

REVIEW

PENDEKATAN KLINISI DALAM MANAJEMEN NYERI KEPALA

THE CLINICIAN'S APPROACH TO THE MANAGEMENT OF HEADACHE

*Hanik Badriyah Hidayati**

*Laboratorium Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

pISSN : 2407-6724 • eISSN : 2442-5001 • <http://dx.doi.org/10.21776/ub.mnj.2016.002.02.7> • MNJ.2016;2(2):89-97
• Received 3 October 2015 • Reviewed 3 November 2015 • Accepted 3 January 2016

ABSTRAK

Nyeri kepala adalah salah satu keluhan yang paling umum dikeluhkan oleh pasien saat datang ke dokter perawatan primer dan neurolog. Meskipun sebagian besar nyeri kepala adalah jinak (tidak membahayakan), namun dokter dihadapkan pada tugas penting untuk membedakan gangguan nyeri kepala yang jinak dan yang berpotensi mengancam nyawa. Mengingat banyak penyakit sering disertai dengan keluhan nyeri kepala, perlu pendekatan yang terfokus dan sistematis untuk memfasilitasi diagnosis dan pengobatan yang tepat pada berbagai jenis nyeri kepala.

Kata kunci: Nyeri kepala, pendekatan, red flags, SOCRATESS, SNOOP

ABSTRACT

Headache is one of the most common complaints presenting to primary care physicians, as well as neurologists. Although the vast majority of headache syndromes are benign, clinicians are faced with the crucial task of differentiating benign headache disorders from potentially life-threatening headache. Given the broad range of disorders that present with headache, a focused and systematic approach is necessary to facilitate the prompt diagnosis and treatment of various kinds of head pain.

Keywords: Headache, approach, red flags, SOCRATESS, SNOOP

Korespondensi: hanikhidayati@yahoo.com

PENDAHULUAN

Nyeri kepala merupakan keluhan yang paling sering dikeluhkan oleh pasien saat datang ke dokter, baik ke dokter umum maupun neurolog. Sampai saat ini nyeri kepala masih merupakan masalah. Masalah yang diakibatkan oleh nyeri kepala mulai dari gangguan pada pola tidur, pola makan, depresi sampai kecemasan¹.

Hampir 90% nyeri kepala benigna (tidak membahayakan). Meskipun demikian, dokter dihadapkan dengan tugas penting dalam memilah mana nyeri kepala yang benigna dan mana yang mengancam nyawa. Banyaknya penyakit yang disertai keluhan nyeri kepala membuat dokter perlu melakukan pendekatan yang fokus dan sistematis agar mendapatkan diagnosis nyeri kepala dengan tepat. Diagnosis yang tepat akan dapat mengantarkan pada pengobatan yang tepat.¹

Menurut kriteria IHS yang diadopsi oleh PERDOSSI, nyeri kepala dibedakan menjadi nyeri kepala primer dan sekunder. 90% nyeri kepala masuk dalam kategori nyeri kepala primer, 10% sisanya masuk dalam kategori nyeri kepala sekunder. Disebut nyeri kepala primer apabila tidak ditemukan adanya kerusakan struktural maupun metabolik yang mendasari nyeri kepala. Disebut nyeri kepala sekunder apabila nyeri kepala didasari oleh adanya kerusakan struktural atau sistemik.^{1,2,3}

Hubungan yang baik antara dokter dan pasien diperlukan pada pengelolaan nyeri kepala. Komunikasi efektif yang disertai dengan keterampilan interpersonal merupakan bagian integral dalam manajemen pasien dengan nyeri kepala. Ada beberapa langkah dalam manajemen pasien. Pertama, tentu saja, adalah anamnesis dan pemeriksaan. Dokter harus dapat membedakan nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder.¹

NYERI KEPALA PRIMER

Menurut kriteria IHS yang diadopsi oleh PERDOSSI, yang termasuk nyeri kepala migren, nyeri kepala tipe tegang atau TTH (*Tension Type Headache*), nyeri kepala klaster dan sefalgia trigeminal-otonomik yang lain serta nyeri kepala primer lainnya.²

Nyeri kepala berulang, kronik atau lama dan setiap hari biasanya merupakan nyeri kepala primer seperti nyeri kepala migren, nyeri kepala TTH atau

nyeri kepala klaster. Masing-masing jenis nyeri kepala ini memiliki karakteristik sendiri-sendiri.¹

Karakteristik nyeri pada nyeri kepala migren adalah unilateral, berdenyut atau menusuk, intensitas sedang atau berat, bertambah berat dengan aktivitas fisik yang rutin dan diikuti dengan *nausea* dan atau fotofobia dan fonofobia. Durasi nyeri kepala pada migren adalah 4–72 jam. Nyeri kepala migren secara fungsional melumpuhkan.^{2,3} Karakteristik nyeri pada nyeri kepala tegang (TTH) adalah bilateral, rasa menekan atau mengikat *band-like* atau *holocephalic* dengan intensitas ringan sampai sedang. Nyeri tidak bertambah pada aktivitas fisik rutin, tidak didapatkan mual tapi bisa ada fotofobia atau fonofobia. Durasi nyeri kepala pada TTH adalah 30 menit sampai 7 hari.^{1,2,4}

Karakteristik nyeri pada nyeri kepala klaster digambarkan sebagai nyeri yang membosankan, seperti dibor, pedih atau hebat, selalu unilateral di orbita dan daerah sekitarnya (supraorbita, temporal atau kombinasi dari tempat-tempat tersebut). Serangan-serangannya disertai satu atau lebih sebagai berikut, semuanya ipsilateral: injeksi konjungtival, lakrimasi, kongesti nasal, *rhinorrhoea*, berkeringat di kening dan wajah, miosis, ptosis, edema palpebra. Selama serangan sebagian besar pasien gelisah atau agitasi. Durasi nyeri kepala pada klaster adalah 15 sampai 180 menit dan terjadi dengan frekuensi dari sekali tiap dua hari sampai 8 kali sehari.^{1,2,5}

Serangan trigeminal neuralgia adalah paroksismal sesaat seperti tersetrum listrik. Setelah dokter menetapkan bahwa kondisi nyeri kepala adalah termasuk nyeri kepala primer, jenis nyeri kepala spesifik harus didiagnosis, apakah terkategori migren, TTH atau klaster. Setelah diagnosis telah ditegakkan, pilihan terapi umum harus diuraikan dalam rencana pengobatan yang disesuaikan dengan pasien.^{1,2}

ANAMNESIS: "H. SOCRATESS"

Anamnesis merupakan langkah pertama dalam manajemen nyeri kepala. Peran anamnesis memegang posisi paling penting dalam manajemen nyeri kepala, mengingat pada pemeriksaan fisik dan neurologis pada pasien dengan nyeri kepala sering ditemukan normal. Ada beberapa langkah dalam anamnesis pasien dengan nyeri kepala. Beberapa langkah anamnesis pasien dengan nyeri kepala ini secara sistematis tersusun dalam Tabel 1., yang disingkat dengan H.

SOCRATESS. Tanpa anamnesis riwayat nyeri kepala yang cukup, intervensi diagnostik dan pengobatan yang kita berikan pada pasien dengan nyeri kepala bisa keliru. Ada kalanya pemeriksaan penunjang yang seharusnya tidak perlu dilakukan dapat dilakukan, atau sebaliknya uji diagnostik atau laboratorik yang penting malah tidak dilakukan. Sebelum melakukan anamnesis pada pasien dengan nyeri kepala, data dasar perlu diambil terlebih dahulu.¹

Tabel 1. Langkah Anamnesis Pasien dengan Nyeri Kepala ("H. SOCRATESS").¹

H	• <i>History</i> (riwayat)
S	• <i>Site</i> (tempat)
O	• <i>Origin</i> (tempat asal)
C	• <i>Character</i> (karakter)
R	• <i>Radiation</i> (penjalaran)
A	• <i>Associated symptoms</i> (kumpulan gejala yang terkait)
T	• <i>Timing</i> (waktu)
E	• <i>Exacerbating & relieving</i> (hal yang memperparah dan memperingan)
S	• <i>Severity</i> (derajat keparahan/intensitas)
S	• <i>State of health between attacks</i> (kondisi kesehatan di antara serangan)

History (Riwayat)

Langkah pertama dalam manajemen pasien dengan nyeri kepala adalah penggalan riwayat. Tujuan penggalan riwayat nyeri kepala adalah untuk memberikan pandangan yang komprehensif tentang nyeri kepala pasien dan mengetahui komorbiditas yang terkait atau masalah yang mungkin mempengaruhi diagnosis dan perawatan. Saat menggali riwayat nyeri kepala ini dokter berkesempatan untuk menjalin hubungan yang baik dengan pasien. Hubungan yang baik dengan pasien akan membantu proses terapeutik yang sedang berlangsung.¹

Riwayat penting untuk membedakan jenis nyeri kepala, apakah termasuk nyeri kepala primer ataukah nyeri kepala sekunder. Beberapa riwayat yang perlu digali tercantum dalam Tabel 2.^{1,2}

Selain menggali riwayat penyakit sekarang, dokter harus tahu tentang riwayat penyakit dahulu. Riwayat penyakit dahulu seperti adanya karsinoma (kanker payudara, paru-paru, ginjal, melanoma)

membuat dokter harus mempertimbangkan diagnosis tumor metastasis. Trauma kepala dapat menyebabkan nyeri kepala pasca-trauma, hematoma subdural, atau diseksi arteri ekstrakranial. Berbagai macam gangguan terkait dengan gigi, sinus, telinga, atau hidung dapat muncul sebagai nyeri kepala.^{1,2,6}

Nyeri kepala harian yang secara kronis dapat menjadi awal dari depresi. Depresi dan epilepsi sering terjadi bersamaan dengan migrain. Komorbiditas merupakan faktor penting dalam memilih terapi akut atau pencegahan. Komorbiditas dengan asma mengharuskan dokter menghindari pemberian beta bloker. Komorbiditas dengan hipertensi mewajibkan pemberian beta bloker. Terapi pencegahan depresi bisa diberikan obat amitriptilin.¹

Tabel 2. Riwayat yang Harus Digali pada Pasien dengan Nyeri Kepala.^{1,2,3,4,5,6}

Riwayat	Penyakit	Riwayat Penyakit Sekarang
		Riwayat Penyakit Dahulu
		Riwayat penyakit keluarga
	Pengobatan	Nama obat
		Dosis
		Efektif atau tidaknya obat
		Efek samping pengobatan
	Sosial	Keluarga
		Pekerjaan
		Pendidikan
		Kebiasaan atau hobi
	Psikologis	

Riwayat pengobatan pasien juga perlu diketahui. Nitrat, antihistamin, kontrasepsi oral dan terapi sulih hormon dapat menyebabkan nyeri kepala. Selain itu obat-obatan bebas yang dikonsumsi jangka lama dapat menyebabkan terjadinya MOH (*Medication Overuse Headache*).^{1,2,6}

Dalam menghadapi kasus nyeri kepala dokter perlu tahu latar belakang sosial dan psikologis mereka. Riwayat sosial yang perlu digali ini meliputi riwayat

keluarga, pekerjaan, pendidikan dan kebiasaan/hobi. Stressor di rumah, di sekolah, dan di tempat kerja harus dipahami, meskipun dokter tidak harus mengaitkan gangguan nyeri kepala primer semata-mata pada stres. Alkohol, tembakau, dan obat yang dijual bebas dapat berkontribusi pada patogenesis nyeri kepala.^{1,6}

Banyak penderita migren melaporkan anggota keluarga besarnya ada yang menderita migren. Migren memiliki komponen genetik. Genetik juga berperan pada TTH, baik TTH frekuensi maupun TTH kronik. Penyebab nyeri kepala sekunder seperti aneurisma serebral mungkin juga didapatkan riwayat keturunan dalam keluarga.^{1,2,3,4}

Dari penggalian riwayat ini dokter akan memiliki gambaran umum tentang tingkat disabilitas yang diakibatkan oleh nyeri kepala pasien. Dokter akan mengetahui bagaimana dampak nyeri kepala pada kehidupan keluarga, sekolah atau pekerjaan, dan kehidupan sosial. Untuk menghemat waktu dokter, pasien seyogyanya diminta terlebih dahulu menuliskan semua riwayat tersebut secara rinci sebelum pertemuan awal dengan dokter.¹

Site (Tempat)

Lokasi dan sisi nyeri kepala dapat mengarahkan dokter pada diagnosis tertentu. Sisi nyeri kepala pada migren atau sakit kepala klaster dan sefalgia trigeminal-otonomik yang lain adalah pada satu sisi kepala (unilateral), sedangkan pada TTH sisi nyerinya bilateral atau di seluruh kepala (*holocephalic*). Nyeri pada migren bisa muncul di kanan maupun di kiri. Daerah yang terkena biasanya di daerah frontal dan temporal kepala, namun kadang juga melibatkan daerah kepala lain dan leher. Tidak jarang nyeri kepala pada migren juga muncul di daerah *occipitounuchal* dan frontotemporal.^{1,2,4,6}

Nyeri kepala dengan serangan berulang dan "terkunci pada satu sisi" mungkin juga merupakan gejala akibat penyakit organik yang mendasari.¹

Origin (Tempat Asal)

Nyeri pada migren bisa muncul di kanan maupun di kiri. Daerah yang terkena biasanya di daerah frontal dan temporal kepala, namun kadang juga melibatkan daerah kepala lain dan leher. Tidak jarang nyeri kepala pada migren juga muncul di daerah *occipitounuchal* dan frontotemporal. Rasa nyeri pada nyeri kepala tipe tegang (TTH) berasal dari dahi.^{1,4}

Character (Khas)

Karakteristik nyeri kepala pada migren adalah berdenyut dan pada TTH adalah rasa menekan atau mengikat. Pada klaster nyeri yang dirasakan adalah membosankan, rasa seperti dibor, atau nyeri yang sangat hebat atau pedih.^{1,2,3,4,5,6}

Migren ada yang disertai aura dan ada yang tidak. Aura biasanya mendahului nyeri kepala migren. Kadang-kadang aura terjadi bersamaan dengan nyeri kepala migren. Durasi aura berkisar antara beberapa menit sampai satu jam. Aura pada migren yang paling umum terjadi adalah aura visual dan sensorik. Aura motorik dan gangguan berbahasa jarang terjadi. Aura visual dan sensorik terdiri dari gejala positif atau negatif. Gejala visual positif berupa pola terang atau kompleks, seperti skotoma zigzag yang gemilang, atau berupa bintik-bintik dan seperti cahaya senter. Gejala visual negatif berupa gangguan lapang pandang, skotoma kosong, atau kabur. Aura sensorik dapat berupa hipersensitivitas atau parestesia.^{1,2}

Serangan neuralgia trigeminal berupa serangan paroksismal sesaat seperti nyeri kesetrum. Nyeri seperti terbakar atau berdenyut pada mata atau nyeri periorbital juga dapat menunjukkan adanya iskemia di daerah vertebrobasilar, perluasan aneurisma pada dasar tengkorak, diseksi pembuluh darah ekstrakranial atau intrakranial, oklusi sinus dural, atau inflamasi pada sinus kaverosus. Penyebab nonvaskular termasuk sakit kepala klaster, *short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing* (SUNCT), gangguan mata, dan *inflammatory meningeal syndromes*.^{1,2}

Penyebab vaskular pada kasus nyeri kepala seperti perdarahan subarachnoid aneurismal, apopleksi pituitari, dan *reversible cerebral vasoconstriction syndrome* biasanya muncul dengan gambaran nyeri kepala seperti tersambar petir (*thunderclap headache*).¹

Radiation (Penjalaran)

Nyeri pada TTH menjalar dari dahi menuju kepala belakang atau menuju ke *temporomandibular joint*. Nyeri kepala infratentorial, *occipitounuchal*, dan tulang belakang servikal dapat memberikan nyeri rujuk (menjalar) pada dahi atau mata. Hal ini terjadi karena adanya konvergensi aferen nosiseptif servikal pada servikal ke dua dan ke tiga dengan aferen trigeminal dalam nukleus trigeminal kaudal dari batang otak. Nyeri rujuk lain terjadi

pada saat darah atau nanah menuju ruang subarachnoid. Darah atau nanah dalam ruang subarachnoid akan menimbulkan nyeri kepala akut. Nyeri kepala akut ini dapat bergerak ke bawah menyusuri kolumna spinalis menuju daerah interskapula atau punggung bawah.^{1,4}

Associated Symptoms (kumpulan gejala yang terkait)

Mual, muntah umum terjadi pada nyeri kepala migren. Adanya mual dan muntah ini membantu konfirmasi diagnosis migren, namun bukan merupakan gejala yang patognomonik untuk migren. Muntah merupakan gejala yang patognomonik pada peningkatan tekanan intrakranial. Muntah ini juga bisa menyertai gangguan pada daerah postrema dari medula atau pada infeksi sistemik. Fotofobia, fonofobia dan osmofobia atau olfaktofobia sering menyertai migren, meskipun gejala-gejala ini juga mungkin terjadi pada meningitis.^{1,2,3,6}

Pasien dengan migren sering dapat memprediksi akan datangnya serangan nyeri kepala karena adanya gejala pertanda yang terjadi beberapa jam atau hari sebelum nyeri kepala. Gejala pertanda ini meliputi perubahan suasana hati, nafsu makan, konsentrasi, dan pola tidur.¹

Gejala visual sesaat mendukung diagnosis migren. Namun, gangguan visual sesaat yang disertai dengan gangguan ketajaman visual progresif (dengan atau tanpa gangguan lapang pandang atau papil edema) dapat terjadi pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial. Amaurosis terjadi pada pasien dengan neuropati optik iskemik anterior sekunder akibat vaskulitis (misalnya: *giant cell arteritis*) atau emboli retina dari aterosklerosis atau diseksi arteri karotis.^{1,2} Diplopia pada nyeri kepala dapat merupakan manifestasi dari migren tipe basilar atau massa parasellar atau aneurisma arteri komunikan posterior. Gangguan lapang pandang dapat disebabkan oleh adenoma hipofisis atau hipertensi intrakranial idiopatik.^{1,6} Gejala dari infeksi saluran pernapasan atas atau sakit gigi mungkin menunjukkan sinusitis akut sebagai penyebab sakit kepala.¹

Parestesia yang berasal dari tangan ke wajah biasa terjadi pada migren. Selain migren parestesia dari tangan ke wajah juga dapat merupakan manifestasi dari kejang parsial sensorik atau *transient ischemic attack*.¹

Timing (Waktu)

Nyeri kepala primer dengan durasi singkat: detik sampai menit mengarah pada sefalgia trigeminal-otonomik lain. Nyeri kepala primer dengan durasi hitungan jam sampai hari mengarah pada nyeri kepala migren dan *tension-type headaches*, pada migren yaitu selama 4-72 jam dan pada TTH selama setengah jam sampai 7 hari. Migren dan *tension-type headaches* bisa berlangsung selama sehari-hari atau mungkin berevolusi menjadi bentuk yang kronis (misalnya: lebih dari 15 hari per bulan) atau berlangsung terus menerus. Frekuensi sakit kepala dalam sebuah episode bisa berkali-kali per hari seperti pada sefalgia trigeminal-otonomik lain, berkali-kali selama seminggu seperti pada nyeri kepala klaster, atau beberapa kali per minggu atau bulan seperti pada serangan migrain atau *tension type headache*. Waktu nyeri kepala pada klaster berada dalam dalam siklus diurnal, bulanan, atau tahunan.^{1,2,6}

Exacerbating & Relieving (Hal yang Memperparah dan Memperingan)

Exacerbating (Hal yang Memperparah)

Nyeri kepala pada migren bertambah berat dengan aktivitas fisik yang rutin (seperti berjalan atau naik tangga) sedangkan TTH tidak diperberat dengan aktivitas fisik yang rutin.^{1,2,3,4,6}

Nyeri kepala migren berhubungan dengan menstruasi, ovulasi, stres, hormonal, kelelahan, kurang tidur, depresi, atau lapar. Demikian pula faktor lingkungan seperti asap, cahaya silau atau cahaya berkelap-kelip, parfum atau bau kimia juga dapat mencetuskan migren.^{1,2,6}

Anggur merah merupakan penyebab klasik migrain. Alkohol adalah pemicu nyeri kepala klaster. Perubahan dalam kebiasaan tidur berhubungan dengan eksaserbasi nyeri kepala baik pada klaster maupun migren. *Sleep apnea* dapat menyebabkan nyeri kepala pagi hari. Postur tegak memperburuk nyeri kepala akibat hipotensi intrakranial, yang dapat terjadi secara spontan atau iatrogenik. Posisi telentang, atau perubahan posisi, mungkin memperburuk nyeri kepala hipertensi intrakranial. Nyeri kepala karena peningkatan tekanan intrakranial, kista koloid ventrikel ke tiga, dan malformasi Arnold-Chiari khas diperburuk oleh batuk atau manuver valsava. Batuk atau manuver valsava dapat memicu nyeri kepala primer migren. Nyeri kepala terkait dengan

aktivitas seksual harus dicurigai sebagai *red flags* aneurisma intrakranial, meskipun bisa jadi hanya merupakan nyeri kepala benigna berulang.^{1,6}

Relieving (Hal yang Memperingan)

Biasanya penderita migren berkurang rasa nyeri kepalanya saat dipakai tidur atau beristirahat di sebuah ruangan gelap dan tenang. Pasien dengan nyeri kepala klaster dapat menggunakan berbagai teknik untuk meringankan nyeri kepala mereka, mulai dari pengobatan rumahan seperti kompres dingin, hangat, teknik relaksasi, obat herbal, obat resep, dll.^{1,2,3}

Severity (Derajat Keparahan/ Intensitas)

Derajat keparahan (intensitas) nyeri dapat digunakan untuk membedakan jenis nyeri kepala primer. Dokter dapat meminta pasien untuk menggambarkan intensitas nyeri kepala yang dirasakan pasien. Pasien diminta menunjuk skala dia antara skala 1 sampai 10. Skala 1 mewakili rasa nyeri yang hampir tidak terasa nyeri, dan 10 sebagai nyeri yang paling hebat.¹

Intensitas nyeri kepala pada migren adalah sedang sampai berat, pada nyeri kepala tipe tegang (TTH) adalah ringan sampai sedang, sedangkan pada klaster adalah berat sampai sangat berat (tidak tertahankan).^{1,2,3,4,5}

State of Health Between Attacks (Kondisi Kesehatan di Antara Serangan)

Pada nyeri kepala migren kondisi kesehatan di antara serangan adalah bebas nyeri (*free of pain*). Pada klaster kondisi kesehatan di antara serangan juga bebas nyeri (*free of pain*). Klaster bisa mengalami remisi spontan. Pada nyeri kepala tipe tegang kondisi kesehatan di antara serangan pasien TTH hanya merasakan penurunan nyeri kepala, namun tidak bebas sam sekali dari rasa nyeri kepala yang ada.⁶

PEMERIKSAAN FISIK

Sebagian besar pasien dengan nyeri kepala pada pemeriksaan fisiknya ditemukan normal. Hanya sebagian kecil saja yang tidak normal. Apabila ditemukan ketidaknormalan pada pemeriksaan fisik pasien dengan nyeri kepala, maka hal ini merupakan tanda bahaya (*red flags*) (Tabel 3.). Adanya tanda bahaya (*red flags*) mewajibkan dokter melakukan tindakan lebih lanjut.¹

Apabila dokter umum menemukan tanda bahaya (*red flags*), maka tindakan selanjutnya adalah

segera merujuk pasien ke neurolog. Apabila dokter neurolog yang menemukan tanda bahaya (*red flags*), maka tindakan selanjutnya adalah segera melakukan pemeriksaan penunjang dan memberi terapi sesuai dengan diagnosis yang telah ditetapkan.^{1,6}

Pemeriksaan Fisik Umum

Perubahan kulit dapat dikaitkan dengan berbagai etiologi nyeri kepala. Bintik *café-au-lait* merupakan tanda neurofibromatosis. Neurofibromatosis ini terkait dengan meningioma intrakranial dan schwannoma. Kulit kering, alopesia (kebotakan), dan pembengkakan terlihat pada hipotiroidisme. Lesi melanotik ganas mungkin berhubungan dengan penyakit metastasis ke otak.¹

Pemeriksaan Fisik Neurologi

Auskultasi bising di daerah karotis dan arteri vertebral dan orbit dapat memperingatkan klinisi akan potensi stenosis arteri atau diseksi, atau malformasi arteriovenous.¹

Pemeriksaan saraf kranial dapat menjadi petunjuk etiologi nyeri kepala. Gangguan penciuman tersering disebabkan oleh trauma kepala. Gangguan penciuman menunjukkan adanya gangguan pada alur penciuman (*olfactory groove*), misalnya tumor frontotemporal. Pada pemeriksaan funduskopi, adanya perdarahan atau papilledema mengharuskan dilakukannya imejing yang cepat untuk menyingkirkan kemungkinan lesi desak ruang. Pemeriksaan lapang pandang yang menunjukkan defek lapang pandang bitemporal ditemukan pada tumor hipofisis.¹

Selama serangan nyeri kepala klaster, dokter dapat menemukan adanya lakrimasi ipsilateral, rhinorrhea, ptosis, miosis, dan wajah berkeringat pada pasien. Kelainan gerakan mata bisa disebabkan oleh gangguan saraf okulomotor akibat peningkatan tekanan intrakranial. Saraf kranial lainnya dapat dipengaruhi oleh berbagai penyebab. Jika keterlibatan bersifat tidak menyeluruh, asimetris, dan progresif, maka penyebab infiltratif seperti neoplasma, meningitis TB, dan sarkoidosis harus dipertimbangkan.^{1,5,6}

RED FLAGS

Red flags adalah tanda bahaya atau kondisi yang harus diwaspadai. Beberapa hal yang terkategori sebagai *red flags* pada kasus nyeri kepala terangkum dalam Tabel 3¹.

Tabel 2. *Red Flags* (Tanda Bahaya) untuk Nyeri Kepala: "SNOOP".¹

S	• <i>Systemic symptoms</i> (simptom sistemik)
S	• <i>Secondary headache risk factors</i> (faktor risiko nyeri kepala sekunder)
S	• <i>Seizures</i> (kejang)
N	• <i>Neurologic symptoms or abnormal signs</i> (simptom neurologi/ tanda abnormal)
O	• <i>Onset</i> (onset)
O	• <i>Older</i> (usia tua)
P	• <i>Progression of headache</i> (nyeri kepala progresif)
P	• <i>Positional change</i> (perubahan posisi)
P	• <i>Papilledema</i> (papil edema)
P	• <i>Precipitated factors</i> (faktor pencetus)

Systemic Symptoms

Systemic symptoms (simptom sistemik) yang merupakan tanda bahaya pada kasus nyeri kepala antara lain: demam, kaku leher, penurunan berat badan, ruam, menggigil, berkeringat di malam hari. Kemungkinan diagnosis Apabila kasus nyeri kepala disertai dengan adanya simptom sistemik, maka nyeri kepala masuk dalam kategori red flags (bendera merah). Hati-hati mungkin nyeri kepala yang ada bukan nyeri kepala primer. Kemungkinan diagnosis nyeri kepala yang disertai dengan simptom sistemik bisa bermacam-macam, antara lain meningoensefa-litis, gangguan vaskuler, arteritis, atau penyebab sekunder yang lain.¹

Secondary Headache Risk Factors

Beberapa penyakit seperti HIV, kanker, meningitis, tumor metastasis, dan gangguan intra kranial lain dapat mengakibatkan terjadinya nyeri kepala. Nyeri kepala karena adanya gangguan struktural seperti HIV, kanker, meningitis, tumor metastasis, dan gangguan intra kranial lain terkategori dalam nyeri kepala sekunder. Bila didapatkan kasus nyeri kepala pada orang dengan penyakit-penyakit yang berisiko untuk terjadi nyeri kepala maka nyeri kepala ini masuk dalam (secondary headache risk factors).¹

Seizures

Setiap nyeri kepala yang disertai dengan kejang maka dokter wajib berhati-hati karena terkategori

dalam red flags. Kejang bisa diakibatkan oleh penyakit yang mendasari. Penyakit yang mendasari terjadinya kejang bermacam-macam, misalnya: tumor, vaskular, trauma kepala, dll.¹

Neurologic Symptoms or Abnormal Signs

Simptom neurologis atau tanda abnormal bisa muncul bermacam-macam. Contoh simptom neurologis atau tanda abnormal adalah: kebingungan, gangguan kewaspadaan, penurunan kesadaran, atau adanya tanda-tanda fokal. Apabila didapatkan nyeri kepala dengan simptom neurologis atau tanda abnormal maka dokter wajib berhati-hati (red flags). Harus curiga ada sebab yang mendasari terjadinya nyeri kepala. Nyeri kepala yang disertai dengan simptom neurologis atau tanda abnormal kemungkinan diagnosis adalah diseksi servikal, stroke, SDH, EDH, apopleksi pituitari, abses, thrombosis vena, tumor, AVM, meningitis karsinomatosa/ infeksiosa, hipertensi intrakranial.¹

Onset

Onset yang harus diwaspadai sebagai tanda bahaya (red flags) adalah: nyeri kepala yang datang secara tiba-tiba, yang bersifat mendadak, yang baru pertama kali muncul, atau yang dipicu oleh manuver valsava atau perubahan posisi. Apabila disertai onset tersebut maka diagnosis yang mungkin adalah: SAH, AVM, tumor primer, tumor metastasis, SAH, ICH, abses, meningitis, thrombosis vena, hipertensi intrakranial, dll.¹

Onset dan perjalanan nyeri kepala dari waktu ke waktu memiliki implikasi diagnostik dan terapeutik. Nyeri kepala dengan onset cepat berhubungan dengan nyeri kepala klaster, sindrom SUNCT, dan trigeminal neuralgia. Nyeri kepala dengan onset mendadak mengarah pada dugaan adanya mekanisme vaskular yang mendasari seperti perdarahan subarachnoid. Onset nyeri kepala akibat gangguan oftalmologik dan infeksi juga mendadak. Biasanya, pemeriksaan fisik dapat membantu dalam membedakan kondisi yang serius. Nyeri kepala lain meskipun onsetnya dahsyat, bisa jadi prognosinya jinak. Contohnya adalah nyeri kepala yang berhubungan dengan aktivitas seksual, batuk, dan mengejan.¹

Older

Usia tua pada kasus nyeri kepala merupakan tanda bahaya (red flags). Nyeri kepala yang dimulai setelah usia 50 tahun mungkin disebabkan oleh

kondisi serius, seperti: giant cell arteritis, lesi massa, atau penyakit serebrovaskular. Nyeri kepala atau nyeri wajah pada usia lanjut bisa diakibatkan oleh obat-obatan, penyakit sistemik, postherpetic neuralgia (PHN), trigeminal neuralgia, atau gangguan pada kepala, leher, mata, telinga, atau hidung. Untuk itu, pemeriksaan tambahan dilakukan saat nyeri kepala muncul pada pasien usia tua baru dengan onset baru, terdapat perubahan pola nyeri kepala dibandingkan dengan yang sudah ada, atau pemeriksaan fisik didapatkan kelainan. Pada keadaan ini, MRI kepala dan laju endap darah diperlukan untuk membantu mengidentifikasi atau mengeksklusi gangguan struktural dan giant cell arteritis.¹

Progression of Headache

Nyeri kepala yang semakin lama semakin memberat (progresif) merupakan tanda bahaya (red flags). Pemberatan pada nyeri kepala bisa dilihat dari adanya perubahan frekuensi serangan, tingkat keparahan, atau gambaran klinis. Perubahan frekuensi nyeri kepala bisa menjadi penyebab kunjungan ke dokter, misalnya ketika serangan migren meningkat frekuensinya menjadi nyeri kepala harian atau hampir setiap hari terjadi. Apabila ada nyeri kepala yang semakin lama semakin memberat (progresif) maka dokter perlu mencurigai bahwa nyeri kepala yang terjadi bukan nyeri kepala primer. Nyeri kepala yang terjadi tersebut mungkin disertai kelainan yang mendasari, seperti: perdarahan sub dural (SDH), tumor, atau Medication Overuse Headache (MOH). Apabila nyeri kepala progresif terjadi dalam hitungan minggu atau bulan maka kecurigaan mengarah pada: peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK), Medication Overuse Headache (MOH), atau penyakit sistemik. Apabila nyeri kepala progresif terjadi subakut maka kemungkinan penyebabnya adalah: Idiopathic Intracranial Hypertension (IIH), Sub Dural Hemorrhage (SDH) bilateral, lesi obstruktif midline, atau sindroma meningitis kronik.^{1,2}

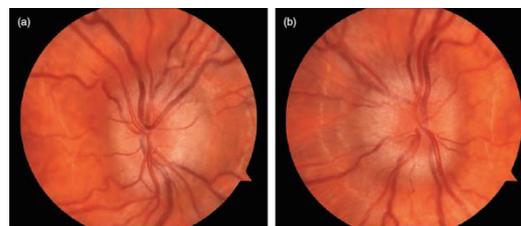
Positional Change

Nyeri kepala yang memburuk dengan perubahan posisi perlu diwaspadai (red flags). Perubahan posisi yang memperburuk nyeri kepala misalnya adalah: berdiri tegak atau berbaring.¹

Papil edema

Papil edema merupakan tanda bahaya (red flags). Nyeri kepala yang disertai dengan adanya papil

edema maka perlu dicurigai akan adanya penyebab sekunder yang mendasari nyeri kepala, misalnya: tumor, IIH (Gambar 1), meningitis, atau ensefalitis.^{1,7}



Gambar 1. papil edema pada pasien dengan IIH (a) pada mata kanan (b) pada mata kiri.⁷

Precipitated Factors

Faktor pencetus nyeri kepala misalnya: batuk, tenaga, aktivitas seksual, manuver valsava, atau tidur). Nyeri kepala yang diperberat oleh batuk, tenaga, aktivitas seksual, maneuver valsava, atau tidur tumor curiga akan Arterio Venous Malformation (AVM), Sub Arachnoid Hemorrhage (SAH), atau penyakit vaskuler.¹

Jika pada anamnesis atau pemeriksaan didapatkan red flags, maka pemeriksaan diagnostik mungkin diperlukan untuk mengeksklusi penyebab sekunder nyeri kepala.¹

SIMPULAN

Nyeri kepala adalah kondisi umum yang selalu mengganggu. Gangguan yang diakibatkan oleh nyeri kepala mulai dari yang ringan seperti gangguan fungsional sampai yang berat (mengancam nyawa).¹

Ada banyak penyebab nyeri kepala. Dokter perlu melakukan pendekatan yang fokus dan sistematis agar mendapatkan diagnosis nyeri kepala dengan tepat. Dengan melakukan anamnesis menyeluruh, pemeriksaan terfokus, dan pengetahuan kriteria diagnostik, jenis nyeri kepala biasanya dapat teridentifikasi dengan tepat. Setelah diagnosis nyeri kepala ditetapkan, pilihan terapi yang dipilih disesuaikan dengan diagnosis pasien. Dengan memperhatikan nyeri kepala pasien, frekuensi serangan nyeri kepala, gangguan fungsional yang terkait dengan nyeri kepala, kondisi medis komorbid, frekuensi penggunaan obat akut, kualitas kesehatan pasien dan pengobatan, maka dokter dapat merencanakan pengobatan yang optimal untuk setiap pasien.¹

Harapan yang realistis harus ditetapkan, karena kadang rencana awal tidak sempurna yang diharapkan. Kunjungan perlu dijadwalkan untuk memodifikasi terapi dan jika perlu untuk meninjau ulang diagnosis yang telah ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Grosberg BM, Friedman BW, Solomon S. Approach to the Patient with Headache in Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB (Eds), Headache. Hong Kong, Wiley Blackwell: 2013. p. 16-25.
2. Kelompok Studi Nyeri Kepala PERDOSSI. Diagnostik dan Penatalaksanaan Nyeri Kepala. Airlangga University Press : 2013. p. 1 – 44
3. Solomon S, Grosberg BM. Diagnosis and Subtypes of Migraine in Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB (Eds), Headache. Hong Kong, Wiley Blackwell: 2013. p. 57-61.
4. Magazi DS, Manyane DM. Tension Type Headaches: A Review. South African Family Practice 57 (1): 2015. p. 23-28.
5. Zakrzewska JM. Cluster Headache: Review of the Literature. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2001: 39, 103–113.
6. Friedman BW, Grosberg. Diagnosis and Management of the Primary Headache Disorders in the Emergency Department Setting. Emerg Med Clin N Am 2009 27: 71–87.
7. Friedman DI. Secondary Headache Disorders Encountered in Clinical Practice. in Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB (Eds), Headache. Hong Kong, Wiley Blackwell 2013: 16-25.