

## GERD: Nyeri Dada Tidak Selalu Merupakan Penyakit Jantung

Nyeri dada merupakan gejala yang sering menyebabkan pasien berobat ke dokter ataupun berkunjung ke unit gawat darurat. Walaupun kita harus menyingkirkan penyakit jantung sebagai penyebab nyeri dada sebelum mencari penyebab lainnya, ternyata hampir setengah dari kasus nyeri dada tidak disebabkan oleh penyakit jantung. Dari berbagai penyebab nyeri dada *non cardiac*, gangguan gastroesofageal terutama penyakit refluks gastroesofageal (*Gastroesophageal Reflux Disease/GERD*) merupakan yang paling sering dijumpai.

GERD adalah kelainan yang menyebabkan cairan lambung dengan berbagai kandungannya mengalami refluks ke dalam esofagus dan menimbulkan gejala khas berupa *heartburn* (rasa terbakar di dada yang kadang-kadang disertai rasa nyeri dan pedih) serta gejala-gejala lainnya seperti regurgitasi (rasa asam dan pahit di lidah), nyeri epigastrium, disfagia (kesulitan menelan) atau odinofagia (nyeri menelan).<sup>1</sup> Terdapat dua kelompok pasien GERD, yaitu pasien dengan esofagitis erosif yang ditandai dengan adanya *mucosal break* di esofagus pada pemeriksaan endoskopi (yang disebut dengan *Erosive Reflux Disease/ERD*) dan pasien GERD yang pada pemeriksaan endoskopi tidak ditemukan *mucosal break* (yang disebut dengan *Non Erosive Reflux Disease/NERD*)

Dengan adanya gejala khas GERD berupa *heartburn* dan regurgitasi, kita dapat memikirkan kemungkinan GERD setelah menyingkirkan penyakit jantung sebagai penyebab nyeri dada. Walaupun endoskopi diperlukan untuk membedakan ERD dan NERD, *American College of Gastroenterology*<sup>2</sup> pada tahun 2013 telah menyatakan bahwa pemeriksaan endoskopi tidak diperlukan untuk mendiagnosa GERD apabila sudah terdapat gejala khas. Endoskopi hanya direkomendasikan apabila terdapat tanda-tanda bahaya (*alarm symptoms*) seperti disfagia, odinofagia, adanya perdarahan saluran cerna atau anemia, dan turunnya berat badan yang tidak disengaja. Gejala yang membaik setelah diberikan terapi empiris dengan PPI (*proton pump inhibitor*) akan menegaskan diagnosis GERD pada pasien yang memiliki gejala khas GERD.

Tatalaksana GERD meliputi penurunan berat badan bagi pasien-pasien yang *overweight* atau mengalami penambahan berat badan; meninggikan posisi kepala saat tidur dan tidak mengonsumsi makanan 2-3 jam sebelum tidur; menghindari makanan-makanan yang dapat memicu refluks seperti coklat, kafein, alcohol, dan makanan-makanan yang terasa asam atau pedas; serta terapi dengan PPI selama 8 minggu.

Pasien dengan GERD diberikan terapi inisial dengan PPI dosis standar selama 8 minggu, dilanjutkan dengan

*on demand therapy* di mana PPI dosis standar hanya diberikan pada saat keluhan timbul dan dilanjutkan sampai keluhan hilang. Untuk pasien GERD dengan *mucosal break* (ERD), PPI umumnya diberikan selama 8 minggu dengan dosis ganda. Selanjutnya terapi tergantung kepada berat ringannya *mucosal break*, di mana untuk esofagitis ringan dapat dilanjutkan dengan *on demand therapy* dan untuk esofagitis sedang-berat dilanjutkan dengan *maintenance therapy* (dapat diberikan sampai 6 bulan).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa PPI lebih superior sebagai terapi esofagitis erosiva dibandingkan dengan golongan antagonis reseptor H<sub>2</sub>, sukralfat dan plasebo. PPI juga mengurangi gejala *heartburn* dengan lebih cepat dan menyeluruh dibandingkan dengan golongan antagonis reseptor H<sub>2</sub>. Walaupun PPI terkesan lebih efektif untuk menghilangkan gejala pada pasien ERD (70-80%) dibandingkan dengan pasien NERD (50-60%), PPI tetaplah lebih superior dibandingkan dengan antagonis reseptor H<sub>2</sub> dan prokinetik. *American College of Gastroenterology* menyatakan tidak ada perbedaan yang mayor di dalam efektivitas terapi antara berbagai macam PPI yang ada.<sup>2</sup> PPI diberikan sekali sehari 30-60 menit sebelum memakan makanan yang pertama di hari itu guna untuk mendapatkan kontrol pH yang maksimal. Apabila pasien hanya



mendapatkan respon terapi parsial dengan dosis PPI sekali sehari, terapi PPI dua kali sehari dengan penyesuaian waktu dapat dipertimbangkan. Terapi GERD dengan obat-obatan yang tidak berfungsi untuk mensupresi asam seperti prokinetik tidaklah dianjurkan. Pemberian sukralfat juga tidak dianjurkan pada pasien-pasien GERD yang tidak sedang hamil. Rekomendasi

*American College of Gastroenterology* juga menegaskan bahwa PPI aman untuk diberikan kepada wanita hamil apabila sesuai dengan indikasi. **ST**

1. *Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesofageal di Indonesia tahun 2004*

2. Katz PO, et al. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308-328

## Hati-Hati Risiko Persalinan dalam Air

Meskipun memberikan 'pesona' tersendiri, data terbaru menunjukkan persalinan dalam air ternyata hanya memberikan sedikit keuntungan, bahkan justru memberikan banyak risiko, sehingga harus dipertimbangkan dengan hati-hati. Demikian pernyataan dari komite yang dibentuk oleh *the American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) dan *the American Academy of Pediatrics* (AAP) belum lama ini.<sup>1</sup>

Studi-studi yang ada sebagian merupakan data retrospektif, observasional dengan kualitas buruk atau pendapat pribadi dan kesaksian dari ibu melahirkan. Banyak dari studi-studi ini dipublikasikan di jurnal yang tidak dinilai oleh rekan sejawat (*peer reviewed*). Metode ini juga tidak didukung oleh studi-studi ilmu dasar pada manusia ataupun hewan yang memperlihatkan mekanisme bagaimana persalinan dalam air dapat membantu.

Data yang ada menunjukkan bahwa perendaman pada saat kala I persalinan dikaitkan dengan menurunnya kebutuhan analgesia spinal, epidural atau paraservikal dibandingkan dengan kontrol, selain itu juga dikaitkan dengan penurunan rerata 32,4 menit waktu persalinan. Namun demikian, para ahli berpendapat, oleh karena kualitas studi yang buruk, sulit melihat apakah ada faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap hasil yang didapatkan.

Sedangkan untuk perendaman selama kala II, satu studi yang disertakan dalam analisis Cochrane menunjukkan peningkatan kepuasan ibu, namun tidak ada keuntungan lainnya yang ditemukan. Insidens pasti dari komplikasi sulit dipastikan, namun ada beberapa laporan kasus mengenai gangguan pernapasan berat untuk bayi-bayi yang mengalami aspirasi, termasuk 1 bayi yang meninggal oleh karena sepsis berat. Hal ini juga disertai adanya

kemungkinan infeksi maternal dan fetal oleh karena pecah ketuban, kekhawatiran mengenai gangguan terhadap kemampuan termoregulasi bayi, ruptur atau avulsi tali pusat, hiponatremia dan kejang atau asfiksia perinatal.

Berdasarkan hal-hal di atas, komite ahli ini merekomendasikan bahwa fasilitas-fasilitas yang menawarkan persalinan dalam air harus mempunyai protokol ketat dalam hal pemilihan kandidat, pemeliharaan dan pembersihan bak dan kolam perendaman, kontrol infeksi prosedur, pemantauan ibu dan janin pada saat perendaman dan juga protokol untuk pemindahan ibu dari kolam apabila terjadi permasalahan baik untuk ibu maupun janin.

Di Indonesia, praktek persalinan dalam air tidak direkomendasikan baik oleh kalangan dokter ahli kandungan maupun dokter anak. Sikap ini telah dinyatakan dalam *Konas Perinasia di Pekanbaru tahun 2012*. Pada tahun 2011, memang

praktek persalinan dalam air mulai dikenal dan menjadi bahan diskusi yang kontroversial di Indonesia, menyusul terjadinya kasus komplikasi saat persalinan dalam air. **SS**

1. *Committee Opinion No. 594. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2014;123:912-5.

