

Gangguan Somatoform: Diagnosis dan Tata Laksana di Layanan Primer

Psikiatri • SKDI 4A

Course komprehensif gangguan somatoform (F45) untuk dokter umum mencakup klasifikasi ICD-10/DSM-5, patofisiologi biopsikososial, manifestasi klinis tiap subtype, pendekatan diagnosis, serta tata laksana non-farmakologi dan farmakologi sesuai SKDI level 4A.

Modul 1: Modul 1: Dasar Gangguan Somatoform

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi

Gangguan somatoform adalah kelompok gangguan mental ditandai keluhan fisik yang menyebabkan distress dan penurunan fungsi, namun tidak sepenuhnya dijelaskan oleh penyakit medis umum, efek substansi, atau gangguan mental lain. PDSPKJ (adaptasi ICD-10 F45) menekankan gejala nyata secara subjektif, bukan sengaja dibuat, sehingga berbeda dari factitious dan malingering.

Epidemiologi: prevalensi komunitas 5–7%, di layanan primer mencapai 10–20%. Lebih sering pada perempuan (rasio 1,5–2:1), puncak onset usia 20–30 tahun. Faktor demografis: pendidikan rendah, sosial ekonomi rendah, dan perilaku illness-seeking berulang.

Klasifikasi ICD-10 F45: F45.0 somatisasi (multiple organ, >2 tahun), F45.1 tidak terinci, F45.2 hipokondriakal (ketakutan penyakit serius), F45.3 disfungsi otonomik, F45.4 nyeri somatoform persisten, F45.8/9 lain/tidak spesifik. DSM-5 menyederhanakan: Somatic Symptom Disorder, Illness Anxiety Disorder, Conversion Disorder, dan Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions.

Pemahaman spektrum ini krusial bagi dokter layanan primer karena keluhan somatoform sering bercampur dengan kondisi organik, menuntut kepekaan klinis tinggi.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

1.2 Patofisiologi Gangguan Somatoform

Patofisiologi gangguan somatoform bersifat multifaktorial dan paling dipahami melalui model biopsikososial.

Biologis: disregulasi aksis HPA (hipotalamus-hipofisis-adrenal) menyebabkan respons kortisol abnormal terhadap stres; disregulasi otonom meningkatkan tonus simpatik (palpitasi, keringat); defisit serotonin/norepinefrin memengaruhi persepsi nyeri dan ansietas. Somatosensory amplification (hipervigilans terhadap sensasi tubuh normal) merupakan mekanisme inti.

Psikologis: kepribadian dependen, histrionik, anankastik lebih rentan. Catastrophizing dan alexithymia (kesulitan mengenali/mengekspresikan emosi) mendorong distress psikis bermanifestasi sebagai keluhan fisik. Childhood adversity (pelecehan, penelantaran, kehilangan orang tua) meningkatkan risiko 2–3 kali.

Sosial-kultural: budaya yang memfasilitasi ekspresi emosi lewat keluhan fisik, akses layanan

mudah mendorong illness-seeking, peran sakit sekunder (perhatian, keringanan kerja).

Neuroimaging: hiperaktivasi salience network (korteks prefrontal medial, anterior cingulate cortex, insula anterior) memperkuat persepsi ancaman tubuh. Defisit regulasi top-down korteks prefrontal menghambat pemrosesan ulang sensasi.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

1.3 Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi gangguan somatoform paling baik dipahami melalui kerangka biopsikososial Engel: faktor biologis, psikologis, dan sosial saling berinteraksi membentuk kerentanan, pencetus, dan perawat gejala.

Faktor risiko biologis: disregulasi aksis HPA, hiperaktivitas saraf otonom, defisit serotonin.

Faktor psikologis: kepribadian premorbid dependen/histrionik/anankastik, pola kognitif catastrophizing, riwayat childhood adversity, attachment tidak aman, serta riwayat gangguan mental keluarga.

Faktor sosiokultural: budaya yang menoleransi ekspresi emosi lewat keluhan fisik, fasilitas pelayanan mudah diakses, peran sakit sekunder (perhatian, keringan kerja, kompensasi), serta stigma gangguan jiwa yang membuat keluhan somatik menjadi 'pintu masuk' IBR© yang lebih dapat diterima.

Faktor risiko tambahan: komorbiditas depresi, cemas, PTSD, gangguan kepribadian; penggunaan alkohol/NAPZA; alexithymia familial (ketidakmampuan keluarga mengekspresikan emosi secara verbal).

Kombinasi faktor ini menegaskan perlunya asesmen biopsikososial lengkap pada evaluasi awal, tidak hanya berfokus pada gejala fisik.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Manifestasi Klinis pada Subtipe Gangguan Somatoform

Gangguan somatoform melibatkan hampir semua sistem organ. Penting ditegaskan bahwa pasien benar-benar merasakan gejala, sehingga pendekatan harus berbasis empati.

Somatisasi (F45.0): gejala multipel organ, durasi "e2 tahun. Manifestasi gastrointestinal (nyeri abdomen, mual, kembung), kardiovaskular (palpitasi, nyeri dada), muskuloskeletal (nyeri berpindah), pernapasan (sesak), dan sensorik (parestesia, migrain).

Nyeri somatoform persisten (F45.4): nyeri kronik multipel/berpindah, durasi >6 bulan, tidak responsif analgesik sederhana, berkaitan dengan depresi/ansietas/riwayat abuse.

Hipokondriakal (F45.2): ketakutan persisten menderita penyakit serius; pasien salah menginterpretasi sensasi normal (detak jantung, suara abdomen) sebagai tanda penyakit serius.

Disosiasi otonom somatoform (F45.3): gejala otonom seperti palpitasi, keringat, flushing, tremor, gangguan gastrointestinal.

Somatoform tidak terinci (F45.1): keluhan somatik menetap tanpa memenuhi kriteria somatisasi penuh—paling sering di layanan primer.

Red flags psikogenik: keluhan >3 sistem organ, onset bertahap, doctor shopping, perilaku checking, ansietas berlebihan saat membaca info kesehatan.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

2.2 Pendekatan Diagnosis dan Diagnosis Banding

Pendekatan diagnostik memerlukan "e2 kunjungan untuk membangun rapport. Bingkai keluhan sebagai 'akibat berbagai faktor' agar pasien tidak merasa disangkal.

Anamnesis komprehensif: keluhan saat ini (lokasi, durasi, intensitas, pemicu/pereda, dampak fungsi), riwayat penyakit, pola konsultasi, keyakinan pasien, onset, pemicu stresor, perilaku illness-seeking. Instrumen skrining: PHQ-15 (skor >10 bermakna) dan SSD-12 untuk kognisi gejala.

Anamnesis psikiatri wajib: gejala depresi, ansietas, pikiran berulang, perilaku checking, penggunaan zat, riwayat trauma, gangguan fungsi. Kriteria ICD-10: gejala tidak dijelaskan kondisi medis umum (investigasi memadai), bukan disengaja, dan menimbulkan gangguan fungsi.

Pemeriksaan fisik lengkap tetap dilakukan untuk menyingkirkan penyakit organik sekaligus menunjukkan keseriusan dokter.

Diagnosis banding: (1) penyakit medis (tirotoksikosis, lupus, TBC, keganasan awal); (2) gangguan mental lain (depresi somatik, GAD, panik, PTSD); (3) factitious/malingering. Prinsip pemeriksaan: rule-out, bukan rule-in. Pemeriksaan rutin: darah lengkap, metabolik, tiroid, glukosa, urinalisis, EKG. Hindari investigasi berlebihan.

Komunikasikan hasil positif: 'kabar baiknya MRI normal, tubuh aman'. Kode diagnosis F45 sesuai subtype.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Tata Laksana dan Pendalaman Klinis

3.1 Tatalaksana Non-farmakologi

Tatalaksana non-farmakologi adalah pilar utama penanganan di layanan primer. Modalitas efektif: komunikasi terapeutik, reassurance empatik, CBT singkat, mindfulness, edukasi keluarga, intervensi gaya hidup.

Komunikasi terapeutik dimulai dengan validasi. Akui gejala nyata dan mengganggu. Hindari 'tidak ada apa-apa'. Kalimat tepat: 'Saya memahami gejala Anda mengganggu; hasil pemeriksaan menunjukkan tubuh aman, namun otak mengirim sinyal bahaya. Mari kelola respons ini bersama.'

Reassurance efektif fokus pada 'function' bukan 'absence of disease'. Hindari jaminan berlebihan seperti '100% bukan kanker' yang menurunkan OÁNŪ jika gejala bertambah.

CBT adalah modalitas bukti terbaik (8–15 sesi). Melatih identifikasi pikiran otomatis maladaptif, restrukturisasi kognitif, dan exposure terhadap sensasi tubuh. Dokter umum dapat memberikan elemen CBT singkat.

Mindfulness dan body scan (10–15 menit/hari) mengurangi hipervigilans somatik. Edukasi keluarga: hindari memperkuat illness-seeking dan jangan meremehkan gejala.

Intervensi gaya hidup: aktivitas fisik teratur, jadwal tidur, relaksasi otot progresif, pernapasan diafragmatika. Self-help booklet/aplikasi digital dapat dimanfaatkan. Tujuan realistis: kelola gejala, tingkatkan fungsi dan kualitas hidup.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

3.2 Tatalaksana Farmakologi dan Follow-up

Farmakologi gangguan somatoform: tidak ada obat spesifik untuk diagnosis tunggal; obat diberikan untuk gejala dominan atau komorbiditas (depresi, ansietas, nyeri kronik).

SSRI lini pertama pada depresi/ansietas komorbid atau somatic symptom disorder dengan pikiran preokupasi. Escitalopram 10–20 mg/hari atau sertraline 50–200 mg/hari. Pantau efek samping GI, seksual, hiponatremia (lansia). Respons penuh 4–6 minggu.

TCA amitriptyline 25–75 mg/hari untuk nyeri kronik; perhatikan efek antikolinergik dan risiko toksisitas overdosis. SNRI duloxetine 30–60 mg/hari efektif untuk nyeri kronik dengan

depresi komorbid. Mirtazapine 15–30 mg malam hari untuk gangguan tidur dominan.

Benzodiazepine hindari jangka panjang (risiko adiksi, toleransi, withdrawal); bila perlu, maksimal 2–4 minggu dengan tapering. Buspirone alternatif non-benzodiazepine.

Follow-up terjadwal: awal 1–2 minggu, setelah stabil menjadi bulanan. Setiap kunjungan: asesmen gejala somatik, status mental, fungsi psikososial, kepatuhan, efek samping. Hindari menambah obat untuk setiap keluhan baru—asesmen ulang apakah bagian spektrum somatoform atau indikasi investigasi ulang.

Konsultasi psikiater bila tidak ada perbaikan setelah 6–8 minggu terapi adekuat, gejala memburuk, muncul pikiran bunuh diri, atau komorbiditas kompleks.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

3.3 Algoritma Diagnosis dan Tata Laksana di Layanan Primer

Lesson ini menyediakan algoritma aplikatif untuk dokter umum di layanan primer sesuai SKDI 4A (kemampuan mandiri).

Langkah 1 – Pengenalan Pola Keluhan: Identifikasi red flags psikogenik: keluhan >3 sistem organ, onset bertahap, doctor shopping, perilaku checking, ansietas berlebihan terkait info kesehatan. Jika ada red flag organik (penurunan BB, demam, nyeri progresif, defisit neurologis fokal) !' rujuk/investigasi.

Langkah 2 – Asesmen Biopsikososial: Anamnesis komprehensif (gejala, onset, pemicu, dampak fungsi), anamnesis psikiatri (depresi, ansietas, trauma, penggunaan zat), PHQ-15 dan SSD-12, pemeriksaan fisik lengkap. Pemeriksaan penunjang atas indikasi klinis: darah lengkap, metabolik, tiroid, EKG.

Langkah 3 – Komunikasi Diagnosis: Gunakan pendekatan 'both-and' (bukan either-or). Sampaikan hasil investigasi secara positif, jelaskan mekanisme stres-symptom dalam bahasa sederhana.

Langkah 4 – Rencana Tata Laksana: Tatalaksana non-farmakologi (CBT singkat, mindfulness, edukasi keluarga) sebagai lini utama. Farmakologi sesuai gejala/komorbiditas (SSRI, SNRI, TCA). Follow-up terjadwal.

Studi Kasus Mandiri: Perempuan 32 tahun, sakit kepala persisten 6 bulan, palpitasi, sesak dada, gangguan pencernaan. Sudah konsultasi ke 4 dokter, CT/MRI/EKG normal. Onset bersamaan stres kehilangan pekerjaan suami. Riwayat ibu meninggal kanker otak. Diagnosis: F45.1 dengan illness anxiety prominen. Tata laksana: edukasi, CBT 8 sesi, escitalopram 10 mg/hari, follow-up 2 minggu. Setelah 3 bulan: gejala turun 60%, fungsi meningkat.

> Disclaimer: Konten ini bersifat edukatif dan tidak menggantikan konsultasi medis langsung. Diagnosis dan tata laksana harus disesuaikan dengan kondisi individual pasien dan panduan klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva (1992).
2. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings. World Health Organization, Geneva (2015).
3. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa (PNPK) Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI (2019).
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Washington DC (2013).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer, Philadelphia (2021).
6. Maslim R. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PDSPKJ) III. Yayasan SPDKJ Indonesia, Jakarta (2018).
7. Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. American Family Physician (2016).
8. D'Souza RS, Hooten WM. Somatic Symptom and Related Disorders. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) (2022).
9. Starcevic V. Somatic Symptom Disorder, Illness Anxiety Disorder, and Functional Neurological Disorder. Psychiatric Clinics of North America (2020).
10. Guze SB, Perkin JE. Practical Guide to Psychosomatic Medicine. Springer, Cham (2017).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.