

LOW BACK PAIN DAN DEPRESI

oleh
Ernawati¹

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 physical 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. Carroll 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

Low back pain (LBP) dan depresi sama-sama merupakan masalah kesehatan yang banyak dijumpai pada masyarakat umum yang sering terjadi pada kelompok usia produktif dengan beban kerja fisik yang berat maupun pada kelompok usia lanjut. Kedua keluhan ini dapat saling memengaruhi dan saling memperberat. Biasanya keluhan LBP muncul lebih dulu kemudian diikuti dengan depresi. Keluhan LBP dan depresi ini sangat mengganggu produktivitas maupun aktivitas sehari-hari seseorang dan membuat biaya kesehatan menjadi besar (rata-rata meningkat 2x lipat). Di Inggris pada tahun 2003 dikatakan tingkat absensi dan tuntutan/klaim di bidang kesehatan akibat depresi meningkat tajam dan menjadi permasalahan besar bagi ilmu kesehatan masyarakat dan ekonomi. Penelitian Carroll dkk dari Universitas Alberta, Kanada, yang dipublikasikan tahun 2004, menunjukkan bukti bahwa depresi sebagai faktor independen dari keluhan LBP. Mengingat adanya keterkaitan erat dan bersifat timbal balik, maka diperlukan suatu upaya penatalaksanaan yang komprehensif dan melibatkan berbagai disiplin ilmu dalam mengatasi keluhan LBP dan depresi ini.

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 populasinya pernah mengalami keluhan LBP dalam hidupnya, bahkan dikatakan lebih mudah mencari penderita LBP daripada mereka yang tidak pernah mengalaminya. Di Inggris 25 % pekerjaannya 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. Insidennya 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} Walaupun 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 kedua 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)

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 erektor, bidang transversal melalui prosesus spinosus T-12, dan bidang transversal melalui spina iliaca posterior superior.³ 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-

dapatkan prevalensi keluhan LBP 62,26% pada laki-laki dan 61,4% pada perempuan.⁷

Keluhan LBP menurut lokasi nyeri dapat dibedakan menjadi empat yaitu : nyeri setempat, nyeri menjalar/*referred pain*, nyeri radikular, dan nyeri karena spasme otot. **Nyeri setempat** adalah nyeri yang disebabkan oleh iritasi ujung-ujung saraf penghantar impuls nyeri. Proses patologi apapun yang membangkitkan nyeri setempat harus dianggap sebagai perangsang jaringan-jaringan yang peka nyeri, yaitu jaringan yang mengandung ujung-ujung serabut penghantar impuls nyeri. Nyeri setempat ini biasanya terus menerus atau hilang timbul. Nyeri bertambah pada suatu sikap tertentu atau karena gerakan. Dengan penekanan nyeri dapat bertambah hebat. **Nyeri menjalar / Referred pain** adalah nyeri yang dirasakan di daerah pinggang dapat bersumber dari proses patologi di jaringan yang peka nyeri di daerah abdominal, pelvis ataupun tulang belakang lumbalnya sendiri. *Referred pain* yang berasal dari tulang belakang lumbal bagian atas dirasakan di daerah anterior paha dan tungkai bawah. Jika sumbernya dari tulang belakang lumbal bawah maka nyeri terasa pada daerah gluteal, posterior dari paha dan betis. Ciri dari *referred pain* adalah sukar terlokalisasi karena terasanya dalam dan difuse. Walaupun terasa di bagian depan atau belakang paha, namun demikian tidak ada satupun tempat yang benar-benar nyeri tekan. **Nyeri radikular** sepintas mirip dengan *referred pain* tetapi dengan pengamatan yang lebih teliti akan berbeda. Nyeri radikular menjalar secara tegas, terbatas pada dermatomnya dan sifat nyerinya lebih keras dan terasa pada permukaan tubuh. Nyeri ini timbul karena perangsangan terhadap radiks, baik bersifat penekanan, sentuhan, peregangangan,

tarikan atau jepitan. 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 muskuloskeletal. Otot yang berada dalam keadaan tegang terus-menerus menimbulkan perasaan yang subjektif 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, biasanya membaik dengan pijat.⁸

ETIOLOGI LBP

Etiologi LBP hingga kini tidak diketahui dengan pasti. Untuk mengetahui sumber potensial nyeri tersebut perlu memahami anatomi tulang belakang, faktor-faktor biomekanika yang memengaruhi tulang belakang, respons biokimia pada setiap struktur tulang terhadap beban atau trauma, interaksi stimulus perifer, mekanisme refleksi *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, etiologi 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 muskuloskeletal: 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 spondilolistesis; trauma kumulatif: pekerjaan repetitif, menetap pada satu posisi tertentu dalam jangka waktu lama; penyebab spesifik seperti fraktur dan cedera tendon.^{1,5}

KRITERIA DIAGNOSTIK

Kriteria diagnostik ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan roengenologik. Gejala klinis meliputi: nyeri, kesemutan. Pemeriksaan fisik terdiri dari: inspeksi cara berjalan, palpasi setiap ruas tulang dan lasague silang. Pemeriksaan roengenologi terdiri dari: rongent lumbosakral, CT-scan dan MRI.^{6,8,9}

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 alasannya tidak diketahui. Rata-rata usia *onset*-nya 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 neurotransmitter seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamin memainkan peranan penting pada terjadinya depresi, selain itu juga adanya disregulasi 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 neurotransmitter, termasuk hilangnya neuron dan menurunnya 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 penderitanya; dapat mencetuskan, memperlambat penyembuhan, atau memperberat 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 malas bekerja, lamban, lesu, nyeri ulu hati, atau sakit kepala yang terus-menerus.

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnostik 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 mudah 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 berguna (bahkan pada episode tipe ringan sekalipun), pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang.¹⁰

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 dikelompokkan 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 menegaskan 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 ditentukan 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 menegaskan diagnosis dalam waktu kurang dari 2 minggu. Selama episode depresif berat, sangat tidak mungkin penderita akan mampu meneruskan 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, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien dapat merasa bertanggungjawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik 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 kelelahan menetap yang bukan akibat penyebab organik (seperti yang kadang-kadang terlihat pada pelayanan rumah sakit umum). **Episode depresif YTT (yang tidak tergolongkan); 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 mengeluh pada 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 muskuloskeletal 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 meny-

takan bahwa kebanyakan gangguan mental seperti depresi lebih banyak menimbulkan tuntutan/klaim di bidang kesehatan dari pada keluhan LBP. Absen akibat sakit yang berkepanjangan merupakan masalah besar bagi ilmu kesehatan masyarakat dan ekonomi. Pada tahun 2003 di Inggris ada 176 juta hari kerja yang hilang dalam 1 tahun, lebih dari 10 juta pada tahun sebelumnya. Uang sebesar 13 milyar *poundsterling* habis untuk anggaran ini dan pengurangan lama sakit sekarang menjadi prioritas pemerintah. Sejak tahun 1995 juga dikatakan penyebab utama dari tingginya angka absen adalah karena gangguan mental umum diantaranya depresi, menggantikan posisi keluhan LBP. Selain itu makin lama seorang pekerja absen dari pekerjaannya maka semakin banyak masalah yang akan dihadapinya.²

Menurut penelitian Carroll, dkk membuktikan bahwa depresi adalah masalah yang penting dan keluhan LBP memberikan kontribusi bagi timbulnya depresi. Baik keluhan LBP maupun depresi menyebabkan angka absen dan biaya perawatan kesehatan meningkat 2 kali lipat. Peneliti juga menemukan bahwa keluhan LBP dapat menyebabkan depresi dan depresi dapat memperburuk keluhan LBP yang ada.² Mengingat adanya keterkaitan erat dan bersifat timbal-balik antara LBP dan depresi, maka diperlukan suatu upaya penatalaksanaan yang komprehensif dan melibatkan berbagai disiplin ilmu.

PENATALAKSANAAN LBP DENGAN DEPRESI

LBP dilaporkan lebih banyak terjadi pada wanita, dan *sciatica* lebih sering terjadi pada pria. Faktor risiko individual diantaranya adalah riwayat kehamilan, trauma, pekerja yang

pekerjaannya mengangkat dan memikul beban berat dalam waktu lama dengan melibatkan gerakan tulang belakang, serta ansietas dan depresi.

Tujuan pengobatan LBP adalah menghilangkan nyeri, mengembalikan fungsi, menyesuaikan diri pada penurunan kemampuan, dan jika mungkin mencegah kekambuhan ataupun perburukan. Sebagian besar penderita LBP akut akan sembuh dalam beberapa minggu dan tidak perlu dirujuk ke dokter. Langkah-langkah penting yang memerlukan konsultasi medis adalah: **edukasi pasien:** walaupun kebanyakan episode LBP dapat sembuh spontan, namun keluhan pertama tersebut perlu diwaspadai untuk prognosis jangka panjang. Selain itu, hubungan dokter-pasien memainkan peranan penting dalam kesembuhan pasien. Pada LBP yang kronis dan parah, perlu pendekatan multidisiplin, termasuk dukungan keluarga. Pasien LBP kronis umumnya mempunyai masalah psikososial, dan dukungan keluarga akan sangat bermanfaat.

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 dihidrokodoin. 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-dydramol yang sering digunakan untuk LBP kronis, termasuk juga tramadol yang dikatakan 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 pemberian antidepresan. Depresi yang terjadi diperkirakan sekitar 60 % dari semua pasien LBP kronis, dan keberhasilan mengelola depresi dapat menurunkan persepsi mereka terhadap nyeri. Antidepresan yang biasanya digunakan adalah golongan trisiklik dan SSRI (*Selective Serotonine 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 memang bermanfaat, 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 memperberat 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 komprehensif dan multidisiplin untuk mengurangi bahkan menghilangkan keluhan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hall, H. Back Pain. In Noseworthy, J.H. Ed. *Neurological therapeutics: Principles and practice*. Vol. 1. London & New York: Martin Dunitz. 2003. hal. 193-206.
2. Editor Medical News Today. *Depression overtakes back pain for incapacity benefit claims, UK*. 2005, (cited 2005 April 5th), Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/330/7495/495/802>.
3. Kraus G. Low back pain non surgical treatments. 2009, (cited 2009 June 19th), Available from: <http://www.lowback-pain.com/index-currentsite.html>.
4. Tech S. Depression can lead to back pain. 2004, (cited 2004 April 8th), Available from <http://www.thehindu@vsnl.com/The Hindu magazine/backpain>.
5. Prithvi Raj P. *A comprehensive review in pain medicine*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc. 1996:407.

6. Andersson GBJ, Fine LJ, Silverstein BA. *Musculoskeletal disorder*. In: Levy BS, Wegman DH, editors. *Occupational health recognizing and preventing work-related disease*. 3rd.ed. Boston: Little Brown. 1995: 456-84.
7. FK Unsri. Nyeri pinggang/Low back pain. 2007; (cited 2007 Oktober 19), available from: <http://fkunsri.wordpress.com/2007/09/01/nyeri-pinggang-low-back-pain/>
8. Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. The Saskatchewan health & back pain survey: the prevalence & factors associated with depressive symptomatology in Saskatchewan adults. *Canadian Journal of public health*. 2000; 91
9. Sidharta P. *Tata pemeriksaan klinis dalam neurologi*. Jakarta: Dian Rakyat. 1999:502-12.
10. Depkes RI. *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III*. Cetakan pertama. Depkes RI. 1993: 150 -7.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
12. Sadock BJ and Sadock VA. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Ninth Eds. Philadelphia, Baltimore, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 534-98.
13. Amir N. *Depresi: Aspek neurobiologi, diagnosis dan tatalaksana*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2005
14. Muto S, et.al. Prevalence of and risk factors for low back pain among staffs in schools for physically and mentally handicapped children. *Industrial Health* 2006; 44:123-7.
15. Pohjolainen T, Jekunen A, Autio L, Vourela H. Treatment of acute low back pain with COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide. *Spine* 2000; 25:1579.
16. Haggman S, Maher CG., and Refshauge KM.. Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Physical Therapy* 2004; 84:12
17. Koestler AJ, Muers A. Understanding chronic pain. University Press of Mississippi. 2002. p 61,69,70,72,73,75,78-82,84,86,139,159.
18. Moldovan AR, Onac IA, Vantu M, Szentagotai A, Onac I. Emotional distress, pain catastrophizing and expectancies in patients with low back pain. *Journal of cognitive & behavioural psychotherapies*. 2009; 9 : 1