PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM INDONESIA
CABANG SUMATERA BARAT
BAGIAN ILMU PENYAKIT DALAM FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ANDALAS

CPD - IPD
CABANG SUMBAR

Sertifikat

dr. Arnelis, SpPD-KGEH
VERIFIKATOR

Diberikan kepada :

dr. Arina Widya Murni, SpPD-KPsi, FINASIM

Atas partisipasinya pada :

PIMM PAPDI - II

PADANG INTERNAL MEDICINE MEETING PAPDI - II

Theme : "Internal Medicine Updates in Daily Clinical Practices for Better Health Services"

Yang diselenggarakan pada tanggal 26 Oktober 2013 di Padang
sebagai :

PEMBICARA

Akreditasi IDI SK No : 143/IDI-WIL-SB/SK/IX/2013
Pembicara : 6 SKP | Moderator : 2 SKP | Peserta : 6 SKP | Panitia : 1 SKP

dr. Syaiful Azmi, SpPD-KGH, FINASIM
Ketua PAPDI Cabang Sumatera Barat

dr. Irza Wahid, SpPD-KHOM, FINASIM
Ketua Pelaksana

dr. Akmal Mufriadi Hanif, SpPD, MARS, FINASIM
Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam

Dr. dr. Masrul, M.Sc, SpGK
Dekan FK-Unand

Internal Medicine Updates in Daily Clinical Practices for Better Health Services

Editor :
Najirman | Faisal | Wahyudi

Kerjasama PAPDI Cabang Sumatera Barat dengan
Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/
RS Dr. M. Djamil Padang

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
Editor : Najirman, Faisal, Wahyudi

Koordinator penerbitan : Najirman
Redaktur pelaksana : Faisal

@ 2013 Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas AndalasBagian
RS Dr. M. Djamil Padang

Diterbitkan pertama kali oleh :
Bagian Ilmu Penyakit Dalam
FK Universitas Andalas
RS Dr. M. Djamil Padang

16 x 21 cm

ISBN 978-979-18821-9-4

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.

KATA SAMBUTAN KETUA PANITIA PADANG INTERNAL MEDICINE MEETING-II (PIMM-II)

Indonesia saat ini berada dalam fase transisi epidemiologi, disaat masalah penyakit infeksi belum dapat teratasi secara maksimal, masalah penyakit degeneratif seperti hipertensi, diabetes mellitus, trombosis, dan kanker justru mengalami peningkatan yang tajam.

Perubahan yang drastis tersebut, memberikan konsekuensi yang besar terhadap dokter yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan baik di tingkat pelayanan primer di Puskesmas ataupun rumah sakit, sehingga dokter harus dapat menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut.

Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam cabang Sumatera Barat (PAPDI Cab. Sumbar) bersama Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand – RS. Dr. M. Djamil Padang ikut bertanggung jawab dalam membantu dokter untuk meningkatkan mutu pelayanan, keterampilan ataupun pengetahuan terkini dokter yang berada di Sumatera Barat dan Provinsi yang berdekatan. Sehingga hal ini menjadi latar belakang diselenggarakannya *Padang Internal Medicine Meeting-II (PIMM II)* guna membahas perkembangan terbaru Ilmu Penyakit Dalam yang dibutuhkan dokter yang dalam hal ini difokuskan pada aplikasi klinis untuk praktik sehari-hari seperti diabetes melitus, hipertensi, trombosis, demam berdarah, nyeri, tuberkulosis paru dan kanker.

Akhir kata kami mengucapkan "Selamat Mengikuti Simposium", semoga bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Ketua Panitia

dto.

dr. H. Irza Wahid, SpPD-K-HOM, FINASIM

KATA SAMBUTAN KETUA PAPDI CABANG SUMATERA BARAT

Assalamu'alaikum WW

Kita ucapkan puji syukur kehadirat Allah S.W.T atas diterbitkannya buku "Internal Medicine Updates in Daily Clinical Practices for Better Health Services" ini.

Buku ini merupakan kumpulan makalah PIMM PAPDI - II yang merupakan salah satu bentuk kerjasama PAPDI cab. Sumbar dengan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UNAND. Bentuk kerjasama lainnya berupa kegiatan pendidikan, pengabdian masyarakat, pertemuan-pertemuan ilmiah, penelitian dan lain- lain.

Buku ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber bagi teman-teman sejawat untuk penatalaksanaan kasus-kasus di bidang Ilmu Penyakit Dalam di praktek sehari-hari secara praktis namun dapat memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal kepada masyarakat.

Kepada panitia, kami mengucapkan terima kasih atas kerja keras dan kekompakan sehingga buku ini terbit. Kepada semua pihak yang telah ikut membantu dan memberikan masukan, kami ucapkan terima kasih. Semoga buku ini memberikan manfaat bagi kita semua. Amin.

Wassalamu"alaikum WW

Ketua PAPDI Cabang Sumatera Barat

dto.

dr. H. Syaiful Azmi, SpPD-KGH, FINASIM

SAMBUTAN KETUA BAGIAN ILMU PENYAKIT DALAM FK-UNAND/RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Assalamu'alaykum Wr. Wb.

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa kita sangat berbahagia dengan terbitnya buku Penatalaksanaan Terkini di bidang Ilmu Penyakit Dalam untuk Praktek Klinis ini, yang diselenggarakan oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI) cabang Sumatera Barat kerjasama Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK Unand pada tanggal 26 Oktober 2013.

Padang Internal Medicine Meeting – PAPDI II merupakan kegiatan tahunan yang diadakan oleh PAPDI cabang Sumbar sejak tahun 2012. Tujuan PIMM PAPDI untuk memberikan pendidikan kedokteran berkelanjutan khususnya manajemen terbaru penyakit-penyakit di bidang Ilmu Penyakit Dalam kepada seluruh dokter umum dan dokter spesialis Ilmu Penyakit Dalam di daerah Propinsi Sumatera Barat dan sekitarnya untuk praktek klinis sehari-hari, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kompetensi mereka.

Tema kali ini, sesuai tujuannya yaitu Internal Medicne Update in Daily Clinical ractice for Better Health Services yang menyajikan hal-hal baru di bidang Penyakit Dalam yang merupakan tantangan untuk terus dikembangkan.

Kepada para pembicara dan penulis kami haturkan terima kasih dan penghargaan terutama kepada pembicara tamu dari luar Sumatera Barat, dr. Andry, SpKJ, dr. Freddy Wilmana MFPM, Sp.FK.

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

Diharapkan kiranya buku ini akan dapat bermanfaat dan dimanfaatkan, khususnya dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam bidang Ilmu Penyakit Dalam kepada masyarakat selanjutnya.

Terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dan mensponsori acara ini, semoga Allah SWT meridhoi kegiatan ini.

Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam
FK-Unand/Perjan RS Dr.M.Djamil Padang

dto.

dr. H. Akmal M. Hanif, Sp.PD, MARS, FINASIM

KATA SAMBUTAN KETUA TIM EDITOR PADANG INTERNAL MEDICINE MEETING-II (PIMM-II)

Assalamu'alaikum WW

Segala puji dan syukur kita ucapkan atas kehadirat Allah S.W.T atas diterbitkannya buku "Internal Medicine Updates in Daily Clinical Practices for Better Health Services" ini. Buku ini merupakan kumpulan makalah dari para nara sumber PIMM PAPDI - II yang diselenggarakan pada 26 Oktober 2013, di Hotel Pangeran Beach, Padang.

Buku ini diharapkan dapat menjadi sumber ilmu bagi teman sejawat sekalian, khususnya spesialis Ilmu Penyakit Dalam menangani kasus-kasus yang ditemukan pada praktek sehari-hari secara praktis, namun *up to date*.

Kepada para panitia dan semua pihak yang telah memberikan bantuan kami ucapkan terimakasih. Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamu"alaikum WW

Ketua Tim Editor

dto.

dr. Najirman, SpPD-KR

DAFTAR ISI

	Hal.
Sambutan Ketua Panitia	iii
Sambutan Ketua PAPDI Cabang Sumatera Barat	iv
Sambutan Ketua Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-Unand/RSUP Dr. M. Djamil Padang	v
Sambutan Ketua Tim Editor Padang Internal Medicine Meeting-II (PIMM-II)	vi
Daftar Isi	vii
Single Pill Combination for Treatment of Hypertension *dr. H. Syaiful Azmi, SpPD-KGH, FINASIM*	1
Update Management of Venous Thromboembolism : Focus on Pradaxa *dr. H. Irza Wahid, SpPD-KHOM, FINASIM*	8
The Role of Psidii folium Extract in Management of Dengue Haemorrhagic Fever *dr. H. Armen Ahmad, SpPD-KPTI, FINASIM*	19
Penatalaksanaan Demam Berdarah Dengue Prof. dr. Nuzirwan Acang, DTM&H, SpPD-KHOM, FINASIM	30
Insulin Initiation Strategy in T2DM Treatment *Prof. Dr. dr.H. Asman Manaf,SpPD-KEMD*	43
Long Acting Insulin In Treatment Of Type 2 DM Outpatients *Dr. dr. H. Eva Decroli, SpPD-KEMD, FINASIM*	44
Fibromyalgia : Pendekatan Patofisiologi dan Diagnosis *dr. Hj.Arina Widya Murni, SpPD-KPSi, FINASIM*	50

Pandangan Psikosomatik pada Fibromialgia 58
dr. Andri, SpKJ

Pharmacotherapy ofmusculoskeletal pain, focus on Etoricoxib 66
dr. Freddy Wilmana, MFPM, SpFK, Dipl.WOSAAM

Penatalaksanaan Nyeri Inflamasi di Bidang Penyakit Reumatik 70
dr. Najirman, SpPD-KR

Pemberian Khemoterapi pada Penyakit Kanker 87
Prof. dr. Nuzirwan Acang, DTM&H, SpPD-KHOM,FINASIM

Management of Bone Metastasis in Cancer Patient 102
dr. H. Irza Wahid, SpPD-KHOM, FINASIM

Update Management of Hypertension : Focus on Amlodipin 112
dr.H. Syaiful Azmi, SpPD-KGH,FINASIM

ACE-Inhibitor : Proteksi Ginjal 119
dr. Harnavi Harun, SpPD

Diagnostic and Treatment of Tuberculosis based on ISTC 125
dr. Fauzar, SpPD

Recent Diagnostic and Therapeutic of Extrapulmonary
Tuberculosis 133
Prof. dr. H. Zulkarnain Arsyad, SpPD-KP

SINGLE PILL COMBINATION FOR TREATMENT OF HYPERTENSION

Syaiful Azmi
Sub Bagian Ginjal Hipertensi, Bagian Ilmu Penyakit Dalam
FK. Unand / RSUP Dr.M. Djamil Padang

PENDAHULUAN

Tujuan utama dalam penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat hipertensi, khususnya kejadian kardiovaskuler dan stroke serta memperlambat progresivitas penyakit ginjal. Namun hasil yang dicapai belumlah memuaskan. Di AS pada *survey* kesehatan nasional tahun 1999 - tahun 2000, hanya 70 % dari penderita hipertensi yang mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi, 59 % diantaranya mencari pertolongan medis dan hanya 34 % yang tekanan darahnya bisa dikendalikan.

Patogenesis yang kompleks dari hipertensi, keaadaan klinis yang berbeda antara penderita hipertensi dan penyakit penyerta yang juga bervariasi, menyebabkan penatalaksanaan hipertensi menjadi kompleks dan sangat individual.

Berbagai panduan pengendalian tekanan darah sudah diperkenalkan sejak JNC I tahun 1977 yang lebih dikenal dengan "Stepped Up Care" sampai JNC VII 2003 yang menganjurkan kombinasi Obat Anti Hipertensi (OAH) dosis rendah pada penderita hipertensi dengan tekanan darah sistolik diatas 20 mmHg dan atau tekanan darah diastolik diatas 10 mmHg dari target tekanan darah, namun tekanan darah yang dikehendaki masih sulit tercapai.

Banyak faktor yang menyebabkan belum tercapainya tekanan darah yang dikehendaki seperti kepatuhan penderita, ketidaktahuan penderita, sosial ekonomi, mitos dan lain-lain.

Kombinasi OAH dalam satu pil, merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan pasien berobat, karena dengan kombinasi OAH dalam satu pil bisa mengurangi efek samping dan lebih ekonomis.

FIBROMYALGIA
PENDEKATAN PATOFISIOLOGI DAN DIAGNOSIS

Arina Widya Murni
Sub Bagian Psikosomatik Bagian Penyakit Dalam FK Unand/
RS Dr M Djamil

PENDAHULUAN

Fibromyalgia merupakan suatu sindrom (kumpulan gejala) yang meliputi nyeri kronis yang tersebar luas di beberapa bagian tubuh disertai dengan gejala lain seperti gangguan tidur, rasa letih dan gangguan keseimbangan emosi dan kognitif. Istilah fibromyalgia pertama kali diperkenalkan oleh Hench (1976) dengan menambahkan depresi sebagai salah satu gejala yang ditemukan, selain nyeri kronik dan kelelahan *(fatigue)*.

Diagnosis Fibromyalgia pertama kali di munculkan oleh "*The American College of Rheumatology (ACR)*" pada tahun 1990, dimana kriteria diagnosis Fibromyalgia ditetapkan bila ditemui gejala nyeri kronis yang menyebar luas, didaerah axial, bilateral, segmen nyeri bagian atas dan bawah, berlangsung lebih dari 3 bulan dan memiliki titik nyeri ≥ 11 titik dari 18 titik nyeri yang dikenal. Sebelum tahun 1990 tersebut, dipakai istilah fibrositis dan sindrom somatik fungsional dengan memasukkan gejala tambahan seperti depresi, gangguan tidur dan lelah akan tetapi tidak dimasukkan dalam kriteria diagnosis. Banyak kontroversi waktu itu tentang perlunya memasukkan diagnosis fibromyalgia ini sebagai penyakit tersendiri, sementara sebagian ahli mengatakan fibromyalgia merupakan bagian dari penyakit lain.

Fibromyalgia ditemukan berkisar 2-4 % di populasi umum, dengan perbandingan insiden perempuan dengan laki-laki 9:1. Studi kohort yang dilakukan oleh Weir P dkk (2006) mendapatkan prevalensi fibromialgia 6.88 kasus per 1000 penduduk laki-laki dan 11,26 per1000 penduduk pertahun bagi wanita. Fibromyalgia bisa primer (tidak ada penyakit organik) dan bisa sekunder sebagai komorbiditi dari penyakit rematik lainnya. Stress psikologis ditemukan pada 60 -80 % kasus. Dengan adanya stres psikososial akan meningkatkan risiko kejadian fibromyalgia tersebut.

PATOFISIOLOGI

Bagaimana terjadinya fibromyalgia sampai saat ini belum d penyebab pasti dan patofisiologi terjadinya pun belum jelas. Banya mekanisme yang terjadi dan berbagai penelitian memperlihatkan bermacam faktor yang memicu dan memperberat keluhan tersebut,

1. Sindrom amplifikasi nyeri, meningkatnya sensitifitas dari *central nerves system* dan / atau abnormalitas dari jaringan perifer. Terdapat peningkatan sensitisasi jaringan syaraf perifer, terutama persyarafan nosiseptif, dimana terjadi peningkatan sensitivitas terhadap tekanan, suhu, stimulasi elektrik dan kimiawi. Aktivitas nyeri nosiseptif di perifer ini dapat menimbulkan nyeri sentral terus menerus yang menyebabkan berlangsungnya nyeri kronis.Disamping itu terdapat respon yang berlebihan terhadap stimulasi nyeri yang berulang dan tidak terdapatnya. kemampuan menahan rasa sakit yang diinduksi oleh kegiatan fisik.
2. Perubahan /disfungsi dari neurotransmitter seperti dopamine dan serotonin.

   Disfungsi dopamin ditandai dengan disrupsi transmisi persyarafan yang berhubungan dengan transmisi dopamin. Dopamin mengalami penurunan aktifitas /insufisiensi (hipodopaminergia) sehingga jumlah dopamin yang berperan dalam persepsi nyeri dan natural analgetik menjadi berkurang.

   Serotonin merupakan neurotransmitter yang mengatur pola tidur, *mood*, konsentrasi dan nyeri. Penurunan jumlah serotonin dalam darah dan cairan serebro spinal terbukti meningkatkan gejala dari fibromyalgia. Ini juga dapat menjelaskan hubungan erat antara depresi dengan fibromyalgia karena terdapatnya mekanisme yang sama yaitu penurunan aktivitas serotonin.
3. Faktor risiko psikologis. termasuk diantaranya somatisasi atau meningkatnya fokus terhadap gejala yang muncul di tubuh,ditambah adanya pikiran negatif dalam kehidupan, distress psikologis dan mekanisme koping yang pasif dapat meningkatkan gejala klinis fibromyalgia dan sekaligus mempengaruhi kualitas hidup penderita.
4. Lepasnya substansi P, interleukin-1 dan 6, tumor nekrosis faktor, nitrit oksid, asam amino dan prostaglandin, semuanya terbukti terlibat dalam

menimbulkan nyeri kronis. Begitu pula peran hormonal seperti *growth hormone, insulin-like growth factor*, kortisol, leptin dan neuropeptida –Y, terbukti abnormal pada penderita fibromyalgia.

GEJALA DAN TANDA

Keluhan utama yang disampaikan penderita adalah nyeri di otot diberbagai lokasi tubuh seperti daerah punggung, bahu, panggul dan betis yang berlangsung kronis (> 6 bulan). Keluhan ini disampaikan lebih dari 97 persen kasus yang ditemui. Keluhan lain yang menyertai adalah rasa letih dan nyeri sendi di berbagai lokasi seperti sendi bahu, sendi lutut, sendi pinggang dan sendi panggul. Dapat juga ditemukan gangguan tidur dimana kualitas tidur dirasakan menurun. Bangun tidur pagi hari terasa lelah, tidak bersemangat dan terdapat kekakuan pada tangan di pagi hari. Kemampuan kognitif menurun ditandai dengan konsentrasi yang menurun, dan cenderung sulit mengingat sesuatu atau pelupa. Pada akhirnya penderita merasakan kemunduran dari aktifitasnya dan memburuknya penampilan dalam pekerjaan dan aktifitas sehari-hari.

Fibromyalgia juga diklasifikasikan sebagai suatu sindrom somatik fungsional. yaitu kumpulan gejala fisik selama periode tertentu namun tidak ditemukan penyebab yang dapat menerangkan keluhan tersebut seperti kerusakan jaringan, kelainan biokomia dan laboratorium yang spesifik.

Beberapa tanda dan gejala yang dicari bila mendapatkan penderita dengan keluhan nyeri kronis adalah sebagai berikut :

1. Nyeri yang sangat hebat dan mengganggu lebih dari 3 bulan
2. Tidak didapatkan kelainan yang secara adekuat dapat menerangkan sebab nyeri.
3. Timbulnya nyeri berhubungan dengan konflik psikososial atau problem psikososial lainnya.
4. Tidak didapatkan tanda psikotik yang menyertai keluhan

Semua tanda dan gejala diatas mengarah kepada kelainan somatik fungsional yaitu / fibromyalgia terutama pada keluhan 1 dan 2, sementara pada keluhan 3 tidak pada semua penderita ditemui keadaan tersebut.

Faktor genetik juga diduga menjadi faktor risiko dari fibromyalgia. Beberapa studi pada orang kembar memperlihatkan hasil adanya hubungan fibromyalgia dengan silsilah keluarga. Fibromyalgia juga sering komorbid dengan penyakit fungsional lainnya seperti Sindrom Kolon Iritabel dan Sindrom Kelelahan Kronik, sehingga akan didapatkan keluhan yang tumpang tindih yang memerlukan anamnesis dan pemeriksaan yang teliti.

DIAGNOSIS

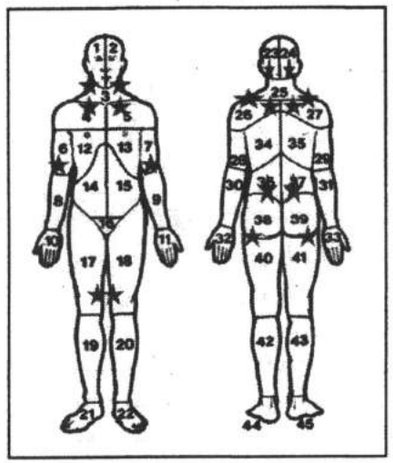
Untuk mendapatkan diagnosis fibromyalgia dilakukan tahapan penilaian sebagai berikut :

1. Identifikasi atau petakan lokasi nyeri yang dirasakan oleh penderita dengan melakukan penekanan pada 18 titik nyeri, lebih dari 11 titik mengalami nyeri tekan, dapat diperkirakan suatu fibromyalgia.
2. Pertajam anamnesis untuk mencari gejala penting lainnya seperti *fatigue* dan gangguan tidur.
3. Lengkapi anamnesis riwayat obat-obatan yang diminum.
4. Lengkapi pemeriksaan fisik termasuk kulit, syaraf dan ortopedi.
5. Lakukan pemeriksaan laboratorium penunjang untuk menyingkirkan diagnosis banding, seperti :
   a. laju endap darah, CRP dan hitung jenis (untuk menyingkirkan polimyalgia reumatik dan arthritis rematoid)
   b. creatin kinase ,(untuk menyingkirkan kelainan otot)
   c. calcium (hiperkalsemia)
   d. pemeriksaan hormone tiroid (hipotiroidism)
6. Pemeriksaan penunjang spesifik dapat dilakukan tergantung kepada kecurigaan yang difikirkan.

Kriteria diagnosis ditetapkan berdasarkan kriteria ACR (1990) berupa :

1. Terdapatnya nyeri yang meluas di tubuh setidaknya 3 bulan terakhir.
2. Terdapatnya minimal 11 titik dari 18 titik daerah yang mengalami nyeri tekan, dengan perkiraan beban tekanan sekitar 4 kg, lokasi 18 titik nyeri tersebut adalah (gbr1):

a. Oksiput bilateral, di tempat insersi otot suboksipital
b. Servikal bagian bawah bilateral, di bagian anterior C5-7
c. Trapezius bilateral
d. Supraspinatus bilateral, di wilayah atas skalpula di bagian medial
e. Iga ke dua bilateral, pada *costochondrial junction.*
f. Epikondilus lateral, bilateral, pada lokasi 2 cm dari epikondilus
g. Gluteal bilateral ,pada kuadran luar bagian atas otot panggul
h. Trochanter mayor bilateral, pada posterior prominen trochanter
i. Sendi lutut bilateral, pada bagian lemak medial diatas garis sendi



Gambar 1. Titik/ lokasi nyeri tekan pada penderita fibromyalgia

Pada thn 2010, ACR mempublikasikan kriteria baru untuk diagnosis fibromyalgia , menghilangkan pentingnya jumlah titik nyeri dan mengembangkannya dalam 3 kondisi meliputi

1. Nyeri yang meluas dengan indeks nyeri ≥ 7 dan beratnya gejala ≥ 5 atau indeks nyeri 3 – 6, dan beratnya gejala dengan skor ≥9.
2. Gejala didapatkan pada derajat yang sama setidaknya selama 3 bulan
3. Pasien tidak mempunyai kelainan lain yang dapat menerangkan keluhan nyeri tersebut.

Diagnosis baru ini dibuat untuk mempermudah dokter pelayanan primer dalam mendiagnosis fibromyalgia dimana selama ini terdapat kesulitan dalam menentukan titik nyeri serta untuk meningkatkan kemampuan dalam mengenal hubungan kognitif dan gejala somatik yang berhubungan dengan kelainan ini. Disamping itu kriteria ini juga dipakai untuk monitoring terutama melihat perbaikan keluhan dengan berdasarkan kepada perubahan skala beratnya gejala yang dirasakan penderita(*symptom severity scale*).

PENATALAKSANAAN

Pemahaman patofisiologi yang belum jelas dan terdapatnya berbagai gejala yang menyertai keluhan pasien dengan fibromyalgia, menyebabkan terapi yang efektif terus diupayakan. Salah satu pendekatan yang disarankan adalah terapi komprehensif yang melibatkan penanganan medikamentosa dan non medikamentosa. Mengingat faktor psikis didapatkan pada kasus ini, maka pendekatan psikosomatik yang menekankan pemahaman terhadap gejala dan tanda penyakit, mekanisme koping yang baik dan kepatuhan dalam pengobatan menjadi kunci utama dalam peningkatan kualitas hidup karena membaiknya kondisi psikis dan fisik penderita.

Non Medikamentosa

Terapi non medikamentosa berperan penting dalam penanganan fibromyalgia. Berikut beberapa penanganan non medikamentosa yang direkomendsikan oleh EULAR (2007) :

1. Latihan renang dengan air hangat dengan dan tanpa latihan fisik
2. Program latihan fisik terpadu termasuk latihan aerobik dan latihan kekuatan otot.
3. Latihan perilaku (*cognitive behavioral therapy)*
4. Terapi psikologis lainnya seperti relaksasi, rehabilitasi, fisioterapi dan dukungan psikologis diberikan berdasarkan kebutuhan penderita.

Medikamentosa

Banyak penelitian yang dilakukan dalam skala kecil untuk melihat efektifitas obat untuk mengatasi nyeri pada penderita fibromyalgia.

Penelitian yang menggunakan gabapentin yang dikombinasikan dengan paroxetine, terbukti bermakna memperbaiki gejala fibromyalgia secara bermakna pada kelompok penderita yang mengalami ansietas. Penelitian lain mendapatkan dibandingkan dengan placebo, pemakaian duloxetine, fluoxetine, *control release* paroxetine dan pregabalin secara bermakna efektif memperbaiki gejala fibromyalgia pada kelompok penderita yang mengalami depresi.

Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Arnold dkk (2007) yang membandingkan 450 mg pregabalin sekali sehari dan dibandingkan dengan kontrol (plasebo), serta membandingkan pengaruh depresi dan /atau ansietas terhadap efektifitas pregabalin dalam mengurangi nyeri, mendapatkan bahwa terdapat penurunan nyeri yang bermakna pada kelompok yang mendapatkan pregabalin dengan rerata skor 4.94 vs 5.88 (p= 0.001). Demikian pula untuk perbaikan depresi dan ansietas, 29 % merasakan bebas dari ansietas, dan 44 % bebas dari depresi dibandingkan dengan kondisi awal terapi. Perbaikan ansietas dan depresi dikatakan secara tidak langsung memperbaiki nyeri 12,4 %.

Antidepresan

Pemberian antidepresan dapat meningkatkan perbaikan nyeri, depresi , kelelahan, gangguan tidur dan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita antidepresan yang dapat diberikan seperti SSRI (sertralin) SNRI (duloxetine) dan trisiklik antidepresan.

KESIMPULAN

1. Fibromyalgia merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan nyeri yang meluas di tubuh yang berlangsung lebih dari 3 bulan, terdapat 18 titik lokasi nyeri tekan di seluruh bagian tubuh dan dipakai sebagai lokasi spesifik untuk menegakkan diagnosis penyakit tersebut.
2. Fibromyalgia sering dihubungkan dengan gangguan psikologis karena sering disertai keluhan lelah berkepanjangan dan gangguan tidur (tanda depresi).

3. Belum ada etiologi dan patofisiologi yang pasti untuk fibromyalgia, oleh karena itu pemeriksaan meliputi anamnesis yang lengkap, pemeriksaan fisik yang rinci dan pemeriksaan penunjang yang benar akan membantu penegakan diagnosis.
4. Penanganan yang komprehensif, meliputi penanganan nyeri, antidepresan dan pregabalin sebagai salah satu modalitas terapi, diketahui memperbaiki keluhan dan meningkatkan kualitas hidup penderita, dan perlu dilengkapi dengan pendekatan psikosomatik sehingga perbaikan akan tercapai lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Smith B, Peterson K, Rochelle F, Ms Donagh M, Thakurta S. Drug Class Review : Drugs for Fibromyalgia. Drug effectiveness project. Oregon Health & Science University Portland Oregon 2011 : 1-86
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Artritis Care Res. May 2010; 62 (5) : 600-610
3. Weir P, Harlan G, Nkoy F, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *Journal of Clinical Rheumatology.* 2006;12(3):124-128.
4. Arnold LM, Crofford LJ, Martin SA, Young JP, Sharma U. The effect of anxiety and depression on improvement in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. Pain Medicine. Noc-dec 2007:8(8): 633-638
5. Longley, G M McCarthy, S Perrot, M J Puszczewicz, P Sarzi-Puttini et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome , *Ann Rheum Dis 2007*
6. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. Journal of the American Medical Association 2004;292:2388-2395.
7. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE et al. Pregabalin for the treatment of Fibromyalgia syndrome: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis & Rheumatism 2005;52:1264-1273.