



Sertifikat



KEHADIRAN LOKAKARYA

Diberikan kepada

ARINA WIDYA MURNI

Sebagai

PEMBICARA

Atas keikutsertaannya dalam acara

**Pertemuan Ilmiah Nasional ke-16
(PIN XVI) PB PAPDI**

Ansietas dan Depresi dalam Praktek Sehari-hari

**Hotel JW Marriott, Medan - Sumatera Utara
2 - 4 November 2018**

Akreditasi PB IDI SK No. 02578/PB/A.4/10/2018

Peserta 3 SKP, Pembicara 12 SKP

Moderator 4, Panitia 2 SKP

dr. Sally Aman Nasution, SpPD, K-KV, FINASIM, FACP
Ketua Umum PB PAPDI

dr. Edy Rizal Wachyudi, SpPD, K-Ger, FINASIM
Ketua Panitia PIN XVI PB PAPDI

digunakan dalam praktik klinis adalah vasokonstriktor pembuluh darah splanchnik yaitu derivat vasopresin (terlipressin), somatostatin, analog somatostatin (octreotide dan vapreotide), NSBB dan carvedilol. Terapi non farmakologi yang bisa dilakukan berupa terapi lokal dengan ligasi VE, injeksi *cyanoacrylate glue* pada VG, dan TIPS.

Daftar Pustaka

1. Miñano C, Garcia-Tsao G. Clinical pharmacology of portal hypertension. *Gastroenterol Clin North Am* 2010; 39(3): 681-95.
2. Wasposito A. Hipertensi portal. Dalam: Sulaiman A, Akbar A, Lesmana LA, dkk [Editor]. Buku ajar ilmu penyakit hati. Edisi I Revisi. Jakarta: Sagung Seto; 2012. p. 359-70.
3. Bari K, Garcia-Tsao G. Treatment of portal hypertension. *World J Gastroenterol* 2012; 18(11): 1166-75.
4. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, et al. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2017; 65(1): 210-335.
5. Berzigotti A, Bosch J. Pharmacologic management of portal hypertension. *Clin Liver Dis* 2014; 18(2): 303-17.
6. Garcia-Pagan JC, Gracia-Sancho J, Bosch J. Functional aspects on the pathophysiology of portal hypertension in cirrhosis. *J Hepatol* 2012; 57(2): 458-61.
7. Kusumobroto HO. Sirosis hati. Dalam: Tjokroprawir A, Setiawan PB, Effendi C, dkk [Editor]. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi II. Surabaya: Airlangga University Press (AUP); 2015. p. 292-8.
8. Iwakiri Y. Pathophysiology of portal hypertension. *Clin Liver Dis* 2014; 18(2): 281-91.
9. Nurdjanah S. Sirosis hati. Dalam: Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, dkk [Editor]. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi VI. Jakarta: Interna Publishing; 2014. p. 1978-83.
10. Bosch J, Abraldes JG, Berzigotti A, et al. 2008. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding. *Semin Liver Dis* 2008; 28(1): 3-25.
11. Cahyono JBSB. Manajemen hipertensi portal. Dalam: Tatalaksana klinis di bidang gastro dan hepatologi. Jakarta: Sagung Seto; 2014. p. 442-54.
12. Garbuzenko DV. Contemporary concepts of the medical therapy of portal hypertension under liver cirrhosis. *World J Gastroenterol* 2015; 21(20): 6117-26.

Diagnosis dan Manajemen Depresi di Bidang Penyakit Dalam

Ummi Widya Murni

Bagian Psikiatri, Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Rumah Sakit Dr. M. Jamil Padang

Pendahuluan

Depresi merupakan gangguan mood yang ditandai dengan rendahnya suasana hati disertai ada atau tidaknya anhedonia (hilangnya minat melakukan aktivitas sehari-hari yang menyenangkan, seperti hobi, atau kerja). Hal ini disertai dengan gejala somatik lain, gangguan kognitif, dan gejala perilaku. Terdapat keluhan kehilangan energi, perubahan berat badan yang signifikan, insomnia atau hipersomnia, agitasi, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak berharga, dan rasa putus asa.

Faktor psikologi adalah faktor – faktor yang mempengaruhi seseorang mengalami gangguan mood berupa depresi atau ansietas. Gangguan mood ini cukup sering ditemui, prevalensinya mencapai 3 – 5 % populasi. Penyebab dari gangguan ini dapat berupa faktor genetik, ketidak seimbangan biogenik amin, gangguan neuroendokrin, dan perubahan neurofisiologik serta faktor psikologik berupa kehilangan objek yang dicintai, hilangnya harga diri, hilangnya kepercayaan diri, distorsi kognitif, ketidak berdayaan, kecemasan dan sebagainya.

Stresor psikososial juga memberikan pengaruh yang signifikan untuk terjadinya depresi, pada kasus di bidang penyakit dalam. Stresor psikososial adalah suatu keadaan di lingkungan sekitar yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan, merupakan faktor risiko untuk terjadinya depresi dan ansietas. Bagaimana faktor psikososial mempengaruhi seseorang untuk mengalami gangguan psikosomatik dipengaruhi oleh bagaimana persepsi/ pandangan seseorang, apakah positif atau negatif dalam menghadapi suatu stresor, penting atau tidaknya suatu peristiwa tersebut, ada tidaknya akumulasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan ada tidaknya dukungan sosial di sekitar penderita.

social menilai frekuensi interaksi penderita dengan orang sekitarnya **dukungan sosial** yang dinilai dari mudah tidaknya interaksi dengannya. Perasaan memiliki keakraban dengan kelompok dan **dukungan instrumental** yang dapat dinilai dengan adanya pelayanan konkrit yang diberikan pada penderita oleh jaringan sosialnya seperti makanan, keuangan, pekerjaan dan pelayanan perawatan.

Depresi dapat dikategorikan berdasarkan tingkat keparahannya durasi terjadinya, dan beberapa gejala lainnya. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatry Association (DSM IV-TR)* mengklasifikasikan depresi menjadi depresi mayor, gangguan distimik, dan depresi yang tidak dapat ditentukan jenisnya.

Depresi berpengaruh terhadap risiko kematian. Pada berbagai kasus di bidang penyakit dalam didapatkan peningkatan kematian pada penderita yang mengalami depresi dibandingkan dengan yang tidak. Depresi juga meningkatkan lama rawatan di rumah sakit, mempengaruhi status nutrisi dan tingkat kepatuhan pengobatan, baik farmakologi maupun non farmakologi.

Prevalensi depresi mayor dan ansietas pada masyarakat cukup tinggi. 16,6% depresi mayor dan ansietas sosial 12,1%. Gangguan depresi sebagian besar memiliki efek timbal balik pada kasus di bagian penyakit dalam. Sebagian penderita depresi mempunyai risiko lebih besar untuk menderita penyakit jantung. Selain itu, orang dengan penyakit jantung yang mengalami depresi memiliki risiko kematian lebih tinggi setelah orang tersebut selamat dari serangan jantung. Beberapa laporan menyatakan bahwa pada Dispepsia Fungsional (DF) dapat dipengaruhi oleh gangguan *mood* seperti depresi dan ansietas. Pada DF ditemukan 57,7% penderita disertai dengan depresi.

Depresi bisa menyerang siapa saja. Namun, penelitian selama dua dekade terakhir telah menunjukkan bahwa orang dengan penyakit kronis lebih mungkin untuk menderita depresi daripada orang sehat, dan mengalami kekambuhan lebih sering dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami Depresi dapat mempengaruhi keinginan berobat dan kelangsungan pengobatan pada penderita penyakit jantung. Begitu pula halnya dengan ansietas/kecemasan.⁴ Gangguan depresi dapat mempengaruhi berbagai fungsi tubuh seperti irama jantung, meningkatkan tekanan darah, dan mempengaruhi faktor pembekuan darah serta meningkatkan kadar insulin dan kolestero

Namun depresi sering telat terdiagnosis, bahkan tidak terdeteksi hingga tidak terobati. Klinisi cenderung fokus pada manifestasi gangguan jiwa yang ditemukan, dan sulit mendeteksi telah terjadinya depresi pada pasien yang ditanganinya. Sehingga penanganan pasien kurang optimal dan dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita.

DIAGNOSIS

Dalam mendiagnosis terjadinya depresi pada penderita, diperlukan wawancara dan pengalaman yang tidak mudah, mengingat tumpang tindihnya keluhan penyakit dengan gejala depresi. Oleh karena itu penggunaan berbagai instrumen berupa kuesioner menjadi sangat penting dan mestinya menjadi sarana penunjang yang selalu di gunakan dalam menghadapi penderita terutama kasus-kasus yang diketahui prevalensi depresi cukup tinggi.

Terdapat dua strategi potensial untuk skrining depresi pada pasien. Yang pertama, pendekatan konservatif, adalah hanya memeriksa pasien dengan tanda-tanda depresi. Tanda-tanda ini antara lain: terdapatnya isolasi sosial (penderita menarik diri dari keluarga, teman dan pertemuan sosial), perubahan suasana hati atau fisik, dan/ atau meningkatnya keluhan fisik namun tidak sebanding dengan kelainan yang ditemukan (gangguan tidur, penurunan perawatan diri, termasuk kepatuhan yang lebih buruk dengan tindak lanjut medis dan dialisis). Yang kedua, strategi yang lebih agresif, adalah untuk menaring semua pasien secara periodik (setiap 6 bulan hingga 1 tahun) untuk depresi dengan menggunakan kuesioner skrining seperti PHQ-9 atau BDI.

Beberapa skala telah divalidasi, di antaranya *Beck Depression Inventory (BDI)*, *HADS*, dan *DAS-42*. Karena ada tumpang tindih antara gejala depresi dan penyakit, skor *cut-off* yang diusulkan saat skrining depresi umumnya sama atau lebih tinggi daripada populasi umum. Contohnya, saat menggunakan BDI, skor *cut-off* yang direkomendasikan untuk menentukan depresi pada populasi umum adalah 11 atau lebih besar (Beck *et al* 2009). *Cut off* skor 11 atau lebih (Hedayati dan Finkelstein 2009), dan di antara 14 dan 17 diusulkan pada pasien penyakit ginjal tahap akhir.

Penelitian oleh Andrade dan Sesso (2014) misalnya, mengenai depresi pada pasien PGK dan hemodialisis dengan menggunakan *Beck Depression Inventory* menunjukkan penilaian dan rasi mengidentifikasi bahwa

dibandingkan pada pasien PGK dengan terapi konservatif dan pada kelompok yang menjalani hemodialisis mempunyai kecenderungan lebih tinggi berada pada batas ambang depresi sedang hingga berat.

Penelitian pada tahun 2012 di bagian penyakit dalam RS.Dr. M Djamil Padang tentang lamanya tindakan hemodialisa dan hubungannya dengan depresi didapatkan terdapat hubungan yang bermakna antara lamanya menjalani hemodialisa dengan derajat depresi, semakin lama menjalani hemodialisa, risiko mengalami depresi makin tinggi. Dari penelitian ini juga didapatkan bahwa sekitar 46% pasien tidak mengalami depresi dan 64% mengalami depresi dengan depresi ringan 38 %, sedang 18% dan berat 2%.(Dwitya dkk, 2012)

Diagnosis dibuat dengan mempergunakan evaluasi multiaksial sebagai berikut:

Aksis 1.

Menyatakan kelainan psikologis atau faktor psikologis yang mempengaruhi malfungsi atau kondisi fisis, bisa merupakan sindrom klinis, contoh sindrom kecemasan umum

Aksis 2.

Menyatakan tentang gangguan kepribadian jika ditemukan dan derajat beratnya gangguan tersebut

Aksis 3.

Menyatakan tentang gangguan penyakit fisik, seperti dispepsia, hipertensi dan sebagainya.

Aksis 4.

Menyatakan tentang stresor psikososial dan derajat beratnya seperti, konflik dengan pasangan, kemalangan, dan kehilangan seseorang yang dicintai

Aksis 5,

Menyatakan keadaan sosio kultural, berisi kemampuan fungsi adaptasi yang tertinggi yang dimiliki penderita yang ditentukan dalam satu tahun terakhir

Dengan evaluasi multiaksial maka setiap pasien psikosomatik dapat dipandang secara lebih luas berupa aspek psikologis, sosial, fisik, berat stresor dan derajat fungsi adaptasi. Penanganan dibuat

ditentukan dalam diagnosis multiaksial tersebut. Jadi pada setiap gangguan psikosomatik penting dibuat dengan jelas dan lengkap mulai dari anamnesis yang longitudinal (dari kanak-kanak sampai dewasa, saat usia penderita berobat), pemeriksaan fisik yang teliti, laboratorium penunjang yang lengkap dan diagnosis multiaksial yang tepat, sehingga penanganan penderita akan menyeluruh dan komprehensif.

PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan depresi sama halnya dengan gangguan psikosomatik lainnya haruslah memakai konsep **bio-psiko-sosio-kultural**. Dalam penatalaksanaan gangguan psikosomatik/ depresi seorang dokter juga harus bisa mempelajari kemungkinan penyebab terjadinya gangguan tersebut akibat trauma psikologis dari masa kecil dan trauma lainnya yang mempengaruhi kemampuan adaptasi dan psikologis penderita secara umum. Karena trauma psikologis dimasa lalu terbukti meningkatkan kerapuhan seseorang terhadap masalah yang dihadapinya saat ini sehingga memudahkan seseorang untuk mengalami gangguan psikosomatik/depresi. Dengan memberikan penanganan yang menyeluruh tersebut akan meningkatkan pemahaman penderita akan konsep gangguan psikosomatik/ depresi yang dialaminya dan akan menghasilkan pengobatan yang lebih hemat biaya dan lebih efektif.

Pendekatan psikosomatik mengisyaratkan pemberian terapi yang holistik antara farmakoterapi dan non farmakoterapi. Pendekatan psikosomatik mutlak memerlukan kerjasama yang baik antara penderita dan dokter yang merawatnya. Dengan mengelola secara holistik dan komprehensif, depresi dapat diatasi. Para klinisi dapat memilih kombinasi terapi farmakologi dan non farmakologi yang ingin diterapkan pada penderita, sesuai dengan status emosional, pendidikan, pengetahuan dan keyakinan penderita. Dengan pendekatan psikosomatik penatalaksanaan terapi dapat dioptimalkan.

Empati dan hubungan baik dokter pasien sangat menentukan dalam keberhasilan terapi depresi pada nyeri kronik. Dokter harus mampu menyakinkan penderita bahwa faktor emosi mempunyai hubungan yang erat dengan nyeri yang dirasakan. Keberhasilan intervensi aspek psikis-emosi akan segera memperbaiki pasien dan segera dapat mengetahui masalah utama yang menjadi sumber stress.

Non Medikamentosa

Pada gangguan mood/ depresi penanganan non medikamentosa memegang peranan yang sangat penting, berupa:

1. Terapi suportif.

Penderita dengan penyakit yang dialaminya, perlu diberi dukungan semangat dan perhatian yang besar baik terhadap keluhan yang disampaikan maupun yang didapatkan dalam pemeriksaan. Kadangkala hanya dengan mendengarkan keluhan saja, penderita sudah merasakan kenyamanan dan merasa lega sehingga keluhan yang dirasanya bisa jauh berkurang. Ventilasi, suatu terapi yang mudah di awal pertemuan dapat membuka peluang dokter untuk memulai psikoterapi suportif berbasis ini masalah yang terungkap saat ventilasi di lakukan.

2. *Reassurance* dan penjelasan yang meyakinkan.

Meyakinkan pasien dan memberikan keterangan tentang epidemiologi patofisiologi serta gejala yang umum dialami penderita sangatlah penting. Keputusan pasien untuk menemui dokter tentunya dipengaruhi oleh derajat dan jenis keluhan yang dirasakan, ketakutan akan penyakit yang serius dan faktor psikososial yang menyertai keluhan. Dokter harus bisa meyakinkan pasien bahwa gejala yang dirasakan sudah umum terjadi dan tidak akan membahayakan jiwa. Perhatian penuh dan empati dokter dalam menangani keluhan yang disampaikan pasien, akan sangat besar pengaruhnya terhadap hubungan dan komunikasi yang baik antara dokter dan pasien. Dengan terbangunnya komunikasi yang baik, kepercayaan penderita akan muncul dan akan membantu pasien dalam melatih mekanisme adaptasi/ coping terhadap gejala penyakit yang dialami oleh pasien.

3. Faktor presipitasi

Mengoreksi faktor presipitasi yang memicu terdapatnya depresi dapat menjadi salah satu bagian dari penatalaksanaan kasus ini. Sebagai contoh adalah menghindari faktor diet yang bisa menimbulkan rasa kembung, konstipasi, berdebar-debar dll.

4. Terapi perilaku.

Pengobatan psikologi dan terapi perilaku seperti perilaku kognitif (*cognitive behavioral therapy*), hipnosis, dan psikoterapi merupakan pengobatan yang aman, efektif dan bertahan lama. Ada banyak keuntungan yang diperhatikan bila menangani depresi dengan terapi psikologis dan terapi perilaku, satu penelitian multisenter memperlihatkan nonmedikamentosa

lebih baik yang terpenting dari manfaat terapi ini adalah terhindarnya penderita dari adiksi obat-obatan tranquilizer, manfaat terapi terasa setelah periode pengobatan selesai. Karena perbaikan pola pikir dan mekanisme adaptasi, tidak ditemukan efek samping seperti penggunaan obat-obatan dan sangat mengurangi biaya pengobatan. Terapi perilaku mampu meningkatkan motivasi dan mempertahankan pengobatan, efektif untuk modifikasi perilaku cemas, dan memperbaiki mekanisme coping yang akan meningkatkan kepatuhan dalam menggunakan obat psikofarmaka.

Terapi Suportif keluarga

Penderita dengan depresi membutuhkan dukungan dari dokter saja, akan tetapi juga membutuhkan dukungan dari anggota keluarga terdekat. Dukungan keluarga tidak saja dalam memudahkan penderita menemui dokternya akan tetapi juga pengertian keluarga akan adanya beban emosional yang dialami, dan berempati akan keluhan yang disampaikan penderita. Dukungan keluarga akan memperkuat semangat penderita untuk sembuh dari depresi dan bersahabat dengan nyeri yang dialaminya.

Imagery:

Imagery adalah teknik menggunakan imajinasi seseorang untuk membuat gambar mental atau situasi. *Imagery* dapat dianggap sebagai lamunan yang disengaja yang menggunakan semua indra, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan rasa. Beberapa orang percaya bahwa *imagery* adalah suatu bentuk *self-hypnosis*. *Imagery* dapat membantu menjadi rileks, menghilangkan kebosanan, mengurangi kecemasan, dan membantu tidur.

Pengalihan Fokus perhatian

Teknik mengalihkan fokus nyeri kepada aktifitas lain ini mudah disampaikan, namun awalnya akan sulit bagi penderita. Dengan mengajarkan mengalihkan fokus perhatian, penderita tidak akan fokus pada satu keluhan nyeri saja, namun akan sibuk atau asyik dengan aktifitas lain, sehingga fokus nyeri berganti dengan fokus aktifitas baru sehingga penderita lebih tenang dan bisa menikmati aktifitas lain tersebut.

Medikamentosa

Penanganan gangguan psikosomatik tidak dapat dilakukan tanpa pemberian medikamentosa. Obat-obatan yang diberikan tidak hanya psikofarmaka akan tetapi juga pemberian obat-obat simptomatik, sesuai dengan keluhan yang disampaikan oleh penderita. Pada beberapa kasus yang terdapat kegawatan, pengobatan somatic harus didahulukan. Sering pada penyakit psikosomatik yang lama, proses somatic lebih lanjut sehingga penanganan somatic akan lebih memberikan hasil.

Psikofarmaka pada gangguan psikosomatik bertujuan untuk mempengaruhi perasaan (afek) dan emosi serta fungsi vegetative yang berkaitan. Sesuai dengan patofisiologinya dimana gangguan psikosomatik mempengaruhi susunan syaraf otonom dan neurotransmitter, maka psikofarmaka harus dipakai sesuai dengan gejala gangguan keseimbangan otonom dan ekspresi neurotransmitter yang diperhatikan secara klinis.

Dikenal beberapa golongan senyawa psikofarmaka sebagai antidepressan antara lain:

1. Obat Trisiklik/ tetrasiklik

Obat antidepressan yang bisa dipakai antara lain golongan trisiklik dan tetrasiklik seperti amitriptilin, imipramin, mianserin dan maprotilin. Namun antidepressan golongan ini sudah sering ditinggalkan karena memiliki efek samping yang banyak akibat efek antikolinergiknya. Efek samping obat ini sering terjadi dan sukar diduga, bila berhasil terapi diteruskan 3 - 6 bulan sebelum di *tapering off*. Obat yang diresepkan termasuk:

- Amitriptyline: Dengan sedasi tinggi sehingga memiliki efek samping antikolinergik yang tinggi. Rata-rata dosis 10-100 mg/ hari.

- Amoxapine: Dengan sedasi rendah sehingga mengarah efek samping antikolinergik sedang. Rata-rata dosis berkisar 50-100 mg menjadi/ hari.

- Clomipramine: Dengan sedasi rendah mengarah ke efek samping antikolinergik rendah. Rata-rata dosis berkisar 25-100 mg/ hari.

- Desipramine: Dengan sedasi rendah itu mengarah ke efek samping antikolinergik rendah. Rata-rata dosis menjadi 25-100 mg/ hari.

Golongan Selektif serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

Antidepressan berefek memodulasi sistem neurotransmitter, reseptor opioid serta reseptor endokrin. Antidepressan juga memperbaiki kembali aksis HPA dan secara aktif memormalkan insufisiensi *descending pain-inhibiting tracts* dengan meningkatkan ketersediaan serotonin dan nor-adrenalin pada *modulatory circuit*, bisa memperbaiki gangguan rasa nyeri yang bisa memicu terjadinya depresi pada penyakit kronis.

Antidepressan yang memiliki efek ketergantungan lebih ringan dan ringan dikonsumsi bagi beberapa penyakit komorbid tertentu dan aman bagi usia lanjut. Golongan SSRI ini antara lain *sertralin*, paroksetin, fluoksetin, dan fluvoksammin. Antidepressan SSRI akhir-akhir ini ternyata juga efektif pada pasien yang mengalami gangguan ansietas. Pada dasarnya pengobatan dengan psikofarmaka memang ditentukan dari mekanisme kerja neurotransmitter yang dipengaruhinya. Oleh karena itu penggunaan psikofarmaka hendaknya disesuaikan dengan penemuan diagnosisnya yang tepat.

Antidepressan lain yang dipakai seperti golongan SSRE (selective serotonin reuptake enhancer), SNRI (Serotonin Nor Epinephrine Reuptake Inhibitor), RIMA (Reversible Inhibitory Monoamine Oksidase type A), NASSA (Nor-adrenalin and serotonin Selective Anti Depressan) dan golongan Atipik.

Pemberian psikoterapi dan psikofarmaka dianjurkan secara bersamaan untuk mendapatkan hasil pengobatan yang lebih optimal. Psikoterapi dibutuhkan untuk melatih kemampuan adaptasi (mekanisme *coping*) sehingga penderita relatif lebih tahan terhadap stresor yang dialami selanjutnya. Dengan psikoterapi yang melibatkan lingkungan, maka penderita akan merasa mendapatkan dukungan sepenuhnya dari orang-orang sekitarnya sehingga pengobatan akan lebih optimal dan target kesembuhan dapat tercapai lebih cepat dan maksimal.

Penutup

Diagnosis dan tata laksana depresi dibidang penyakit dalam sudah semestinya mendapat perhatian yang tinggi dari para klinisi, karena diakui dapat mempengaruhi perjalanan penyakit dan tata laksana penyakit dasar yang dialami penderita. Penanganan yang holistik dan komprehensif dengan menggunakan pendekatan psikosomatik dapat diandalkan dalam menangani

komorbid depresi pada kasus penyakit dalam, ataupun depresi sebagai pemicu gangguan fungsional

Daftar Pustaka

1. Robinson MJ, Edward SE, Iyengar S, Bymaster F, Clark M et al. Depression and pain. *Frontiers in Bioscience*. 2009;14:5031-51.
2. Genhardt S, Lautenbacher S. Pain in depressive disorders. *Mental Health and Pain*. 2014: 99-108.
3. Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, et al. (2009) Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemo-dialysis patients. *Kidney International* 76: 414-421
4. Rosenthal Asher D, Ver Halen N and Cukor D (2012) Depression and non-adherence predict mortality in hemodialysis treated end-stage renal disease patients. *Hemodialysis International* 16: 387-393.
5. Andreade S, Sesso W. Impact of chronic kidney disease on quality of life, lung function, and functional capacity. 3. Rio de Janeiro : s.n., 2014, Vol. 90, pp. 580-586.
6. R Thomas, Acharya S, Shukla S. Prevalence of depression among patients with chronic kidney disease. *India*. 2014. 9: 19-22
7. Fioranelli M, Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Bianchi M, Rovesti M, Rocca MG. Stress and inflammation in coronary artery disease; A review psychoneuroendocrineimmunology-based. *Front Immunol*. 2018 Sep 6;9:2031.

Tata Laksana Rasional Nyeri Kronik Reumatologi

Lita Diah Rahmawati

Reumatologi, Departemen/ SMF Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/ RS Dr. Soetomo Surabaya

Pendahuluan

Penyakit muskuloskeletal merupakan penyebab terbesar nyeri kronis di pelayanan kesehatan primer. Penyakit reumatik yang sering menyebabkan nyeri kronik adalah osteoarthritis (OA), *inflammatory arthritis*, *chronic regional limb pain* atau LBP dan fibromialgia. Studi neuroimaging menunjukkan bahwa proses nyeri kronik yang terjadi melibatkan proses aktivasi neurotransmitter di susunan saraf pusat dan aktivasi nosiseptor di jaringan perifer karena adanya aktivasi leukosit yang melepaskan sitokin dan merangsang perubahan arachidonic acid menjadi prostaglandin. Sehingga proses inflamasi juga secara langsung dan tidak langsung akan berpeluang menjadi nyeri kronik. *The International Association for the study of pain* mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan. Pendeteksian penyebab nyeri harus dilakukan dengan cermat, selain itu penatalaksanaan nyeri kronik harus dilakukan dengan baik karena bebas nyeri adalah hak asasi setiap manusia. Penatalaksanaan nyeri yang tepat akan memotong jalur nyeri agar tidak menjadi nyeri kronis. Nyeri kronis dapat menjadi beban bagi pasien, keluarga, masyarakat dan bahkan negara.^{1,2,3}

Nyeri dan Inflamasi pada Penyakit Reumatik

Penyakit reumatik dibagi menjadi tiga kategori berdasarkan patogenesis yang mendasari perkiraan terjadinya nyeri. Didapatkan inflamasi pada sendi dan inflamasi sistemik, kondisi sendi yang mengalami degeneratif dan struktur yang tidak normal dan persepsi akan proses nyeri. Pembagian dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Hampir semua gangguan reumatik selalu disertai dengan rasa nyeri walau tanpa inflamasi maupun dengan inflamasi. Rasa nyeri ini penting sebagai proteksi daripada organ. Dengan adanya rasa nyeri terutama pada sendi maka diharapkan akan terjadi pembatasan aktivitas untuk membatasi pemakaian sendi. Pada nyeri sendi degeneratif, nyeri biasanya tidak paralel dengan terjadinya kerusakan sendi. Sedangkan pada nyeri sendi inflamasi, terjadinya kerusakan sendi paralel dengan terjadinya