



Temu Ilmiah Nasional
PSIKOSOMATIK 2016

THE 4TH SCIENTIFIC MEETING ON PSYCHOSOMATIC MEDICINE 2016

SERTIFIKAT

DIBERIKAN KEPADA :

dr. Arina Widya Murni Sp.PD -KPsi

ATAS PARTISIPASINYA SEBAGAI

Pembicara Simposium

"CLINICAL PRACTICE IN PSYCHOSOMATIC MEDICINE : DIAGNOSIS AND MANAGEMENT"

PADANG, 21 - 22 MEI 2016. PANGERAN'S BEACH HOTEL

AKREDITASI IDI 00222/PB/A.4/04/2016

PESERTA 10 SKP PEMBICARA 12 SKP MODERATOR 4 SKP PANITIA 2 SKP

dr. ARINA WIDYA MURNI, SpPD-KPsi, FINASIM
KETUA PANITIA

dr. E. MUDJADDID, SpPD-KPsi, FINASIM
KETUA PERHIMPUNAN KEDOKTERAN PSIKOSOMATIS INDONESIA
(PKPI)



THE 4TH SCIENTIFIC MEETING ON PSYCHOSOMATIC MEDICINE 2016

PADANG, 21-22 MEI 2016
PANGERAN'S BEACH HOTEL

Editor :

Harnavi Harun
Guptaja Kusumah Nagara
Yanne Pradwi Efendi
Bevi Dewi Citra
Gangga Mahatma

Subbagian Psikosomatik Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Unand, RSUP Dr. M. Djamil
bekerjasama dengan
Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik
Indonesia

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS

Editor : Hamavi Harun, Guptaja Kusumah Nagara, Yanne Pradwi Efendi, Bevi Dewi Citra, Gangga Mahatma

Koordinator penerbitan : Hamavi Harun
Redaktur pelaksana : Guptaja Kusumah Nagara

@ 2016 Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Andalas RS Dr. M. Djamil Padang
Bekerjasama dengan :
Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia

Diterbitkan pertama kali oleh :
Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Universitas Andalas RS Dr. M. Djamil Padang
Bekerjasama dengan :
Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia

16 x 21 cm

Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak, mencetak, dan menerbitkan sebagian atau seluruh buku ini dengan cara dan dalam bentuk apapun tanpa seizin penulis dan penerbit.

SAMBUTAN KETUA PANITIA TEMU ILMIAH PSIKOSOMATIK 2016

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa kita sangat berbahagia dengan terbitnya buku symposium Temu Ilmiah Psikosomatik (TIPS): *The 4th Scientific Meeting on Psychosomatic Medicine* 2016, yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia bekerjasama dengan Subbagian Psikosomatik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand/RSUP M Djamil Padang.

Simposium Temu Ilmiah Psikosomatik (TIPS) pada tahun 2016 ini merupakan event nasional dari Perhimpunan Kedokteran Psikosomatik Indonesia yang diadakan untuk keempat kalinya. Tujuan TIPS yaitu sebagai usaha untuk meningkatkan mutu pelayanan, keahlian kedokteran, dan mutu pendidikan serta untuk bertukar pengalaman dan kemampuan dengan para pakar di lingkungan kedokteran Penyakit Dalam dan Psikosomatik.

Kepada para pembicara dan penulis kami haturkan penghargaan dan terima kasih karena telah dapat meluangkan waktu, tenaga serta pikiran sehingga dapat memberikan kontribusi dalam penyusunan buku TIPS 2016.

Ucapan terima kasih dan penghargaan khusus saya berikan kepada panitia pelaksana dan tim editor TIPS 2016 yang telah bekerja keras dalam penerbitan buku ini.

Diharapkan kiranya buku TIPS 2016 ini akan dapat bermanfaat, khususnya dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam bidang Ilmu Penyakit Dalam, terutama untuk lingkup psikosomatik, kepada masyarakat selanjutnya.

Terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung simposium TIPS 2016 sehingga dapat berlangsung dengan baik. Semoga Allah SWT meridhai kegiatan ini.

Ketua Panitia

dr. Arina Widya Murni, SpPD, KPsi, FINASIM

- Dr. dr. Eva Decroli, SpPD-KEMD**
Sub Bagian Metabolik Endokrin Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Dr. dr. Irza Wahid, SpPD-KHOM**
Sub Bagian Hematologi dan Onkologi Medis Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Syaiful Azmi, SpPD-KGH**
Sub Bagian Ginjal Hipertensi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Najirman, SpPD-KR**
Sub Bagian Rheumatologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Yerizal Karani, SpPD-SpJP**
Sub Bagian Kardiologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Rose Dinda Martini, SpPD-KGer**
Sub Bagian Geriatri Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Raveinal, SpPD-KAI**
Sub Bagian Alergi Imunologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- dr. Fauzar, SpPD-KP**
Sub Bagian Paru Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
- Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, SpKJ**
Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

DAFTAR ISI

Kata Sambutan Ketua Panitia	iii
Kata Sambutan Ketua PKPI	iv
Kata Sambutan Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	v
Kata Sambutan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas	vi
Daftar Nama Penyumbang Tulisan	vii
Daftar Isi	ix
PSYCHOSOMATIC CONCEPT IN INTERNAL MEDICINE	1
<i>E. Mudjaddid</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
THE IMPORTANCE OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE KNOWLEDGE AND SKILL IN PRIMARY CARE	12
<i>Rudi Putranto, E.Mudjaddid</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDERS	23
<i>Adnil Edwin Nurdin</i> Bagian Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR DYSPEPSIA	36
<i>Nasrul Zubir</i> Sub Bagian Gastroenterohepatologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS: NEW ROLE OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE IN CLINICAL PRACTICE	46
<i>Arina Widya Murni</i> Sub Bagian Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
ROLE OF SULFIRIDE IN FUNCTIONAL DYSPEPSIA	56
<i>E. Mudjaddid</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	

THE ROLE OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE IN PALLIATIVE CARE: VIEW POINT OF MULTIDISCIPLINARY	58
<i>Rudi Putranto</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
PAIN MANAGEMENT IN CANCER PATIENTS	63
<i>Irza Wahid</i> Sub Bagian Metabolik Endokrin Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
ROLE OF COMPLEMENTARY ALTERNATIVE MEDICINE (CAM) IN PAIN MANAGEMENT	69
<i>A. Siswanto & N. A. Sofia</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta	
UPDATE MANAGEMENT IN HYPERTENSION	85
<i>Syaiful Azmi</i> Sub Bagian Ginjal Hipertensi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
PSYCHOSOMATIC HYPERTENSION: WHAT SHOULD WE KNOW?	92
<i>Hamzah Shatri</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
HOLISTIC APPROACH IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS	98
<i>Wika Hanida</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	
UPDATE MANAGEMENT OF ACS	110
<i>Yerizal Karani</i> Sub Bagian Kardiologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
MANAGEMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN CAD	120
<i>Hamzah Shatri</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
TREATMENT OF ANXIETY DISORDER USING ANTIDEPRESSANTS	133
<i>Andri</i> Divisi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana Jakarta	

HOLISTIC APPROACH FOR PATIENTS WITH FIBROMYALGIA	140
<i>E. Mudjaddid</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
UPDATE MANAGEMENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS	149
<i>Najirman</i> Sub Bagian Rheumatologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
TREATMENT OF DEPRESSION IN RHEUMATOID ARHRITIS	161
<i>Arina Widya Murni</i> Sub Bagian Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
RECENT MANAGEMENT OF TYPE 2 DM	171
<i>Eva Decroli</i> Sub Bagian Metabolik Endokrin Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
DEPRESSION AND METABOLIC SYNDROME	183
<i>Noor A. Sofia</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta	
WHAT SHOULD WE KNOW ABOUT DEMENTIA	195
<i>Rose Dinda Martini</i> Sub Bagian Geriatri Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
INSOMNIA: DEFINED, DIAGNOSED, AND CLASSIFIED	205
<i>Hamzah Shatri</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
MANAGEMENT OF SLEEP DISORDER	215
<i>Rudi Putranto</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
ROLE OF ESTAZOLAM IN INSOMNIA: THE EVIDENCE REGARDING THEIR SAFETY, EFFICACY, AND EFFECTIVENESS	224
<i>E. Mudjaddid</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
INTERGRATED MANAGEMENT OF RHINITIS ALLERGY	226
<i>Haveinal</i> Sub Bagian Alergi Imunologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	

UPDATE TREATMENT OF COPD	246
<i>Fauzar</i> Sub Bagian Paru Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang	
PSYCHOSOMATIC MANAGEMENT OF BRONCHIAL ASTHMA AND COPD	254
<i>M. Ali Apriansyah</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang	
PERAN TERAPI KOGNITIF DAN PERILAKU PADA PASIEN PSIKOSOMATIK	267
<i>Hamzah Shatri</i> Sub Divisi Psikosomatik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Jakarta	
LAMPIRAN ABSTRAK & MAKALAH POSTER TIPS 2016	283

KONSEP KEDOKTERAN PSIKOSOMATIK DAN APLIKASINYA DALAM PRAKTEK

E. Mudjaddid

Divisi Psikosomatik Departemen Ilmu Penyakit Dalam
FKUI/RSCM

PENDAHULUAN

Konsep dasar Kedokteran Psikosomatik bertumpu pada anggapan bahwa manusia adalah sesuatu kesatuan yang utuh yang terdiri dari badan dan jiwa, yang satu sama lainnya tidak bisa dipisahkan. Selain itu manusia adalah makhluk sosial yang setiap saat berinteraksi dengan manusia lain dan lingkungannya dimana dia berada.

Sudah sejak beberapa ratus tahun sebelum Masehi para ahli seperti Socrates dan Hypocrates mengakui bahwa faktor psikis berperan penting pada kejadian dan perjalanan penyakit seorang penderita. Walaupun kemudian Kedokteran Psikosomatik mengalami perkembangan pasang dan surut (sesuai alam fikiran pada jamannya), namun akhirnya para ahli yakin bahwa patologi *suatu* penyakit tidak hanya terletak pada sel atau jaringan saja tetapi terletak pada organisme yang hidup dan kehidupan tidak ditentukan oleh faktor biologis semata tetapi erat sekali hubungannya dengan faktor-faktor lingkungan yaitu lingkungan bio-psiko-sosial dan agama. Inilah konsep Kedokteran Psikosomatik yang memandang manusia atau orang sakit secara utuh dan paripurna (holistik).

Faktor-faktor biologis (somatis), psikis dan lingkungan masing-masing mempunyai interrelasi dan interaksi yang dinamis dan terus menerus, yang dalam keadaan normal atau sehat ketiganya dalam keadaan seimbang. Jika ada gangguan dalam satu segi maka akan mempengaruhi pula pada segi atau lingkungan yang lainnya dan sebaliknya. Jadi jelaslah bahwa setiap penyakit memiliki aspek somatis, psikis dan lingkungan bio-psiko-sosial dan bahkan agama. Dengan demikian konsep monokausal dari suatu penyakit sudah tidak dianut lagi.

10. Kasjmir YI. Peran bradikinin pada mekanisme nyeri dan inflamasi sendi. Dalam: Setiyohadi B, Yoga YI (eds). *Temu Ilmiah Reumatologi Jakarta 2005*:102-109
11. Burmester GR, Pratt AG, Schreier HU, van Lar JM. Rheumatoid Arthritis: Pathogenesis and Clinical Features. In : : Bijlsma JWJ, da Silva JAP, Hachulla E, Doherty M, Cope A, Liote F (editors) *eular Textbook on Rheumatic Diseases*. BM,J Group. London 2012: 206—229
12. Liu R, Kloppenburg M, Berenbaum F. Osteoarthritis: Pathogenesis and Clinical Features. In: : Bijlsma JWJ, da Silva JAP, Hachulla E, Doherty M, Cope A, Liote F (editors) *eular Textbook on Rheumatic Diseases*. BM,J Group. London 2012:719-748
13. Bush ES, Mayer SE. Serotonin: Reseptor agonist and antagonist. In: In: Brunton LL (eds) *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutic*, 11th ed. McGraw-Hill Companies 2006 (e-book)
14. Giordano J. Neuroscience and analgesia. In: Boswell MV, Cole BE (eds). *Weiner's Pain Management: A Practical Guide for Clinicians*, 7th ed, 2006:15-30
15. Scott DL, Kingsley GH. TNF Inhibitors for RA. *NEJM* 2006;355:704-12
16. Kusunoki N, Ymazaki R, Kawai S. Pro apoptotic effects of NSAIDs on synovial Fibroblasts. *Mod Rheumatol* 2008;18:542-551
17. Dworkin RH, Thakur R, Griesing T, Sharma U, Young JP. Randomized Clinical Trials of Pregabalin for Neuropathic Pain: Methods, Results, and Implications. *Progress in Neurotherapeutics and Neuropsychopharmacology*. 2008; 3 (1): 167-187.

TERAPI DEPRESI PADA NYERI KRONIS

Arina Widya Murni

Sub Bagian Psikosomatik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand /
RS Dr. M.Djamil Padang

PENDAHULUAN

Nyeri adalah salah satu dari gejala yang paling sering ditemui di berbagai diagnosis penyakit. Merupakan keluhan yang sangat tidak menyenangkan dan menimbulkan gangguan aktifitas yang sangat mempengaruhi kualitas hidup. Secara definisi berdasarkan *The International Association for The Study of Pain* (IASP), nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan atau hal yang potensial akan menyebabkan kerusakan jaringan.

Timbulnya nyeri melibatkan berbagai sistem sensoris yang bisa menimbulkan berbagai persepsi yang sifatnya kompleks, dan mempengaruhi fungsi kognitif, stres emosional dan kemampuan daya ingat. Akhir dari semua problem kompleks tersebut adalah perubahan suasana hati, perubahan perilaku bahkan penurunan kualitas hidup.

Nyeri kronik hampir tidak terpisahkan dengan kejadian depresi. Setidaknya mood depresi sering muncul pada nyeri kronik karena keluhan yang tidak pernah hilang atau sembuh sempurna. Penderita merasakan nyeri berulang dan tentu saja sudah sangat akrab dengan obat-obatan, angka kunjungan ke dokterpun meningkat dan menyebabkan biaya pengobatan yang tidak sedikit. Pada penderita depresi murni ternyata juga dilaporkan memiliki angka kejadian nyeri yang lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum. Dikatakan bahwa pada kasus nyeri pinggang kronik didapatkan 19,8 % mengalami depresi mayor.

Layaknya pengobatan depresi, maka antidepresan menjadi pilihan disamping pemberian anti nyeri. Akan tetap adakalanya modalitas terapi farmakologi terlihat tidak memberikan hasil yang optimal, pendekatan

psikosomatik dapat menjadi pilihan untuk mengoptimalkan penatalaksanaan nyeri kronik ini.

DEPRESI PADA NYERI KRONIS

Depresi adalah suatu gangguan perasaan yang ditandai oleh mood sedih berlebihan disertai hilangnya minat dan semangat, berkurangnya nafsu makan, dan terdapatnya gangguan tidur yang biasanya didahului oleh sesuatu pengalaman yang mengecewakan.

Menurunnya pelepasan dan kemampuan transmisi serotonin dinyatakan sebagai penyebab terjadinya depresi. Selain serotonin (ada dua sub tipe reseptor utama $5HT_{1A}$ dan $5HT_{2A}$) terdapat neurotransmitter lain seperti norepinefrin, asetilkolin dan dopamin yang juga mengalami perubahan pada kejadian depresi. Jadi depresi terjadi bila terdapat defisiensi relatif satu atau beberapa neurotransmitter aminergik pada sinaps neuron di otak terutama pada sistem limbik.

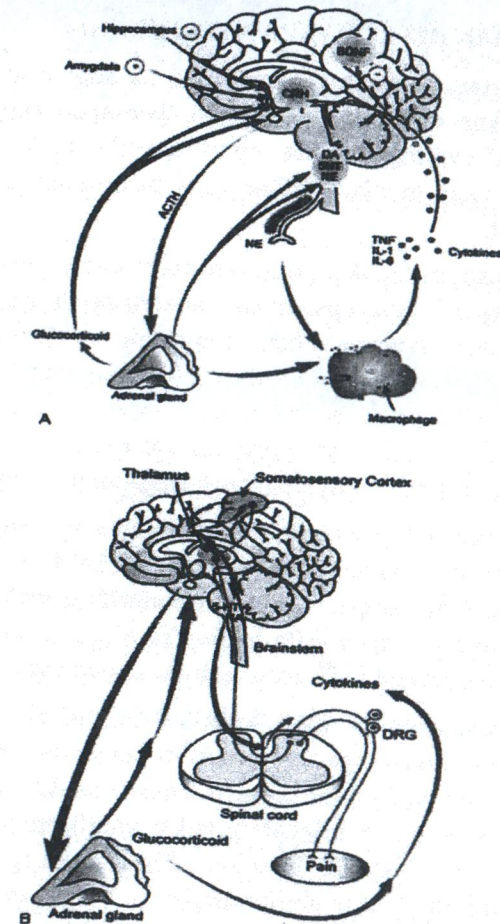
Disregulasi neurotransmitter ditandai dengan adanya ketidakseimbangan kadar serotonin dan norepinefrin dan memberikan sinyal nyeri di otak sehingga dengan demikian dapat dipahami bahwa terdapat hubungan antara nyeri dengan depresi artinya terdapat jalur neurologis bersama. Dengan demikian pemberian antidepresan yang bersifat menghambat reuptake norepinefrin dan serotonin, dapat mengurangi gejala nyeri fisik pada pasien dengan depresi.

Penderita dengan nyeri kronis dan gangguan psikosomatik mengalami disregulasi sumbu Hipotalamo – Pituitari – Adrenal. Aktivasi sumbu HPA akibat nyeri akan meningkatkan kadar glukokortikoid yang tidak hanya merusak neuron hippocampus akan tetapi juga mengurangi neurogenesis. Mekanisme umpan balik negatif pun dapat terganggu sebagai akibat dari stres berkepanjangan yang menimbulkan respon maladaptif dari sumbu HPA itu sendiri.

Depresi dan gangguan nyeri menunjukkan terjadinya peningkatan kadar sitokin termasuk interleukin-6 (IL-6), C-reaktif protein (CRP), interleukin-1-beta (IL-1-beta), dan tumor necrosis factor alpha (TNF-alpha).

Sitokin yang dilepaskan dapat masuk ke otak dan menyebabkan perubahan dari metabolisme serotonin dan dopamin. Sitokin juga akan

mengaktifkan CRF dan akhirnya juga meningkatkan kadar glukokortikoid serum. Pada keadaan fisiologis, peningkatan kadar serum glukokortikoid akan menginduksi penghambatan sumbu HPA, melalui mekanisme umpan balik negatif, mekanisme ini dapat terganggu bila stress yang dialami berkepanjangan atau terus menerus. Penderita dengan gangguan nyeri menunjukkan peningkatan aktifitas sitokin proinflamasi dengan didapatkan peningkatan mRNA dan kadar protein TNF-alpha dan interleukin-2, serta penurunan kadar interleukin 4 dan interleukin 10.



Gambar 1. Hubungan stres dengan gangguan nyeri 1

Penelitian Ruden *et al* (2007) mendapatkan bahwa terjadinya gangguan osional yang menimbulkan rasa takut atau rasa tidak nyama akan menimbulkan peningkatan epinefrin di otak dan penurunan kadar serotonin. Lar serotonin yang berkurang tersebut akan mempengaruhi proses trauma dan berbagai aktifitas di otak sehingga setiap stimulus yang terkait dengan peristiwa tersebut akan mengaktifkan jalur memori dan menyebabkan rasa tidak nyaman.

NATALAKSANAAN DEPRESI PADA NYERI KRONIK

Tujuan pengobatan depresi pada nyeri kronik adalah mengatasi depresi dengan mengaktifkan mekanisme adaptasi "berakrab dengan nyeri" atau menikmati nyeri" sehingga pada nyeri kronik tidak didapatkan lagi gangguan depresi yang menjadi faktor yang bisa membuat keluhan nyeri tersebut meningkat.

Nyeri kronik bisa merupakan keluhan nyeri pada penyakit kronis atau karena nyeri psikogenik. Nyeri psikogenik adalah nyeri yang tidak diketahui penyebabnya dan tidak ditemukan gangguan fisik penyebab nyerinya, namun diduga karena faktor psikologisnya atau dengan istilah lain nyeri akibat berbagai faktor psikogenik. Sebagian besar rasa nyeri itu tidak jelas sumbernya, bisa berpindah-pindah tempat dan berubah-ubah intensitasnya, sehingga diagnosis menjadi sulit dan menyebabkan kegagalan pengobatan.

Dokter yang mengobati penderita dengan depresi pada nyeri kronik harus memahami dengan baik aspek psikologis penderita. Dokter tersebut harus menjalin kerjasama yang baik dengan penderita, bersikap empati, ramah dan mampu meyakinkan penderita bahwa rasa sakit adalah nyata benarnya dan dia paham bagaimana menderitanya penderita tersebut.

Terapi nyeri psikogenik/ nyeri kronik yang ideal adalah dilakukan dengan pengobatan nyeri kronis dengan cara multidimensional dan holistik. Terapi multidimensi ini meliputi faktor kognitif, emosi, sosial budaya, lingkungan, dan ritual (biopsikososial). Pendekatan psikosomatik menjadi jawaban atas pengobatan multidimensional tersebut. Pendekatan psikosomatik akan memperbaiki keluhan dan melatih penderita untuk mampu melakukan perubahan kognitif dan memiliki coping adaptif sehingga untuk selanjutnya mampu "bersahabat" dengan nyeri.

TATA LAKSANA FARMAKOLOGI

Penanganan nyeri tidak terlepas dari pemberian obat-obat analgetik, namun bila ditemui depresi pada nyeri maka penanganan depresi dengan obat-obatan menjadi diperlukan.

1. Antidepresan.

Antidepresan berefek memodulasi sistem neurotransmitter, reseptor opioid serta reseptor endokrin. Antidepresan juga memperbaiki kembali aksis HPA dan secara aktif menormalkan insufisiensi *descending pain-inhibiting tracts* dengan meningkatkan ketersediaan serotonin dan noradrenalin pada *modulatory circuit*. Beberapa antidepresan yang sering dipakai adalah sebagai berikut :

a. *Selective Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SSNRIs)*.

Venlafaxine dan duloxetine merupakan antidepresan dengan aksi ganda sebagai pilihan untuk pengobatan depresi dengan nyeri. Venlafaxine dan duloxetine sebagai *dual-action antidepressants*, telah menunjukkan efektifitas dalam mengurangi rasa sakit pada pasien dengan neuropati diabetes disamping itu memiliki efek samping yang minimal dibandingkan dengan Trisiklin Anti depresi.

Duloxetine juga efektif dalam pengobatan neuropati diabetes dengan dosis 60 mg / hari pada dan dapat mengurangi nyeri. Secara keseluruhan, duloxetine unggul dalam mengurangi rasa sakit pada pasien dengan depresi dibandingkan dengan antidepresan lainnya.

b. *Selective Serotonin/Noradrenaline Reuptake Inhibition (SSRIs,SNRIs)*

Obat golongan ini meskipun efektif mengatasi nyeri dan sedikit efek samping namun lebih inferior dibandingkan antidepresan lain. Pada dosis yang lebih tinggi bisa menyerupai aktifitas *serotonin / noradrenaline inhibitor reuptake inhibitor*.

c. *Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NSSA)*.

Antidepresan jenis ini Mirtazapine, unggul dengan normalisasi gangguan tidur yang sering menyertai penderita nyeri kronik dengan depresi. Namun efek meringankan nyeri ini kurang dibandingkan obat lain. Mirtazapine juga kadang-kadang diterapkan untuk pengobatan nyeri akut atau profilaksis pada nyeri kepala tipe tegang kronis.

d. Antidepressants tri cyclic.

Antidepressant tri cyclic bekerja dengan meningkatkan pengaruh pada aktivitas norepinefrin (NE) dan serotonin (5-HT) di jalur menurun modulasi nyeri dari sumsum tulang belakang, yang merupakan proyeksi yang menghambat naiknya sinyal rasa sakit. 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.
- Clomiperamine: 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.

2. Alpha 2 Delta Ligan

Alpha 2 Delta Ligan yaitu Gabapentin, Pregabalin dan delta unit, bekerja menyebabkan sensitisasi sentral. Di Susunan saraf pusat, potensial aksi yang kuat atau berulang-ulang dapat menyebabkan pembukaan terus-menerus saluran kalsium yang menyebabkan pelepasan berlebihan neurotransmitter ke dalam celah sinaptik, sehingga stimulasi berlebihan neuron postsynaptic menyebabkan peningkatan aktifitas molekul neurotransmitter dan perubahan struktural sensitisasi sentral. Dengan pemberian Alpha 2 Delta Ligan akan mengikat alpha 2 delta subunit dari saluran kalsium sensitif yang merubah konformasi untuk mengurangi masuknya kalsium, sehingga mengurangi rangsangan berlebihan reseptor pasca-sinaptik.

3. Antikonvulsan

Antikonvulsan bekerja dengan menghalangi aktivitas saluran natrium, menstabilkan membran neuronal pra-sinaptik, mengurangi pelepasan neurotransmitter rangsangan dan mengurangi kerusakan spontan atau memulihkan serat nociceptive. Obat yang dipakai adalah Fenitoin dan Karbamazepin.

4. Benzodiazepin

Pemberian golongan benzodiazepine dapat mengaktifkan asam amino butirat (GABA) yang terhambat karena aktivitas jaras syaraf modulasi nyeri. Obat golongan benzodiazepine yang dapat dipakai meliputi:

- Temazepam, Lorazepam dan Clonazepam.

5. Analgetik.

Pemberian opioid analgetik dapat dibenarkan dalam mengatasi nyeri kronis. Obat seperti Tramadol dapat dipakai dan sekaligus mempunyai efek tambahan pada noradrenergic dan resptor serotonin menyerupai efek antidepresan. Beberapa efek samping yang mungkin muncul, misalnya nefropati dan gastropati yang diinduksi NSAID serta adiksi yang sudah diketahui secara luas dan merupakan risiko dari penggunaan opioid jangka panjang.

TATA LAKSANA NON FARMAKOLOGI

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.

Rasa nyeri terkadang bisa hilang tanpa harus mengkonsumsi obat. Banyak teknik yang ditawarkan seperti relaksasi, imagery, distraksi dan stimulasi kulit, serti akupunktur dan lain-lain.

Berikut beberapa alternatif terapi non farmakologi yang dapat dipergunakan untuk pengobatan nyeri kronis dengan depresi

1. Relaksasi:

Relaksasi adalah metode pengobatan untuk mengurangi ketegangan di otot. Relaksasi dapat dicari sendiri oleh penderita teknik mana yang nyaman bagi dirinya. Relaksasi dengan teknik melatih pernafasan, zikir, shalat Tahajud, atau dengan meditasi dan yoga terbukti mampu meredakan

tegang dan menimbulkan kenyamanan. Dengan ketenangan penderita akan memperoleh lebih banyak energy, kecemasan dan kelelahan akan berkurang dan membuat metode pengobatan lain untuk menghilangkan nyeri akan bekerja lebih baik.

Biofeedback:

Biofeedback adalah teknik manajemen nyeri yang mengajarkan pasien untuk secara sadar mempengaruhi fungsi tubuh normal, seperti mengatur denyut jantung, ketegangan otot, dan tekanan darah. Penderita juga diyakini bahwa keluhan nyeri yang mereka rasakan dapat dikendalikan dan tidak membahayakan. Idennya adalah bahwa dengan menjadi menyadari fungsi ini, pasien secara khusus bagaimana mereka berkorelasi dengan nyeri, dapat menyesuaikan pikiran mereka dengan nyeri dan pada akhirnya akan bersahabat dengan rasa nyeri tersebut.

Terapi Supportif 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 imajinasi 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.

Elektroterapi:

Bentuk yang paling umum dikenal elektroterapi adalah *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS). TENS merupakan upaya terapi untuk mengurangi nyeri punggung dengan stimulasi listrik tegangan rendah yang berinteraksi dengan sensorik sistem saraf.

6. 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.

Pendekatan psikosomatik mengisyaratkan pemberian terapi yang holistik secara 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 dan nyeri menjadi keluhan yang tidak merepotkan. 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.

KESIMPULAN

1. Nyeri kronis erat hubungannya dengan gangguan psikosomatik terutama depresi, hal ini disebabkan oleh perubahan fisiologis jaras syaraf dan neurotransmitter serta problem psikososial yang dialami oleh penderita.
2. Nyeri kronis yang disertai depresi dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita, menimbulkan terganggunya aktifitas, bahkan perubahan perilaku.
3. Penanganan yang optimal akan didapatkan dengan melakukan pendekatan psikosomatik, yaitu gabungan terapi farmakologi dan non farmakologi yang dilaksanakan bersamaan dengan berlandaskan hubungan interpersonal yang baik antara dokter dan penderita.

Referensi

1. Setiyohadi B, Sumariyono, Kasjmir YI, Isbagio H, Kalim H. Nyeri. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi 6. Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam. 2014:3115-26.
2. Robinson MJ, Edward SE, Iyengar S, Bymaster F, Clark M et al. Depression and pain. *Frontiers in Bioscience*. 2009;14:5031-51.
3. Gangguan somatoform.. Dalam: Sinopsis Psikiatri.Ed : Harold I.Kaplan, Benjamin J. Saddock, Jsck A. Grebb. 2010: 84-106.
4. Seminowicz D, Pustilnik A, Gjolso MK, Chandler J, Dinestein R. Panel 3: chronic pain, "psychogenic" pain and emotion. *Journal of Healthcare Law and Policy*. 2015;18:275-94.
5. Rijavec N, Grobic VN. Depression and pain: often together bu still a clinical- a review. *Psychiatrica Darubina*. 2012;24:346-52.
6. Genhardt S, Lautenbacher S. Pain in depressive disorders. *Mental Health and Pain*. 2014:99-108.
7. Delgado PL. Common pathway of depression and pain. *J Clin Psychiatry*. 2004;12:12-19

**RECENT MANAGEMENT OF DM TYPE 2 FOCUS ON:
SGLT2 INHIBITOR****Eva Decroli**Sub Bagian Metabolik Endokrin
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang**PENDAHULUAN**

Diabetes melitus tipe 2 adalah penyakit metabolik dan endokrin yang komplek yang merupakan masalah utama kesehatan masyarakat yang prevalensinya meningkat pesat diseluruh dunia¹. Diabetes melitus tipe 2 merupakan faktor risiko mayor dalam progresivitas komplikasi mikrovaskuler (retinopati, nefropati, dan neuropati) dan makrovaskuler (penyakit jantung koroner, serebrovaskuler, dan pembuluh darah perifer

Beberapa agen farmakologis seperti golongan biguanid yang bekerja mengurangi resistensi insulin, golongan sulfonilurea yang bekerja meningkatkan sekresi insulin, golongan *alfaglukosidase inhibitor* memperlambat penyerapan karbohidrat, dan agen farmakologis dengan cara pemberian suntik seperti insulin dan. GLP1 analog masih belum mencukupi untuk mengatasi problema diabetes^{2,3}.

Saat ini *inhibitorsodium glucose co transporter (SGLT2 inhibitor)*telah mulai beredar diluar negeri (belum ada di indonesia). Suatu kelas obat yang baru, yang dikenal dengan. SGLT2 inhibitor merupakan penghambatan terhadap sistem transpor dominan dalam reabsorpsi glukosa dari filtrasi glomerulus⁴.

PERANAN GINJAL DALAM HOMEOSTASIS GLUKOSA

Untuk menjaga kestabilan gula darah maka tubuh mengeluarkan dua hormon insulin dan glucagon. Bila terjadi hiperglikemia sel pancreas mensekresikan insulin untuk menurunkan glukosa darah dengan cara menurunkan *hepatic glucose production*, memfasilitasi transport glukosa ke otot dan jaringan adipose serta menghambat sekresi glucagon. Pada keadaan