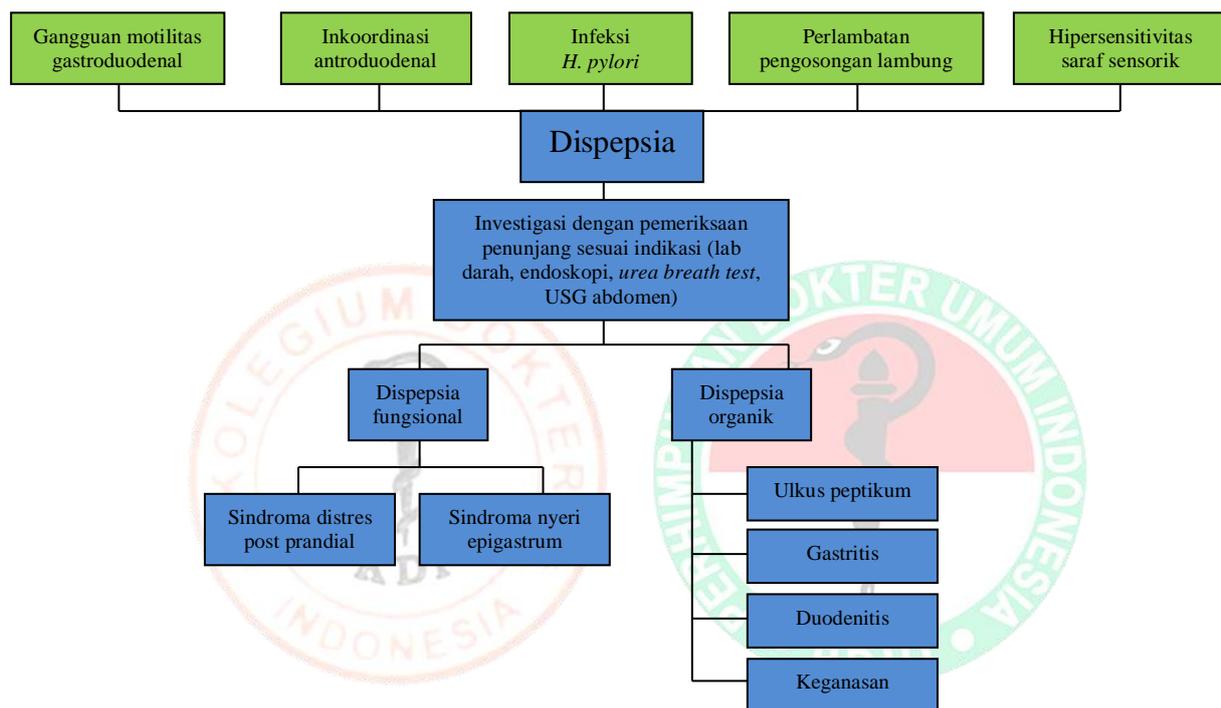
Kasus dengan dispepsia fungsional diduga adanya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam yang menimbulkan rasa tidak enak di perut. Peningkatan sensitivitas mukosa lambung dapat terjadi akibat pola makan yang tidak teratur yang akan membuat lambung sulit untuk beradaptasi dalam pengeluaran sekresi asam lambung yang pekat.

Gangguan motilitas gastroduodenal terjadi akibat perlambatan pengosongan lambung, adanya hipomotilitas antrum, gangguan akomodasi lambung saat makan. Dalam keadaan normal, waktu makanan masuk lambung terjadi relaksasi fundus dan korpus gaster tanpa meningkatkan tekanan dalam lambung. Akomodasi lambung ini dimediasi oleh serotonin dan

nitric oxide melalui saraf vagus dari sistem saraf enterik. Namun pada penderita dispepsia terjadi penurunan kemampuan relaksasi fundus.

Berdasarkan studi epidemiologi menduga bahwa ada hubungan antara dispepsia fungsional dengan gangguan psikologis. Adanya stres akut dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat akibat adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului mual setelah stimulus stres sentral, tetapi korelasi antara faktor psikologik stres kehidupan, fungsi otonom dan motilitas masih kontroversial.

PETA KONSEP



FAKTOR RISIKO

1. Pola makan yang tidak teratur , jenis makanan pedas, dan porsi makan yang besar
2. Sering minum kopi dan teh
3. Infeksi bakteri atau parasit
4. Penggunaan obat analgetik, steroid dan antikoagulan
5. Usia 20-40 tahun, sering juga pada usia lanjut
6. Alkoholisme
7. Stres
8. Pasien kritis
9. Penyakit lainnya, seperti: penyakit refluks empedu, penyakit autoimun, HIV/AIDS, *Crohn's disease*

PENEGAKAN DIAGNOSIS

ANAMNESIS

Berdasarkan anamnesis, pasien umumnya mengeluhkan karena rasa nyeri dan panas seperti terbakar pada perut bagian atas, mual, muntah, kembung dan selera makan berkurang.

Riwayat sering telat makan, kebiasaan mengkonsumsi makanan pedas, asam dan minuman iritatif (kopi, teh, alkohol dan minuman berkarbonasi).

PEMERIKSAAN FISIK

Pada pemeriksaan fisik didapatkan:

1. Pada pasien dengan gastritis kronis, konjungtiva tampak anemis
2. Nyeri dan panas seperti terbakar pada epigastrium
3. Bila terjadi proses inflamasi berat dapat ditemukan pendarahan saluran cerna berupa hematemesis dan melena

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama

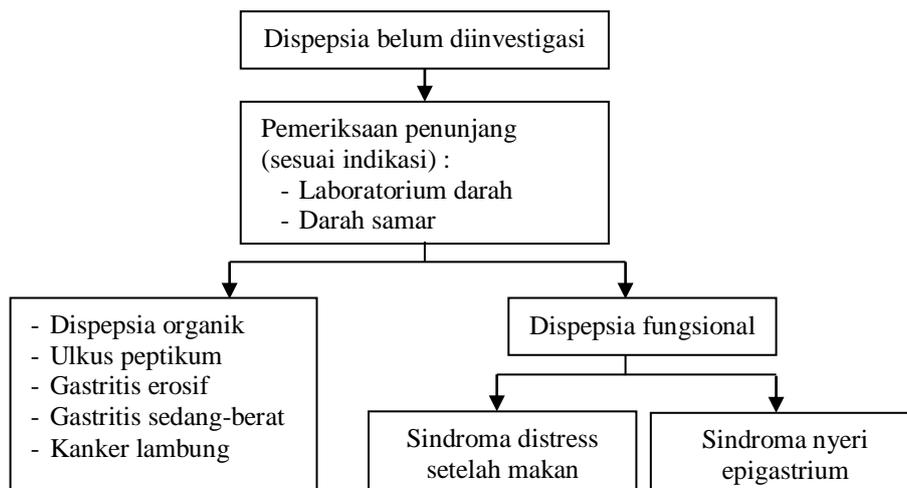
- a. Pemeriksaan darah lengkap: dapat terjadi anemia, penurunan MCV
- b. Pemeriksaan feses: darah samar untuk mengetahui perdarahan saluran cerna

Pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut

1. Pemeriksaan *H.pylori* (*Urea breath test*)
2. Pemeriksaan USG dan Endoskopi.

DIAGNOSIS KLINIS

Diagnosis ditujukan untuk membedakan antara dispepsia fungsional dan organik. Investigasi dilakukan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.



DIAGNOSIS BANDING

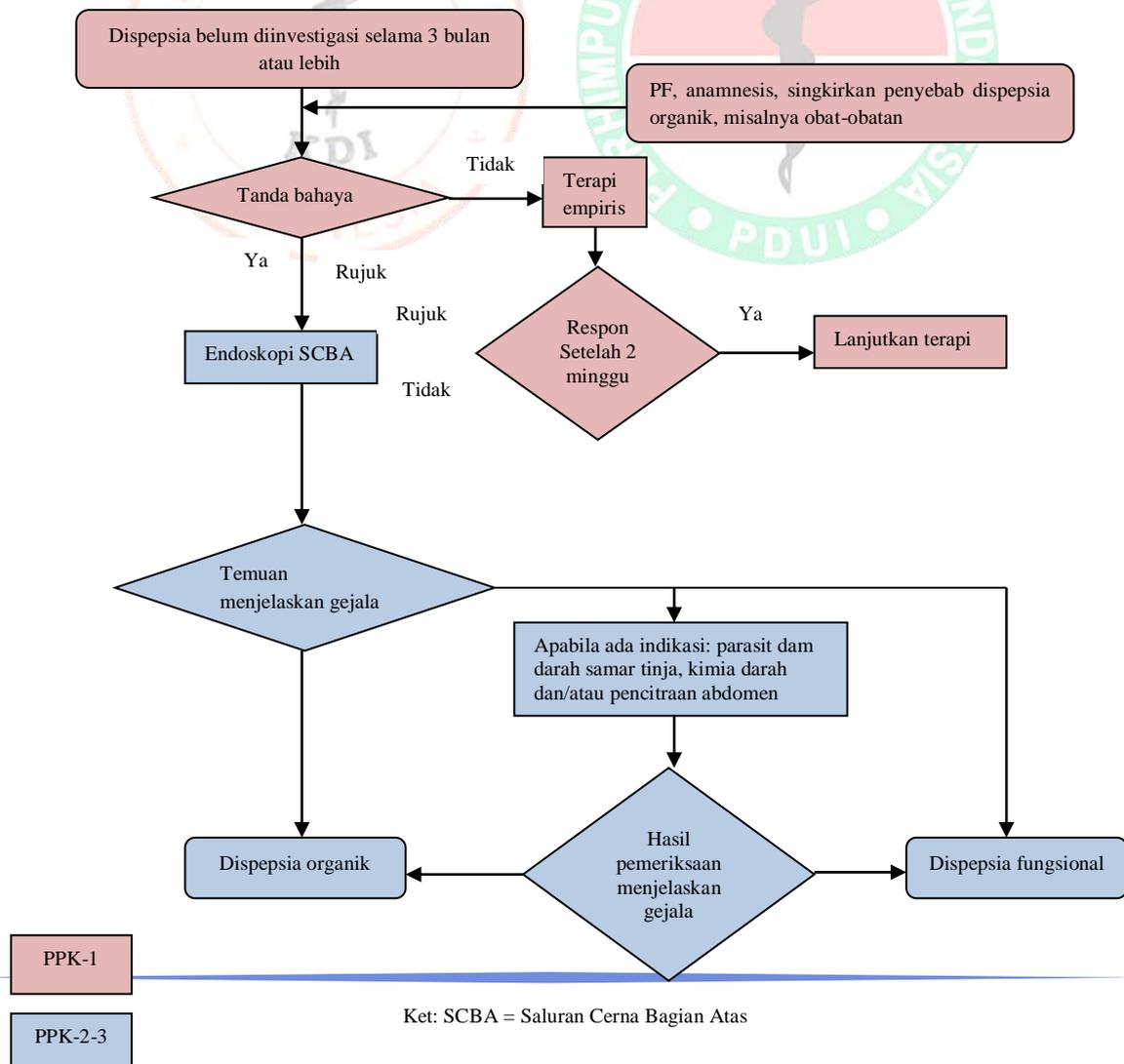
1. *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD)
2. Ulkuspeptikum
3. Kolesistitis
4. Kolelitiasis
5. *Crohn's disease*
6. Kanker lambung

SARANA DAN PRASARANA

Tidak ada , dan pemeriksaan *urea breath test* , USG dan Endoskopi dilakukan oleh dokter spesialis.

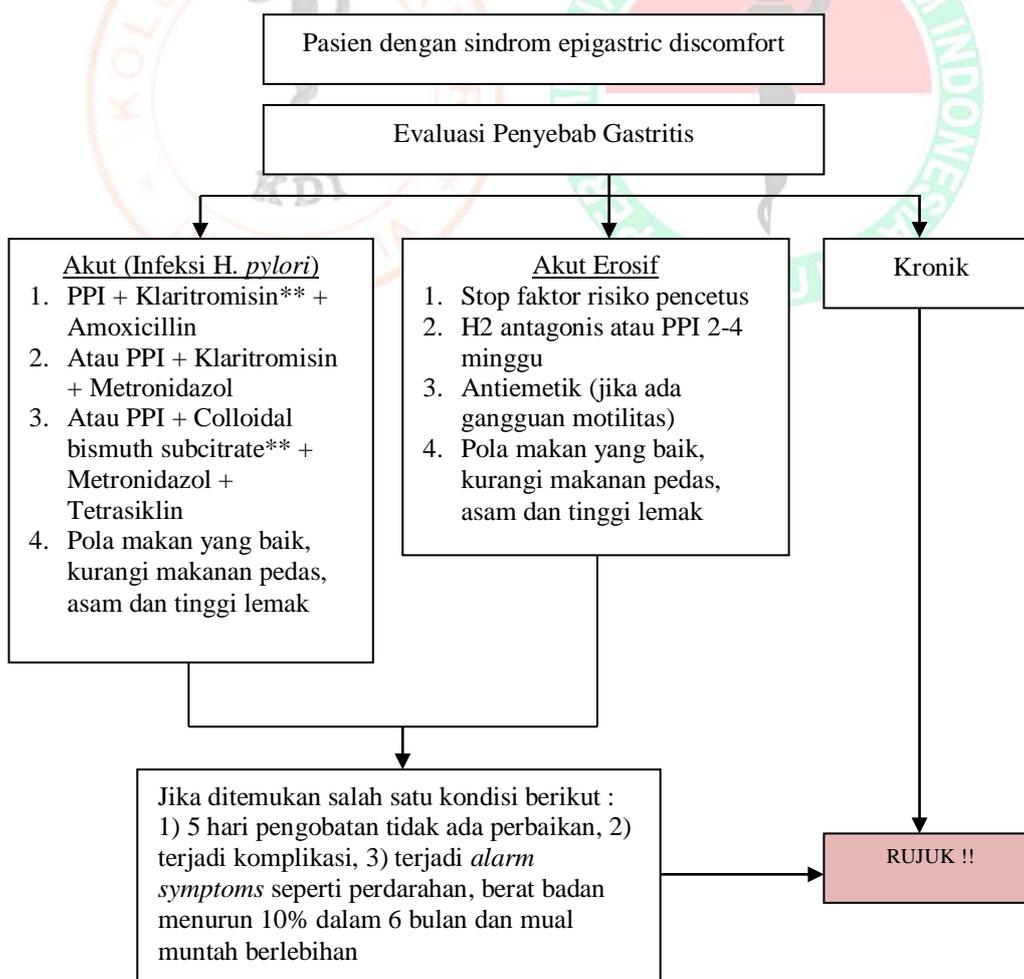
PENATALAKSANAAN KOMPREHENSIF

1. Dispepsia belum diinvestigasi dan tanpa tanda bahaya
 - a. Ditatalaksana dengan terapi empiris selama 1-4 minggu
 - b. Obat yang digunakan dapat berupa antasida, *Proton Pump Inhibitor* (PPI), prokinetik dan sitoprotektor
 - c. Dilakukan pemeriksaan adanya *H.pylori*



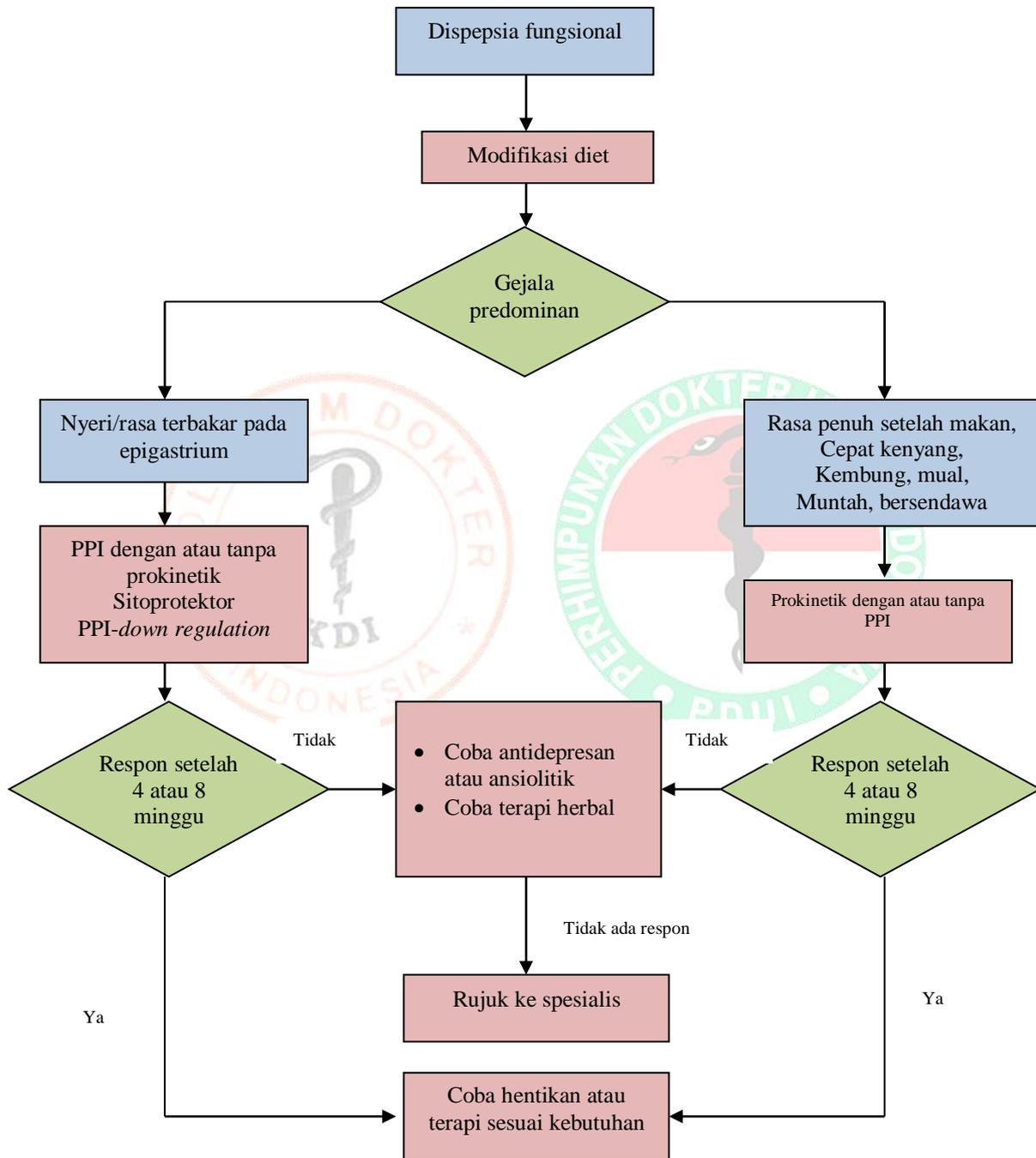
2. Tanda bahaya:
 - a. Penurunan berat badan (*unintended*)
 - b. Disfagia progresif
 - c. Muntah rekuren/persisten
 - d. Perdarahan saluran cerna
 - e. Anemia
 - f. Demam
 - g. Massa daerah abdomen bagian atas
 - h. Riwayat keluarga kanker lambung
3. Dispepsia awitan baru pada pasien >45 tahun
4. Dispepsia organik (penanganan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut):
 - a. Bila hasil endoskopi ditemukan lesi mukosa, pengobatan dilakukan sesuai kelainan yang ditemukan
 - b. Ulkus peptikum (ulkus gaster dan/atau ulkus duodenum) diberikan kombinasi PPI dengan mukoprotektor
 - c. Gastritis diberikan pilihan H2 Blocker, PPI atau antasida

Algoritme Tatalaksana Gastritis

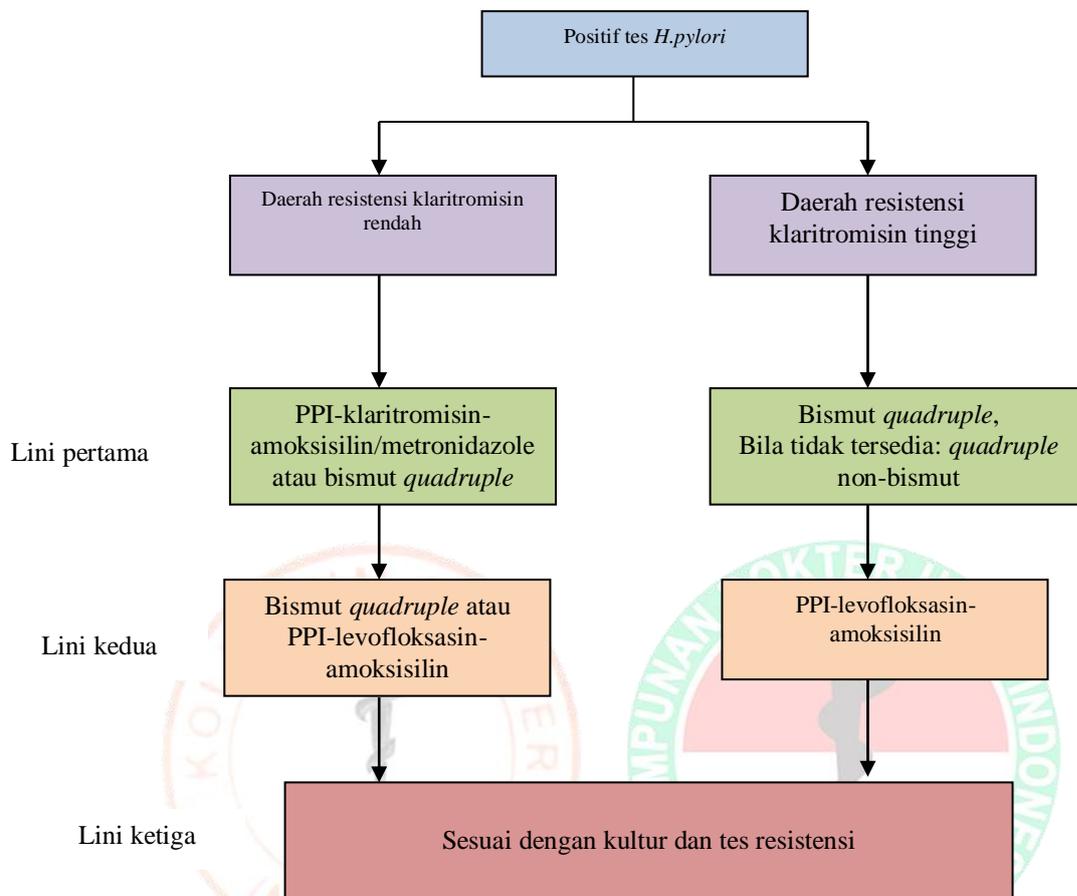


Dispepsia fungsional

3. Untuk meningkatkan efektifitas pengobatan, dianjurkan untuk kombinasi obat, yaitu antara PPI dengan antasida atau H2 antagonis dengan antasida, sedangkan jika ada keluhan mual atau kembung dapat diberikan metoklopramid atau domperidon.



Tatalaksana eradikasi infeksi *H.pylori*



TERAPI FARMAKOLOGIS

Obat-obatan yang digunakan untuk menurunkan gejala dispepsia dan gastritis tanpa tanda bahaya. Berikut ini jenis obat PPI dan H2 antagonis:

Sub Kelas Terapi>Nama Kelas Generik/Sediaan/Kekuatan dan Terapi Restriksi Penggunaan	Dosis	Keterangan
Proton Pump Inhibitor		
Omeprazole	20 mg per oral, maksimum 40 mg/hari ; 1-2 kali sehari	Diberikan antara 7-14 hari; sebelum makan
H2 Antagonis		
Cimetidin	400 mg per oral, maksimum 800 mg ; 2 kali sehari	Diberikan 4-6 minggu; sesudah makan
Ranitidin	300 mg per oral maksimum 600 mg ; 2 kali sehari 50 – 200 mg per IV ; 3-4 kali sehari	Diberikan 4-8 minggu; sebelum/sesudah makan

Regimen untuk eradikasi *H.pylori*

Obat	Dosis	Durasi
Lini Pertama :		
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Amoksisilin	1000 mg (2x1)	
Klaritromisin	500 mg (2x1)	
Di daerah yang diketahui resistensi klaritromisin >20% :		
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Bismut subsalisilat	2x2 tablet	
Metronidazole	500 mg (3x1)	
Tetrasiklin	250 mg (4x1)	
Jika Bismut tidak ada :		
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Amoksisilin	1000 mg (2x1)	
Klaritromisin	500 mg (2x1)	
Metronidazole	500 mg (3x1)	
Lini Kedua : Golongan obat ini dipakai bila gagal dengan rejimen yang mengandung klaritromisin		
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Bismut subsalisilat	2x2 tablet	
Metronidazole	500 mg (3x1)	
Tetrasiklin	250 mg (4x1)	
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Amoksisilin	1000 mg (2x1)	
Levofloksasin	500 mg (2x1)	
Lini Ketiga : Jika gagal dengan rejimen lini kedua. Bila memungkinkan, pilihan ditentukan berdasarkan uji resistensi dan/atau perubahan klinis.		
PPI*	2x1	7 – 14 hari
Amoksisilin	1000 mg (2x1)	
Levofloksasin	500 mg (2x1)	
Rifabutin		

KONSELING DAN EDUKASI

Edukasi perlu dilakukan kepada pasien mengenai:

1. Menghindari faktor pencetus, komplikasi dan penyulit lain seperti keteraturan waktu makan, jumlah makanan (dianjurkan porsi kecil tetapi sering).
2. Sangat dianjurkan menghindari makanan yang dapat memicu kenaikan asam lambung, seperti asam, pedas dan bahan yang mengandung kafein dan bahan-bahan lain yang mengandung soda atau makanan yang prosesnya menghasilkan gas (durian, nangka dan kol).
3. Cara menghindari pemicu terjadinya keluhan, yaitu makan tepat waktu, makan sering dengan porsi kecil dan hindari dari makanan yang meningkatkan asam lambung atau perut kembung seperti kopi, teh, makanan pedas dan kol.
4. Kenali tanda bahaya yang perlu diwaspadai
5. Hindari stres

MONITORING PENGOBATAN

Pemeriksaan ulang untuk memantau pengobatan perlu dilakukan setelah 2-4 minggu pemberian terapi. Pemantauan dilakukan melalui penilaian atas keluhan dan pemeriksaan fisik.

KRITERIA RUJUKAN

1. Bila 5 hari pengobatan belum ada perbaikan
2. Terjadi komplikasi
3. Terdapat tanda bahaya

KOMPLIKASI

1. Perdarahan saluran cerna bagian atas
2. Ulkus peptikum
3. Perforasi lambung
4. Anemia
5. Ca Lambung
6. Defisiensi vitamin B12
7. Anemia

PROGNOSIS

Prognosis sangat tergantung pada kondisi pasien saat datang, komplikasi dan pengobatannya. Umumnya prognosis gastritis adalah *bonam*, namun dapat terjadi berulang bila pola hidup tidak berubah.

PENCEGAHAN

Pencegahan primer dilakukan dengan cara pola makan yang baik, mengurangi makanan yang dapat memicu timbulnya keluhan seperti pedas, asam, tinggi lemak dan mengandung soda. Selain itu, penggunaan NSAID, kortikosteroid dan antikoagulan digunakan secara rasional dan bijak karena penggunaan obat tersebut merupakan salah satu etiologi utama.

Skrining *H.pylori* perlu dilakukan karena dapat muncul tanpa disertai gejala dan untuk mengurangi risiko kanker lambung.

Pencegahan sekunder dilakukan terutama pada orang-orang yang berisiko tinggi seperti pasien kritis, riwayat ulkus atau perdarahan saluran cerna, usia tua, penggunaan NSAID dosis tinggi, sedang menggunakan kortikosteroid atau antikoagulan dengan cara pemberian obat H2 antagonis atau PPI.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. (2015). *Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer edisi 1*.

2. Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia Kelompok Studi Helicobacter Pylori Indonesia. (2014). *Konsensus nasional Penatalaksanaan dispepsia dan infeksi Helicobacter pylori*.
3. Djojodiningrat, D. (2014). Pendekatan klinis penyakit gastrointestinal. In: Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A. W., Simadibrata, M., Setyohadi, B. editors: buku ajar ilmu penyakit dalam jilid II. (6th ed). Jakarta : Pusat Dapertemen Ilmu Penyakit dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
4. BPJS Kesehatan. (2016). Panduan tatalaksana 20 kasus non spesialisik di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

