LOW BACK PAIN DAN DEPRESI

oleh
Ernawati

ABSTRACT
Low Back Pain and depression

Low back pain and depression as health problem for the public community and often happened to the productive age people with heavy phisical work and elderly people. Both can be influencing and making worse each other. Usually LBP appeared first before depression. LBP and depression defected to the productivity, also in daily activity and increased health budget twice. In England at 2003, absentism and health claim caused of depression increased very fast and become a big problem for public health and economic. Caroll et al’s research, from Alberta University, Canada, have published at 2004, proved that depression as an independent factor from LBP. Caused the influencing relation between LBP and depression, need a comprehension treatment and involve multidisciplinary approach.

Key words : Low back pain, depression, comprehensive

ABSTRAK
Low Back Pain dan Depresi


Kata-kata kunci : Low back pain, depresi, komprehensif
PENDAHULUAN
Keluhan low back pain (LBP) merupakan masalah kesehatan yang sering dijumpai, terutama pada komunitas pekerja dan kelompok usia lanjut. Prevalensi LBP di AS sekitar 15-20% dengan puncaknya pada usia pertengahan.\(^1\) Di Eropa 40-80% dari populasi nya pernah mengalami keluhan LBP dalam hidupnya, bahkan dikatakan lebih mudah mencari penderita LBP daripada mereka yang tidak pernah mengalaminya. Di Inggris 25% pekerjaanya mengalami LBP dalam setahun, dan di Swedia sebanyak 13,5% angka absen didapatkan dari pekerja yang mengalami LBP.\(^2\)

Kebanyakan episode LBP berlangsung singkat, dan sekitar 75% penderitanya akan sembuh dalam 4-6 minggu. Insiden-nya sekitar 5% dalam setahun, dan prevalensinya 60-80%, namun berbeda-beda dalam tiap komunitas.\(^3\) Terminologi yang biasa digunakan adalah LBP akut dengan durasi hingga 7 hari, LBP kronis jika telah berlangsung lebih dari 3 bulan, dan lainnya termasuk intractable pain, dan LBP dengan sciatica. Biasanya keluhan LBP ini banyak ditemukan pada pekerja fisik aktif seperti buruh, perawat, roomboy hotel, porter, petani dan lain sebagainya.

Keluhan LBP yang berkepanjangan dapat menimbulkan depresi yang akan memperburuk keluhan LBP yang sudah ada.\(^2,4,5\) Walau pun tidak disebutkan jumlahnya, dikatakan bahwa prevalensi mereka yang menderita LBP dan mempunyai gejala depresi, secara signifikan lebih besar daripada mereka yang tidak menderita LBP.\(^6\) Dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan oleh keduak keluhan ini cukup besar, yaitu angka absen menjadi tinggi, sehingga produktivitas kerja menurun pada kelompok pekerja dan terganggunya aktivitas fisik sehari-hari. Selain itu biaya kesehatan yang harus dikeluarkan menjadi besar.\(^6\)

Diharapkan dengan mengetahui bahwa keluhan LBP dan depresi dapat saling mempengaruhi maka kita sebagai kelompok usia produktif untuk lebih berhati-hati dalam melakukan aktivitas serta cepat tanggap apabila keluhan awal LBP telah dirasakan. Pencegahan dan penanganan sedini

---
\(^{1}\) Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara (dr. Ernawati, SE, MS)  
\(^{2}\) Correspondence to:  
  dr. Ernawati, SE, MS., Department of Health, Faculty of Medicine, Tarumanagara University, Jl. S. Parman No. 1., Jakarta Barat, 11440.
mungkin terhadap LBP akan membantu mencegah timbulnya keluhan depresi.

LOW BACK PAIN (LBP)

LBP merupakan suatu keluhan yang sangat umum dan banyak di antara kita yang mengalaminya. Tidak ada suatu definisi yang dapat diterima secara universal, tetapi LBP dapat didefinisikan sebagai rasa nyeri yang timbul dari regio posterior tubuh dalam area yang dibatasi oleh bidang sagital mengarah ke batas lateral spina erector, bidang transversal melalui prosesus spinosus T-12, dan bidang transversal melalui spina iliaka posterior superior. Pada vertebra, spina lumbalis menghubungkan spina torakalis dengan pelvis, yang menghasilkan gerakan, termasuk fleksi, ekstensi, rotasi, dan lateral bending. Segmen bawah spina lumbalis berfungsi mengabsorpsi tekanan berat, terlibat dalam gerakan rotasi, dan sebagai lokasi tersering timbul LBP.

Walaupun LBP umumnya tidak membahayakan, namun mempunyai pengaruh langsung terhadap pengeluaran biaya kesehatan yang mencapai 20 milyar dolar setahunnya di Amerika Serikat. Selain itu juga menyebabkan hilangnya jumlah jam kerja dan ketidakmampuan karyawan dalam melaksanakan tugasnya. Pada masyarakat umum dan kelompok usia lanjut LBP ini menghambat aktivitas fisik sehari-hari. Andersson, pada sebuah survei di Inggris pada 2.685 laki-laki, menemukan prevalensi 23%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Svensson dan Andersson dari 940 laki-laki yang berusia antara 40-47 tahun di Goteberg, Swedia, menemukan prevalensi dari keluhan LBP 61%. Biering-Sorensen meneliti pada 449 laki-laki dan 479 perempuan yang berusia antara 30-60 tahun, men-
tarikan atau jejit. Ini berarti bahwa proses patologik yang menimbulkan nyeri harus berada di sekitar foramen intervertebralis. Dan nyeri akibat spasme otot adalah nyeri yang ditimbulkan akibat spasme dari otot karena gangguan musculoskeletal. Otot yang berada dalam keadaan tegang terus-menerus menimbulkan perasaan yang subyektif sebagai "pegal". Sikap duduk, tidur, jalan dan berdiri dapat menyebabkan ketegangan otot sehingga menimbulkan nyeri pinggang. Selain itu ke tegangan mental juga memengaruhi ketegangan pada otot lumbal. Nyeri karena spasme otot, bisa saja membahayakan meningkatkan pijaat.8

ETIOLOGI LBP

Etologi LBP hingga kini tidak diketahui dengan pasti. Untuk mengetahui sumber potensial nyeri tersebut perlu memahami anatomi tulang belakang, faktor-faktor biomekanik yang memengaruhi tulang belakang, respons biokimia pada setiap struktur tulang terhadap beban atau trauma, interaksi stimulus perifer, mekanisme refleks spinal cord, central pain-modulating system, dan hubungan yang erat antara nyeri dan respons emosi. Selain itu ada juga yang menganggap distorsi struktur anatomi dalam merespons beban, posisi, gerakan spesifik, atau getaran dapat merangsang nociceptors dalam diskus, facet, atau ligamen yang menginduksi nyeri. Trauma kumulatif dari seringnya mengangkat beban berat setiap hari selama bertahun-tahun juga dianggap sebagai suatu penyebab LBP.1

Namun untuk memudahkan klasifikasi, etologi LBP dikelompokkan menjadi 2 penyebab utama, yaitu: umum dan okupasi. Penyebab umum dibagi menjadi dua yaitu: Pertama, LBP karena kelainan pada vertebra dan paravertebra yang terdiri dari Herniated Nucleus Purposus / HNP; penyakit degeneratif; penyempitan jarak diskus, arachnoiditis: paska operasi/radiasi; neoplastik; metastasis; infeksi: abses epidural, osteomielitis; dan rematik. Kedua, LBP karena penyebab lain (alat-alat dalam) terdiri dari vaskular: aneurisma aorta abdominalis; biliary: obstruksi saluran empedu; gastrointestinal: perforasi viskus; pankreas: kanker, radang pankreas; uterus: kanker ovarium/endometrium; ginjal: batu ginjal/ureter, pielonefritis. Penyebab okupasi terdiri dari: gangguan musculoskeletal: teregang, terpuntir dan spasme; strain otot; duduk yang terlalu lama bagi individu yang mudah mengalami gangguan pinggang; penekanan akar nervus: spinal stenosis, HNP; ruptur diskus vertebra; gangguan degeneratif: sindroma diskus, stenosis spinal dan spondolithesis; trauma kumulatif; pekerjaan repetitif, menetap pada satu posisi tertentu dalam jangka waktu lama; penyebab spesifik seperti fraktur dan cedera tendon.1,8

KRITERIA DIAGNOSTIK


DEPRESI

Depresi merupakan suatu gangguan yang patologi utamanya adalah keadaan emosional internal yang meresap pada diri seseorang. Pasien yang mengalami gangguan depresi merasakan hilangnya energi dan minat,
perasaan bersalah, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri.10,11,12 Tanda dan gejala lain pada gangguan mood ini adalah perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan, serta fungsi vegetatif seperti tidur, nafsu makan, aktivitas seksual, dan irama biologis lainnya. Perubahan tersebut hampir selalu menyebabkan gangguan fungsi interpersonal, sosial, dan pekerjaan.

Secara epidemiologi, gangguan depresi berat merupakan suatu gangguan yang sering terjadi dengan prevalensi seumur hidup sekitar 15% (pada wanita hingga mencapai 25%). Pada beberapa penelitian didapatkan bahwa gangguan depresi berat mempunyai prevalensi 2 kali lebih besar pada wanita, walaupun alasan-nya tidak diketahui. Rata-rata usia onsetnya sekitar 40 tahun (50% berusia 20-50 tahun). Namun beberapa penelitian baru-baru ini menunjukkan insidensi yang meningkat pada usia kurang dari 20 tahun. Hal tersebut mungkin berhubungan dengan meningkatnya penyalahgunaan alkohol dan zat lainnya.13

Depresi bukan merupakan suatu gangguan yang homogen, tetapi suatu fenomena yang kompleks. Faktor penyebab gangguan depresi dikelompokkan menjadi 3, yaitu faktor biologis, genetika, dan psikososial.12,13 Namun ketiga faktor tersebut tidaklah berdiri sendiri, tapi saling berkaitan satu sama lain. Dalam faktor biologis, beberapa neurotransmiter seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamin memainkan peranan penting pada terjadinya depresi, selain itu juga adanya disinergi asetilkolin. Gangguan mood juga melibatkan kondisi patologi pada sistem limbik, ganglia basalis, dan hipotalamus. Sistem limbik berperan dalam mengatur emosi, sedangkan hipotalamus berperan dalam proses tidur, nafsu makan, dan perilaku seksual. Adapun ganglia basalis berperan dalam postur tubuh, motorik, dan kognitif.

Pada faktor psikososial ditemukan bahwa peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres merupakan faktor pemicu timbulnya gangguan mood episode pertama. Stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama, yang kemudian menyebabkan perubahan keadaan fungsi beberapa neurotransmiter, termasuk hilangnya neuron dan menu-runnya kontak sinaptik. Akhirnya akan meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami gangguan mood lagi, walaupun tanpa adanya stresor eksternal.

Stresor psikososial tersebut dapat berupa pengalaman buruk seperti kekerasan fisik, seksual, atau penelantaran, dan juga kehilangan orangtua. Pengalaman-pengalaman buruk yang terjadi pada masa kanak-kanak ini merupakan faktor risiko yang bermakna untuk terjadinya depresi pada masa dewasa. Demikian pula dengan peristiwa-peristiwa kehidupan dapat menjadi stresor untuk timbulnya depresi, seperti masalah keuangan, perkawinan, pekerjaan, dan lain-lain. Gangguan depresi ini juga dapat menurunkan kualitas pekerjaan dan hidup penderita; dapat mencetuskan, memperlambat penyeberangan, atau memperburat penyakit fisik; dan pada akhirnya meningkatkan beban ekonomi. Depresi dapat pula ditemukan pada seseorang dengan penyakit fisik ataupun muncul dalam keluhan psikomotor atau somatik, seperti masalah beraikan, lamban, lelah, nyeri ulu hati, atau sakit kepala yang terus-merus.

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnostis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III, yang dimaksudkan
dengan depresi pada seorang individu adalah keadaan atau suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya enersi yang menuju meningkatnya keadaan moodh lelah dan berkurangnya aktivitas. Biasanya ada rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja. Gejala lazim lainnya adalah: konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berharga (baikan pada episode tipe ringan sekalipun), pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahaya-kan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang.\(^9\)

Individu dengan gejala depresi sering sekali menggambarkan gejala depresi sebagai suatu rasa nyeri emosional yang menderita sekali. Hampir semua yang menderita depresi (97\%) mengeluh adanya penurunan energi yang menyebabkan kesulitan dalam menyelesaikan tugas, sekolah dan pekerjaan dan penurunan motivasi untuk mengambil proyek baru. Kira-kira 80\% penderita depresi mengeluh sulit tidur, khususnya terbangun pada dini hari (yaitu insomnia terminal) dan sering terbangun pada malam hari. Banyak juga yang mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan.

Depresi dapat dikelompok-kan menjadi: episode depresif ringan, episode depresif sedang, episode depresif berat tanpa gejala psikotik, episode depresif berat dengan gejala psikotik, episode depresif lainnya, episode depresif YTT (yang tidak tergolongkan), distimia, dan gangguan penyesuaian.\(^{10,11,12}\) 

**Episode depresif ringan** adalah suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kesenangan, dan mudah menjadi lelah biasanya dipandang sebagai gejala dari depresi yang paling khas; dan sekurang-kurangnya dua dari ini, ditambah dengan sekurang-kurangnya dua gejala lain untuk menegakkan diagnosis pasti. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya. Lamanya seluruh episode berlangsung adalah sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu. **Episode depresif sedang** sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala paling khas yang ditemukan untuk depresif ringan, ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) gejala lainnya. Beberapa gejala mungkin tampil amat menyolok, namun ini tidak esensial apabila secara keseluruhan ada cukup banyak variasi gejalanya. Lamanya seluruh episode berlangsung minimal sekitar 2 minggu. **Episode depresif berat tanpa gejala psikotik** adalah semua tiga gejala khas yang ditemukan untuk episode depresif ringan dan sedang harus ada, ditambah sekurang-kurangnya empat gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat. Namun, apabila gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi) menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya dengan secara terinci. Dalam hal demikian, penentuan menyeluruh dalam subkatagori episode berat masih dapat dibenarkan. Episode depresifnya seharusnya berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka mungkin dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam waktu kurang dari 2 minggu. Selama episode depresif berat, sangat tidak mungkin penderita akan mampu merusakan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas. **Episode depresif berat dengan gejala psikotik** merupakan episode depresif berat yang memenuhi kriteria di atas,
disertai waham, halusinasia atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien dapat merasa bertanggungjawab atas hal itu. Halusinasia audiotori atau olfaktori biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan suasana perasaan (mood). Episode depresif lainnya, episode yang masuk di sini adalah yang tidak sesuai dengan gambaran yang diberikan untuk episode depresif, meskipun kesan diagnostik menyeluruh menunjukkan sifatnya sebagai depresi. Contohnya termasuk campuran gejala depresif (khususnya jenis somatik) yang berfluktuasi dengan gejala nondiagnostik seperti ketegangan, keresahan dan penderitaan; dan campuran gejala depresif somatik dengan nyeri atau keletihan menetap yang bukan akibat penyebab organik (seperti yang kadang-kadang terlihat pada pelayanan rumah sakit umum).

Episode depresif YTT (yang tidak tergolong kan); Distimia, yaitu suatu depresi kronis dari suasana perasaan (mood) selain keenam kelompok tersebut di atas. Ciri utamanya adalah depresi suasana perasaan (mood) yang berlangsung sangat lama, yang tidak pernah atau jarang sekali cukup parah untuk memenuhi kriteria gangguan depresif berulang ringan atau sedang. Biasanya mulai dini dalam masa kehidupan dewasa dan berlangsung sekurang-kurangnya beberapa tahun, kadang-kadang untuk jangka waktu tidak terbatas. Dan yang terakhir Gangguan Penyesuaian, yaitu keadaan-keadaan stres subyektif dan gangguan emosional, yang biasanya mengganggu kinerja dan fungsi sosial, dan yang timbul pada periode adaptasi terhadap suatu perubahan dalam hidup yang bermakna atau terhadap akibat dari peristiwa kehidupan yang penuh stres (termasuk adanya atau kemungkinan adanya suatu penyakit fisik berat). Onset biasanya terjadi dalam 1 bulan setelah terjadinya peristiwa yang merupakan stres atau perubahan dalam hidup, dan lamanya gejala-gejala biasanya tidak melebihi 6 bulan, kecuali dalam kasus reaksi depresif berkepanjangan.10,11,12

Penelitian yang dilakukan oleh Caroll dan koleganya dari Universitas Alberta, Kanada menunjukkan bukti bahwa depresi sebagai sesuatu yang penting dan sebagai faktor independen dari keluhan LBP. Publikasinya masuk sebuah jurnal pada Januari 2004 yang menyatakan bahwa baik keluhan LBP maupun depresi menyebabkan hari sakit dan biaya perawatan meningkat 2 kali lipat.2,4 Studi mereka dengan mengambil data sebanyak 790 orang secara random yaitu pasien yang pernah diobati akibat keluhan LBP tetapi tidak mengeluarkan saat studi mulai dilakukan. Kemudian peneliti mengontak pasien-pasien tersebut 6 bulan dan 12 bulan kemudian dan menemukan mereka dengan keluhan LBP disertai depresi.2 Dikatakan sebelumnya bahwa penyebab yang paling sering mengakibatkan absen yang lama adalah gangguan musculoskeletal seperti keluhan LBP tetapi pada dekade terakhir kontribusi dari gangguan psikiatrik meningkat secara bermakna.

Sejak tahun 1995 sampai sekarang dilaporkan bahwa sebagian orang menderita stres yang disebabkan atau diakibatkan oleh beban pekerjaan mereka menjadi meningkat 2 kali dan gangguan mental umum seperti depresi menjadi penyumbang terbesar angka absen.2,16 Pada penelitian tahun 2004 didapatkan hasil bahwa 40,01 % penderita LBP mengalami depresi.17 Beberapa peneliti menyan-

PENATALAKSANAAN LBP DENGAN DEPRESI


Terapi non-farmakologik: Fisioterapi merupakan aspek sangat penting dalam penatalaksanaan LBP. Latihan fisioterapi disesuaikan (tailor made) untuk tiap pasien, termasuk fleksi dan ekstensi spina lumbalis, stretching, dan aerobik. Cara lainnya adalah diatermi, ultrasound, akupunktur, lumbosacral support, hot & cold packs, dan TENS (transcutaneous electric nerve stimulation).

Terapi farmakologik: Obat yang biasa digunakan adalah analgetik, OAINS (NSAID), dan analgetik opioid. Parasetamol atau aspirin merupakan obat terpilih untuk LBP sederhana dengan keluhan ringan. Pada LBP sedang hingga berat, memerlukan tambahan analgetik. Pada beberapa pasien, tidak perlu bed rest dan dimotivasi untuk melakukan pergerakan,
namun untuk sebagian kasus yang sangat berat, mungkin perlu bed rest 2-3 hari. Obat AINS juga sangat efektif untuk kasus LBP yang ringan hingga sedang, terutama pada pasien dengan kekakuan (stiffness). Pada pasien dengan nyeri sedang hingga berat, parasetamol dapat dikombinasikan dengan opioid seperti dihidrokodein. Obat lain yang dapat digunakan adalah nefopam 30 mg 3 kali sehari. Parasetamol dan aspirin biasanya tersedia dalam bentuk gabungan seperti co-codamol, tylex, dan co-dyramol yang sering digunakan untuk LBP kronis, termasuk juga tramadol yang dijatuhkan sebagai analgetik kuat. Pada nyeri kronis yang menetap dengan kesulitan tidur dan gagal diterapi medikamentosa ataupun pembedahan, biasanya berhubungan dengan faktor sosial dan psikologis. Pada pasien ini memerlukan pendekatan multidisiplin, dan biasanya membaik dengan pembelian antidepressan. Depresi yang terjadi diperkirakan sekitar 60 % dari semua pasien LBP kronis, dan keberhasilan mengelola depresi dapat menurunkan persepsi mereka terhadap nyeri. Antidepressan yang biasanya digunakan adalah golongan trisiklik dan SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors). Pemberian amitriptilin 25-100 mg pada malam hari, memberikan hasil yang baik untuk pasien LBP kronis yang disertai gangguan tidur.

Obat lain yang juga biasa digunakan adalah dengan injeksi, baik pada epidural, facet joint, lokasi yang sakit, dan kemonukleolisis (injeksi intradiskus dengan enzim proteolitik seperti chymopapain). Sedangkan muscle relaxants, barbiturat, fenotiazin dan benzodiazepin umumnya tidak bermanfaat dalam pengelolaan LBP kronis jangka panjang.

Pembedahan: Terapi pembedahan tidak hanya dapat mendekompresi nervus dan spinal cord, tetapi juga mengeliminasi gerakan diantara spinal segmen. Pembedahan ini memanfaatkan, tetapi sangat jarang dilakukan. 3,18

KESIMPULAN

Keluhan LBP merupakan masalah kesehatan klasik dengan prevalensi yang tinggi pada pekerja yang menggunakan tenaga fisik aktif dan kelompok usia lanjut. Keluhan LBP yang berkepanjangan akan menimbulkan depresi, yang akhirnya memperburat LBP yang telah ada. Dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan tidaklah sedikit, karena akan menurunkan produktivitas kerja, aktivitas sehari-hari, dan meningkatkan biaya perawatan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan suatu upaya comprehensif dan multidisiplin untuk mengurangi bahkan menghilangkan keluhan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA


