

Perempuan Usia 24 tahun dengan GERD : Laporan Kasus

Muhammad Ihsan Fariqy¹, Tutik Ernawati²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) merupakan penyakit akibat refluks isi lambung ke esofagus yang dipengaruhi oleh faktor biologis, perilaku, psikologis, dan sosial sehingga memerlukan pendekatan kedokteran keluarga yang komprehensif. Dilaporkan seorang perempuan berusia 24 tahun datang ke Puskesmas Kalirejo dengan keluhan nyeri ulu hati yang memberat sejak dua hari disertai rasa begah, heartburn, mual, dan muntah. Pasien memiliki riwayat keluhan serupa selama dua tahun dengan faktor risiko berupa pola makan tidak teratur, sering mengonsumsi makanan pedas, jarang sarapan, obesitas, serta stres akibat kondisi ekonomi keluarga. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan skor GERD-Q sebesar 11. Penatalaksanaan dilakukan secara holistik melalui terapi farmakologis berupa omeprazole, antasida, dan domperidon, serta intervensi nonfarmakologis dengan pendekatan *patient-centered*, *family-focused*, dan *community-oriented* melalui edukasi, modifikasi pola makan, pengelolaan stres, dan pelibatan keluarga. Evaluasi setelah tiga kali kunjungan menunjukkan perbaikan gejala klinis, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga, meningkatnya kepatuhan terhadap terapi, serta perubahan perilaku berupa pola makan lebih teratur, berkurangnya konsumsi makanan pemicu, dan meningkatnya dukungan keluarga. Pendekatan kedokteran keluarga berperan dalam mengendalikan faktor risiko, meningkatkan kualitas hidup, dan mencegah kekambuhan GERD.

Kata kunci: Gastroesophageal reflux disease, kedokteran keluarga, pendekatan holistik

24-Year-Old Woman With GERD: Case Report

Abstract

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a disorder caused by the reflux of gastric contents into the esophagus and is influenced by biological, behavioral, psychological, and social factors, requiring a comprehensive family medicine approach. We report the case of a 24-year-old woman who presented to Kalirejo Primary Health Center with worsening epigastric pain for two days, accompanied by abdominal fullness, heartburn, nausea, and vomiting. She had experienced similar symptoms for the previous two years, with risk factors including irregular eating habits, frequent consumption of spicy foods, skipping breakfast, overweight, and psychological stress related to family financial problems. The diagnosis was established based on history taking, physical examination, and a GERD-Q score of 11. Management consisted of pharmacological therapy with omeprazole, antacids, and domperidone, combined with non-pharmacological interventions using a patient-centered, family-focused, and community-oriented approach through health education, dietary modification, stress management, and active family involvement. Follow-up after three home visits demonstrated clinical improvement, increased patient and family knowledge (pre-test score 50 to post-test score 80), better treatment adherence, and positive behavioral changes, including regular meal patterns, reduced consumption of trigger foods, and stronger family support. A comprehensive family medicine approach plays an important role in controlling risk factors, improving quality of life, and preventing GERD recurrence.

Keywords: Family medicine, gastroesophageal reflux disease, holistic approach

Korespondensi: Muhammad Ihsan Fariqy, alamat Banding Agung, Talang padang, Tanggamus, Lampung, HP 085279817654, e-mail muhammadihsanfariqy@gmail.com

Pendahuluan

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) merupakan penyakit yang terjadi akibat refluks asam lambung ke esofagus, yang menimbulkan berbagai gejala. Gejala dari GERD yang timbul pada penderitanya yaitu *heart burn*, nyeri pada regio epigastrium, disfagia, regurgitasi asam, nyeri dada, suara serak, dan batuk karena aspirasi. *Gastroesophageal Reflux Disease* bisa dibagi

menjadi tipe erosif dan non-erosif.¹ Faktor risiko GERD meliputi usia di atas 50 tahun, indeks massa tubuh diatas 30 kg/m², merokok dan konsumsi alkohol, faktor pola makan seperti makanan berlemak, pedas, dan asam, serta penurunan aktivitas fisik.² Selain itu dalam suatu studi *cross-sectional*, peningkatan stres berkorelasi positif dengan prevalensi gejala GERD.³ Diagnosis biasanya

ditegaskan berdasarkan gejala klinis, dan pengobatan melibatkan perubahan gaya hidup, diet, penggunaan obat-obatan, meninggikan kepala saat tidur, berhenti merokok dan berhenti konsumsi alkohol, tetap tegak selama dan setelah makan, penghentian makanan yang berpotensi memperburuk gejala refluks seperti kopi, makanan pedas, asam, dan makanan dengan kandungan lemak tinggi.⁴

Prevalensi GERD di Asia dianggap lebih rendah daripada di negara-negara Barat. Di Amerika Serikat, sekitar 7% dari populasi mengalami gejala *heartburn*, dengan perkiraan sekitar 20%-40% menderita GERD. Namun, penelitian baru menunjukkan adanya peningkatan prevalensi GERD di beberapa negara Asia. Di Iran, prevalensi GERD dilaporkan berkisar antara 6,3%-18,3%, sementara di Palestina angkanya mencapai 24%, dan di Jepang serta Taiwan sekitar 13%-15%. Di Asia Timur, prevalensi GERD berkisar antara 2%-8%.⁵ Di dunia, insiden GERD sekitar 1,8-2,1 juta dari jumlah penduduk setiap tahun. Angka kejadian GERD di Indonesia tinggi dengan 9,35 % kasus.⁶

Meningkatnya prevalensi GERD menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, karena dapat menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani. *Gastroesophageal Reflux Disease* dapat menyebabkan komplikasi seperti esofagitis, striktur esofagus, dan esofagus *barrett*, sehingga meningkatkan risiko kanker esofagus.⁷

Penatalaksanaan pasien dengan kasus GERD yang dapat dilakukan oleh dokter meliputi tatalaksana nonfarmakologis, pemberian obat farmakologis, endoskopi dan pembedahan.⁸ Pada dasarnya ada lima target yang harus dicapai dan harus selalu menjadi perhatian saat kita merencanakan, mengubah dan menghentikan terapi untuk pasien GERD. Lima sasaran tersebut meliputi menghilangkan gejala atau keluhan, memulihkan lesi esofagus, mencegah penyakit berulang, meningkatkan kualitas hidup dan mencegah berkembangnya komplikasi.⁶

Memahami faktor risiko adalah langkah awal yang penting dalam pencegahan dan

pengelolaan GERD. Gaya hidup, kebiasaan makan, manajemen stres, dan faktor genetik merupakan faktor-faktor yang dapat memengaruhi risiko terjadinya GERD, sehingga individu perlu mengambil langkah-langkah proaktif untuk mengurangnya.⁹ Deteksi dini dan pengelolaan GERD yang efektif memerlukan pendekatan holistik yang memandang individu secara menyeluruh. Dalam pendekatan ini, gaya hidup, pola pikir, manajemen stres, dan kesejahteraan sosial dipahami sebagai faktor-faktor yang saling terkait dan dapat memengaruhi perkembangan penyakit. Dengan menerapkan pendekatan holistik, individu diharapkan mampu menghadapi GERD dengan lebih baik, menjaga keseimbangan fisik dan mental, serta mencapai kualitas hidup yang optimal.¹⁰

Kasus

Pasien Ny. M usia 24 tahun datang ke Puskesmas Kalirejo pada tanggal 24 Juli 2025 dengan keluhan utama nyeri ulu hati memberat sejak dua 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 satu kali. Setelah muntah pasien merasakan rasa pahit pada lidahnya.

Pasien mengaku telah mengalami keluhan serupa sejak dua tahun lalu, berupa nyeri ulu hati hilang-timbul, kembung, mual, dan rasa tidak nyaman setelah makan. Keluhan pertama kali muncul setelah mengonsumsi mie ayam pedas dan seblak dalam keadaan perut kosong. Saat itu pasien tidak berobat ke puskesmas dan mengatasi keluhannya dengan membeli promaag sendiri di warung. Keluhan saat ini semakin memberat dan dipicu oleh kekhawatiran pasien terhadap kondisi ekonomi keluarga.

Pasien terkadang hanya makan satu kali sehari, sangat jarang sarapan, dan sering mengonsumsi makanan pedas. Pasien mengaku jarang minum kopi atau teh, tidak

merokok, dan tidak pernah mengonsumsi alkohol. Tidak terdapat riwayat penyakit diabetes melitus maupun hipertensi dalam keluarga. Pekerjaan pasien sehari-hari sebagai pedagang sayuran, aktivitas ringan-sedang, tanpa kebiasaan olahraga teratur. Saat ini pasien tinggal bersama suami (Tn. O, 25 tahun) di rumah orang tua (Tn. J, 61 tahun dan Ny. M, 60 tahun), membentuk *extended family*. Pendapatan keluarga berkisar Rp2.000.000–Rp3.000.000 per bulan dari hasil pekerjaan pasien dan suami.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 117/71 mmHg, frekuensi nadi 82 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 36,9°C, SpO₂ 100%, berat badan 70 kg, tinggi badan 156 cm, dan IMT 28,7 kg/m² (*overweight*). Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan nyeri tekan pada regio epigastrium, tanpa massa maupun pembesaran hepar dan lien. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan di puskesmas.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien didiagnosis dengan GERD (ICD-X: K21.9; ICD-2: D84.0). Diagnosis didukung oleh skor GERD-Q sebesar 11, yang mengindikasikan adanya GERD. Faktor risiko internal meliputi pengetahuan yang kurang mengenai penyakit, pola makan tidak teratur, jarang sarapan, sering mengonsumsi makanan pedas, pola berobat yang bersifat kuratif, serta kurangnya pengelolaan stres. Faktor risiko eksternal mencakup rendahnya pengetahuan keluarga mengenai GERD, pola berobat keluarga yang masih kuratif, dan kondisi psikososial berupa tekanan ekonomi yang memicu stres.

Tatalaksana medikamentosa yang diberikan meliputi antasida 3×200 mg sebelum makan selama lima hari, omeprazole kapsul 1×20 mg sebelum makan selama lima hari sebagai *Proton Pump Inhibitor* (PPI), serta domperidon 3×10 mg sebelum makan selama lima hari sebagai prokinetik.

Tatalaksana non-medikamentosa berfokus pada tiga domain. Pertama, *patient-centered* dengan mengedukasi pasien

mengenai penyebab, faktor risiko, gejala, cara pencegahan, dan pentingnya modifikasi pola makan; anjuran makan tiga kali sehari dengan porsi yang tidak berlebihan, menghindari makanan pedas, asam, dan asin, tidak mengonsumsi kopi atau teh dalam keadaan lambung kosong, edukasi pengelolaan stres, serta motivasi untuk mematuhi pengobatan secara penuh dan kontrol rutin ke puskesmas tiap dua minggu. Kedua, *family-focused* dengan mengedukasi keluarga mengenai penyakit GERD, faktor risiko, dan komplikasinya; melibatkan keluarga dalam pengawasan pola makan pasien; serta mendorong komunikasi terbuka (*sharing*) sebagai strategi pengelolaan stres. Ketiga, *community-oriented* melalui saran kepada puskesmas untuk menyelenggarakan promosi kesehatan mengenai GERD kepada masyarakat, terutama kelompok dengan faktor risiko tinggi.

Kunjungan rumah dilakukan sebanyak tiga kali. Kunjungan pertama (28 Juli 2025) untuk anamnesis holistik, pengisian data keluarga, dan pemeriksaan fisik. Kunjungan kedua (31 Juli 2025) untuk intervensi edukasi menggunakan media poster, disertai *family conference* yang dihadiri orang tua dan suami pasien. Kunjungan ketiga (4 Agustus 2025) untuk evaluasi klinis dan perilaku pasien.

Pembahasan

Studi kasus dilakukan pada Ny. M berusia 24 tahun dengan GERD yang dikaji dengan memandang pasien secara menyeluruh mencakup biopsikosial. 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 24 Juli 2025 di poli umum Puskesmas Kalirejo dilakukan kegiatan berupa perkenalan 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 yang memberat sejak dua hari sebelum berobat, disertai rasa begah, heartburn, mual, dan muntah. Muntah terjadi satu kali setelah makan, tidak menyembur, berwarna kuning kehijauan, berisi sisa makanan, dan diikuti rasa pahit di lidah.

Keluhan serupa telah dialami sejak dua tahun terakhir dengan pola hilang timbul berupa nyeri ulu hati, perut kembung, mual, muntah, dan rasa tidak nyaman setelah makan. Keluhan pertama kali muncul setelah mengonsumsi makanan pedas saat perut kosong. Pasien sebelumnya tidak berobat ke Puskesmas karena keluhan dianggap ringan dan biasanya membaik setelah mengonsumsi Promaag yang dibeli sendiri. Kekambuhan saat ini dipicu oleh stres akibat kekhawatiran terhadap kondisi ekonomi keluarga. Pasien menyangkal adanya kekerasan dalam rumah tangga dan memiliki hubungan yang baik dengan tetangga.

Pasien memiliki pola makan yang kurang baik, sering hanya makan satu kali sehari dan jarang sarapan. Menu sehari-hari terdiri atas nasi, sayur, serta lauk berupa telur, ayam, tahu, dan tempe, dengan konsumsi tahu dan tempe lebih sering. Tidak terdapat riwayat diabetes melitus maupun hipertensi dalam keluarga.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 117/71 mmHg, suhu 36,9C, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 20x/menit, SpO2 100%, berat badan 70 kg, tinggi badan 156 cm, IMT 28,7 kg/m². 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 gambaran klinis yang sesuai dengan *gastroesophageal reflux disease* (GERD), yaitu gangguan akibat refluks isi lambung ke esofagus yang disebabkan oleh inkompetensi *lower esophageal sphincter* (LES). Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala khas dan skor GERD-Q sebesar 11 yang mendukung diagnosis GERD. Pemeriksaan endoskopi saluran cerna bagian atas merupakan baku emas untuk menegakkan GERD erosif dan terutama diindikasikan pada pasien dengan gejala alarm, faktor risiko keganasan, atau yang tidak memberikan respons terhadap terapi empiris proton pump inhibitor (PPI).^{1,4}

Faktor risiko utama yang ditemukan pada pasien adalah pola makan yang tidak teratur, kebiasaan mengonsumsi makanan pedas, jarang sarapan, dan pola berobat yang masih kuratif. Kondisi tersebut meningkatkan tekanan pada sfingter esofagus bawah sehingga memungkinkan asam lambung naik ke esofagus. Selain itu, faktor psikososial berupa tekanan ekonomi keluarga diketahui menjadi pemicu stres yang bermakna. Penelitian *cross-sectional* menunjukkan bahwa peningkatan stres berkorelasi positif dengan prevalensi gejala GERD.³

Tekanan ekonomi yang dialami pasien merupakan faktor psikososial yang berperan dalam memperberat gejala GERD melalui mekanisme biopsikososial. Stres kronis mengaktifasi *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis dan sistem saraf otonom sehingga meningkatkan sekresi kortisol serta memengaruhi regulasi gastrointestinal. Selain meningkatkan sensitivitas viseral (*visceral hypersensitivity*), stres juga menurunkan ambang persepsi terhadap refluks melalui mekanisme neuroimun dan modulasi sentral, sehingga gejala dapat menjadi lebih berat meskipun paparan asam tidak selalu meningkat. Di sisi lain, stres turut memengaruhi perilaku kesehatan seperti pola makan yang tidak teratur, melewatkan sarapan, konsumsi makanan pemicu, dan kepatuhan pengobatan yang rendah. Pada

pasien ini, tekanan ekonomi keluarga diduga berkontribusi terhadap kekambuhan gejala melalui interaksi faktor biologis, psikologis, dan sosial, sehingga pendekatan kedokteran keluarga yang mencakup edukasi, manajemen stres, serta pelibatan keluarga menjadi penting untuk mengendalikan faktor risiko dan mencegah kekambuhan.^{11,12}

Kunjungan pertama dilakukan pada tanggal 28 Juli 2025, dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, diikuti dengan anamnesis holistik yang mencakup baik masalah kesehatan maupun aspek sosial, ekonomi, psikologi pasien beserta keluarganya. Dari hasil kunjungan tersebut, segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif dibandingkan preventif serta pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang. Dari hasil kunjungan tersebut, sesuai konsep *Mandala of Health*, dari segi perilaku kesehatan pasien masih mengutamakan kuratif dibandingkan preventif serta pengetahuan yang dimiliki mengenai penyakit yang diderita masih kurang.

Pasien merasa bahwa keluhan nyeri ulu hati dan rasa tidak nyaman pada perut 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 dapat mengganggu tidur malam, kualitas hidup, dan aktivitas sehari-hari mereka.¹¹

Kunjungan kedua dilaksanakan pada tanggal 31 Juli 2025 untuk melakukan intervensi terhadap pasien berupa edukasi. 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 orang tua dan suami pasien. Dukungan keluarga dekat sangat penting dalam pembentukan perilaku kesehatan yang baik.¹⁴ Edukasi kepada pasien dan keluarga pasien adalah sebuah proses yang bertujuan untuk memengaruhi perilaku, menambah pengetahuan serta merubah pola makan dan gaya hidup menjadi lebih baik. Pasien dan keluarganya diberikan edukasi kesehatan berupa poster berisikan definisi, faktor risiko, gejala, faktor pemicu, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit.

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 diberikan terapi medikamentosa. *Proton Pump Inhibitor* (PPI) merupakan salah satu obat untuk terapi GERD yang memiliki keefektifan serupa dengan terapi pembedahan. Jika dibandingkan dengan obat lain, PPI terbukti paling efektif mengatasi gejala serta menyembuhkan lesi esofagitis sehingga pada pasien diberikan omeprazole 20 mg dosis tunggal umumnya diberikan pada pagi hari sebelum makan. Selain PPI, obat lain dalam pengobatan GERD adalah antagonis reseptor H₂, antasida, dan prokinetik (antagonis dopamin dan antagonis reseptor serotonin). Antagonis reseptor H₂ dan antasida digunakan untuk mengatasi gejala refluks yang ringan dan untuk terapi maintenance dikombinasi dengan PPI. Prokinetik merupakan golongan obat yang berfungsi mempercepat proses pengosongan perut, sehingga mengurangi kesempatan

asam lambung untuk naik ke esofagus. Obat golongan prokinetik termasuk domperidon 10 mg yang diberikan dapat tiga kali sehari.¹⁵

Setelah tiga hari intervensi dilakukan pada pasien, dilakukan kunjungan evaluasi pada tanggal 4 Agustus 2025. Hasil anamnesis menunjukkan bahwa keluhan nyeri ulu hati, rasa begah, heartburn, mual, dan muntah telah berkurang secara bermakna. Pasien telah menerapkan pola makan yang lebih teratur serta mengurangi konsumsi makanan pedas sesuai anjuran. Evaluasi pengetahuan menggunakan instrumen yang sama menunjukkan peningkatan skor dari 50 pada pre-test menjadi 80 pada post-test. Selain itu, dilakukan pengukuran ulang menggunakan kuesioner GERD-Q yang menunjukkan penurunan skor dari 11 menjadi 5, mencerminkan perbaikan gejala reflus secara objektif. Pemeriksaan fisik juga menunjukkan tidak ditemukan lagi nyeri tekan pada regio epigastrium. Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi farmakologis dan pendekatan kedokteran keluarga memberikan perbaikan klinis, peningkatan pengetahuan, serta perubahan perilaku kesehatan pasien.

Simpulan

Penatalaksanaan GERD pada Ny. M dilakukan secara holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga. Faktor risiko internal yang ditemukan adalah kurangnya pengetahuan mengenai penyakit, pola makan tidak teratur, pengelolaan stres yang kurang baik, dan pola berobat yang masih kuratif. Faktor risiko eksternal meliputi rendahnya pengetahuan keluarga, kurangnya dukungan keluarga dalam memperhatikan asupan gizi pasien, serta tekanan ekonomi sebagai sumber stres.

Intervensi medikamentosa berupa omeprazole, antasida, dan domperidon memberikan perbaikan klinis yang nyata. Intervensi non-medikamentosa melalui edukasi yang bersifat *patient-centered*, *family-focused*, dan *community-oriented* terbukti meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga, memperbaiki pola makan, dan mendorong modifikasi gaya hidup. Pendekatan kedokteran keluarga yang

komprehensif dan berkesinambungan berperan penting dalam mencegah rekurensi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Daftar Pustaka

1. Azer SA, Goosenberg E. Gastroesophageal reflux disease (GERD) [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [updated 2025 Jul 6; cited 2026 Jun 4]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554462>
2. Sadafi S, Azizi A, Pasdar Y, Shakiba E, Darbandi M. Risk factors for gastroesophageal reflux disease: a population-based study. *BMC Gastroenterol.* 2024;24(1):64.
3. Turab MS, Awan MA, Masroor L, Amir K, Khan M, Liaquat A. Stress and gastroesophageal reflux disease: are they related? *Cureus.* 2025;17(2):e#####. (isi nomor artikel sesuai publikasi)
4. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/AJG.0000000000001538.
5. Wickramasinghe N, Devanarayana NM. Insight into global burden of gastroesophageal reflux disease: understanding its reach and impact. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2025;16(1):97918.
6. Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia. Konsensus nasional penatalaksanaan penyakit reflus gastroesofageal (gastroesophageal reflux disease/GERD) di Indonesia. Revisi 2022. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia; 2022.
7. Fass R, Achem SR, Harding S, et al. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut.* 2019;58(2):295-309.
8. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2023.

- Bandar Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung; 2024. 2024;25(15):2077-2088.
doi:10.1080/14656566.2024.24165.
9. Desai M, Ruan W, Thosani N, Amaris M, Benias PC, Brewer Gutierrez OI, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the diagnosis and management of GERD: methodology and review of evidence. *VideoGIE*. 2025;10(2):81-137.
doi:10.1016/j.vgie.2024.10.001.
 10. Chughtai MA, Kerimkulova MK, Mushtaq O, Hagenahalli Anand V, Rehman A, Shehryar A, et al. Integrated approaches in the management of gastrointestinal disorders: a biopsychosocial perspective. *Cureus*. 2024;16(5)
 11. Argüero J, Sifrim D. Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease: implications for diagnosis and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2024;21(4):282-293.
doi:10.1038/s41575-023-00883-z.
 12. Leech T, Peiris M. Mucosal neuroimmune mechanisms in gastro-oesophageal reflux disease (GORD) pathogenesis. *J Gastroenterol*. 2024;59(2):165-178.
doi:10.1007/s00535-023-02065-9.
 13. Wickramasinghe N, Thuraisingham A, Jayalath A, Wickramasinghe D, Samarasekara N, Yazaki E, et al. The association between symptoms of gastroesophageal reflux disease and perceived stress: a countrywide study of Sri Lanka. *PLoS One*. 2023;18(11):e0294006.
doi:10.1371/journal.pone.0294006.
 14. Correia JC, Waqas A, Assal JP, Davies MJ, Somers F, Golay A, et al. Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Med (Lausanne)*. 2023;9:996528.
doi:10.3389/fmed.2022.996528.
 15. Visaggi P, Bertin L, Pasta A, Calabrese F, Ghisa M, Marabotto E, et al. Pharmacological management of gastroesophageal reflux disease: state of the art in 2024. *Expert Opin Pharmacother*.

