PENATALAKSANAAN NYERI KEPALA PADA LAYANAN PRIMER

Sonniah Haryani, Vindi Tandy, Aurelia Vania, Jimmy Barus

Departemen Neurologi, FKIK Unika Atma Jaya, Jakarta, Indonesia

Diterima 26 Maret 2018
Disetujui 02 September 2018
Publikasi 21 September 2018
Korespondensi: sonniaharyani@gmail.com

Cara merujuk artikel ini: Haryani (et al). 2018. Penatalaksanaan nyeri kepala pada layanan primer. Callosum Neurology Journal 1(3): 83-90. DOI: <https://doi.org/10.29342/cnj.v1i3.16>

ABSTRAK

Nyeri kepala merupakan keluhan pasien yang paling umum pada layanan kesehatan primer di seluruh dunia dengan prevalensi mencapai lebih dari 60% populasi dunia. Nyeri kepala merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting akibat disabilitas yang ditimbulkan sehingga menurunkan produktivitas yang mengakibatkan beban ekonomi dalam keluarga. Sayangnya, praktik penanganan nyeri kepala di layanan primer masih belum adekuat, baik dari segi diagnosis maupun tatalaksana terkait dengan masalah nyeri. Karakteristik nyeri kepala yang bersifat subjektif dan beragam memberikan tantangan tersendiri dalam penegakkan diagnosa yang seringkali menimbulkan diagnosa yang kurang

tepat sehingga mempengaruhi kualitas penanganan nyeri pada pasien. Penanganan yang tidak adekuat dapat meningkatkan risiko progresivitas nyeri kepala episodik menjadi nyeri kepala kronis. Dalam pendekatan terapi nyeri, diperlukan perhatian lebih terhadap kondisi psikososial pasien dalam upaya penanganan nyeri yang komprehensif. Hal ini terutama dikarenakan adanya hubungan timbal balik antara nyeri kronik dan stres yang berkaitan dengan disabilitas yang ditimbulkan.

Kata Kunci: Nyeri Kepala, Nyeri Kronik, Tatalaksana Nyeri, Layanan Primer

ABSTRACT

Headache is the most common symptom found in primary health care in the world with prevalence more than 60% of general population. It is one of the main public health problems due to its disability which decrease productivity and its economic burden for the family and society. Unfortunately, physicians' approach to the patient with headache in primary health care remains inadequate in terms of diagnosis and pain treatment. The subjectivity and variety in patients' complaints give its challenge in making the right diagnosis

with common cases of false diagnosis. Inadequate pain treatment increases the risk of progressivity from episodic headache into chronic headache. Patient's psychosocial condition should always be evaluated to provide a comprehensive pain management considering the solid correlation between chronic pain and stress regarding the inflicted disability.

Keywords: Headache, Chronic Pain, Pain Management, Primary Care

Latar Belakang

Nyeri kepala merupakan keluhan pasien yang paling umum diungkapkan di seluruh dunia. Nyeri kepala adalah nyeri yang dirasakan di bagian kepala atau disebut juga sefalgia. Berdasarkan gambaran anatomi, nyeri kepala adalah nyeri yang dirasakan di atas garis orbito-meatal dan belakang kepala, tidak termasuk nyeri di area orofasial, seperti hidung, sinus, rahang, sendi temporomandibular, dan telinga. Sekitar 50% populasi dunia mengalami nyeri kepala setiap tahunnya dan lebih dari 90% menyatakan pernah mengalami nyeri kepala. Laporan terakhir menyatakan terdapat lima hingga sembilan juta kunjungan ke penyedia layanan kesehatan primer dengan keluhan migren setiap tahunnya di Amerika Serikat. Umumnya keluhan ini lebih banyak menimpa kaum wanita. Jenis nyeri kepala yang paling umum terjadi adalah nyeri kepala tipe tegang, migren, dan klaster dengan perkiraan angka kejadian masing-masing mencapai 40, 10, dan 1% dari total populasi orang dewasa di seluruh dunia.¹⁻⁴

Nyeri kepala mengganggu aktivitas pasien sehingga menurunkan produktivitas serta mengakibatkan beban ekonomi dalam keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa nyeri kepala lebih banyak mengurangi kualitas hidup dibandingkan dengan osteoarthritis ataupun diabetes mellitus. Sebagai salah satu contoh, migren memiliki dampak ekonomi yang sangat besar. Dalam 3 bulan, pasien dengan migren dapat mengeluarkan sekitar 3 juta rupiah dengan hilangnya produktivitas sebanyak 256 jam/ tahun. Sayangnya, praktik penanganan nyeri kepala di layanan primer masih belum adekuat, baik dari segi diagnosis maupun tatalaksana terkait dengan masalah nyeri yang dihadapi pasien.⁴⁻⁷

Klasifikasi Nyeri Kepala

Nyeri kepala secara umum dapat dibedakan menjadi nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder. Nyeri kepala primer mencakup nyeri kepala tipe tegang, migren, dan klaster. Sedangkan, nyeri kepala sekunder merupakan kondisi yang diakibatkan oleh penyebab lain, seperti trauma kepala dan leher, gangguan vaskularisasi kranial dan servikal, gangguan intrakranial non-vaskular, penggunaan obat maupun putus obat, infeksi, gangguan homeostasis, ataupun gangguan psikiatrik. Nyeri kepala ini dapat disebabkan oleh gangguan di tengkorak, leher, mata, telinga, hidung, sinus, gigi,

mulut, ataupun struktur wajah dan kranial lainnya. Kedua kelompok ini penting untuk dibedakan agar kondisi penyebab yang lebih serius dapat dikenali dan dengan segera diberikan penanganan yang tepat.^{1,8}

Nyeri kepala tanpa adanya tanda bahaya merupakan nyeri kepala dengan risiko rendah. Nyeri kepala jenis ini tidak membutuhkan pencitraan neurologis dan umumnya mengarah kepada nyeri kepala primer. Tanda bahaya yang dimaksud meliputi nyeri kepala yang berkepanjangan atau progresif; nyeri kepala baru atau yang dirasakan berbeda dari biasanya; nyeri kepala terberat yang pernah dialami seumur hidup; nyeri kepala yang langsung terasa berat ketika pertama muncul; adanya gejala sistemik yang menyertai; kejang; ataupun adanya gejala neurologis. Jika salah satu saja dari tanda bahaya tersebut muncul, maka perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan baik berupa pencitraan maupun laboratorium untuk mengetahui penyebab nyeri kepala tersebut.^{1,9,10}

Nyeri kepala tipe tegang merupakan jenis nyeri kepala primer yang paling sering terjadi. Nyeri ini ditandai dengan rasa terikat yang dirasakan bilateral dengan intensitas ringan-sedang. Reseptor nosiseptif di jaringan myofasial perikranial diduga berperan dalam munculnya nyeri ini. Nyeri kepala ini kemudian dapat dibedakan lagi menjadi nyeri kepala tipe tegang jarang dan sering. Nyeri kepala tipe tegang dikatakan jarang jika terdapat minimal 10 episode nyeri yang berlangsung kurang dari satu hari setiap bulan (kurang dari 12 hari per tahun) dengan durasi serangan berkisar antara 30 menit hingga tujuh hari. Sedangkan, nyeri kepala tipe tegang dapat dikatakan sering jika terjadi serangan minimal 10 episode yang berlangsung lebih dari satu dan kurang dari 15 hari per bulan selama minimal tiga bulan.^{1,11}

Nyeri kepala primer lain yang cukup sering terjadi adalah migren. Kondisi ini ditandai dengan adanya mual, fotofobia (sensitivitas terhadap cahaya), dan fonofobia (sensitivitas terhadap suara). Aktivitas fisik seringkali menjadi faktor pencetus munculnya migren. Karakteristik khas dari migren adalah sifatnya yang pulsatil, berlangsung selama 4-72 jam, unilateral, disertai dengan mual dan muntah dalam intensitas berat yang mengganggu aktivitas. Salah satu penelitian menunjukkan adanya dua dari tiga gejala yang telah disebutkan di atas meningkatkan kemungkinan diagnosa migren hingga 4,8 kali lipat. Migren sendiri dapat dibedakan menjadi migren dengan aura dan tanpa

aura. Aura yang dimaksud dapat berupa gangguan visual ataupun sensorik, baik gejala positif (kilatan cahaya atau kesemutan) maupun gejala negatif (hilang penglihatan atau rasa baal) yang bersifat reversibel. Aura ini umumnya muncul setelah lima menit dan bertahan hingga kurang dari satu jam.^{1,11}

Nyeri kepala kluster cenderung jarang ditemukan. Meskipun jenis nyeri kepala ini adalah yang paling jarang, sekitar 500.000 warga Amerika pernah mengalami nyeri kepala ini minimal sekali dalam hidupnya dengan 70% pasien melaporkan pertama kali mengalami nyeri ini di bawah usia 30 tahun. Nyeri kepala kluster umumnya digambarkan dengan nyeri tajam yang terjadi unilateral di area retro orbita, diikuti dengan area temporal, gigi atas, rahang, pipi, gigi bawah, dan leher. Nyeri ini terkadang dapat digambarkan sebagai nyeri yang pulsatil ataupun seperti terikat dan dapat terjadi bilateral sehingga kebanyakan kasus nyeri kepala kluster mengalami kesalahan diagnosa. Nyeri kepala ini berlangsung singkat, antara 15 hingga 180 menit, dengan intensitas berat yang disertai dengan gejala otonom. Gejala otonom ipsilateral yang mungkin terjadi mencakup edema kelopak mata, kongesti nasal, lakrimasi, ataupun berkeringat. Serangan dapat terjadi hingga delapan episode per hari. Delapan hingga sembilan puluh persen dari kasus nyeri kepala kluster merupakan tipe episodik yang ditandai dengan adanya serangan setiap hari selama rata-rata 6-12 minggu diikuti remisi hingga 12 minggu. Sedangkan pada tipe kronik, serangan muncul tanpa adanya periode remisi.^{1,11}

Nyeri Kepala Kronis

Seperti telah disebutkan di atas, penanganan nyeri kepala yang tidak adekuat dapat meningkatkan risiko terjadinya nyeri kepala kronis yang akhirnya mengakibatkan penurunan kualitas hidup pasien dan keluarga. Migren atau nyeri kepala tipe tegang kronis dapat berkembang menjadi nyeri kepala kronis harian (NKKH) yang merupakan sindrom klinis yang didefinisikan sebagai nyeri kepala primer yang terjadi dengan durasi ≥ 4 jam dalam 1 hari pada ≥ 15 hari dalam 1 bulan selama lebih dari 3 bulan. NKKH merupakan salah satu tipe nyeri kepala yang paling sering dijumpai di pusat penanganan nyeri kepala dan menyerang 4-5% populasi pada umumnya. Pasien dengan nyeri kepala juga cenderung rentan menggunakan obat-obatan pada fase akut yang berulang hingga mencapai ambang kritis, umumnya migren episodik yang

bertransformasi menjadi migren kronis. Interaksi dari penggunaan obat-obatan yang berlebihan tersebut dapat mencetuskan terjadinya nyeri kepala kronik sekunder yang dikenal dengan nyeri kepala akibat penggunaan obat berlebih (NKPOB).^{6,12-15}

Kriteria Silberstein dan Lipton membagi NKKH ini menjadi 4 sub tipe, yaitu transformasi migren, nyeri kepala tipe tegang kronis, nyeri kepala persisten harian baru, dan hemikrania kontinua. Transformasi migren atau migren kronis sering terjadi pada kelompok wanita dengan riwayat migren tanpa aura. Frekuensi serangan nyeri kepala akan meningkat dengan gejala penyerta yang lebih ringan dan jarang. Nyeri kepala tipe tegang kronis meliputi setengah dari kasus NKKH yang lebih banyak terjadi pada wanita dengan prevalensi berkisar antara 1,7-2,2% dan meningkat seiring usia. Nyeri kepala persisten harian baru ditandai dengan serangan tiba-tiba dari nyeri kepala primer kronik harian yang terjadi terus menerus. Ciri patognomonik nyeri kepala ini adalah pasien mengingat situasi, tempat, dan tanggal terjadinya nyeri kepala. Pasien mengalami nyeri kepala tipe tegang yang muncul dalam 3 hari awitan dan terjadi setiap hari tanpa adanya periode remisi selama minimal 3 bulan. Sedangkan hemikrania kontinua ditandai dengan nyeri kepala berintensitas sedang yang dapat meningkat pada fase eksaserbasi disertai dengan munculnya gejala otonom yang memiliki respon baik terhadap pemberian indometasin. Hemikrania kontinua merupakan salah satu jenis nyeri kepala primer yang jarang terjadi. Meskipun sumber nyeri dari NKKH tidak diketahui dengan baik dan dapat bervariasi sesuai dengan jenis nyeri kepala yang dialami, terdapat beberapa dugaan dari berbagai penelitian mengenai mekanisme yang berperan pada proses munculnya nyeri, antara lain eksitasi abnormal saraf aferen nosiseptif perifer di meningen, meningkatnya respon dari neuron nukleus kaudalis trigeminal, menurunnya modulasi nyeri dari pusat yang lebih tinggi seperti substansi grisea periaqueductal, adanya nyeri sentral yang timbul spontan karena aktivasi "on cells" pada medula, menurunnya kadar serotonin, serta sensitisasi sentral. Beberapa faktor risiko juga berperan dalam munculnya nyeri kepala ini, baik faktor risiko yang dapat dimodifikasi (frekuensi serangan, sensitisasi sentral, obesitas, penggunaan obat yang berlebihan, kejadian stres, mengorok) maupun faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (wanita, status pendidikan atau

sosioekonomi rendah, cedera kepala).^{12,13} Pasien dapat dikatakan mengalami NKPOB jika pasien mengalami nyeri kepala minimal selama 15 hari dalam sebulan dengan riwayat penggunaan obat yang berlebihan minimal satu di antara ergotamin, kepala yang memberat ketika dalam masa pengobatan. Pada kriteria sebelumnya, salah satu kriteria NKPOB ialah ketika nyeri yang dirasakan berubah kembali menjadi nyeri episodik setelah konsumsi obat yang berlebihan tersebut dihentikan. Namun, keluhan nyeri kepala pada beberapa pasien menetap karena sistem regulasi nyeri mereka telah rusak permanen akibat pemaparan terhadap obat-obatan dalam jangka waktu lama sehingga kriteria ini tidak lagi dipakai. Tipe obat yang berbeda lebih mudah untuk mencetuskan nyeri kepala ini. Konsumsi obat abortif lebih dari 2 hari per minggu dengan frekuensi nyeri kepala yang tinggi lebih mudah mencetuskan NKPOB. Pasien umumnya mengeluhkan nyeri lebih banyak terjadi pada pagi hari dengan kualitas, intensitas, dan lokasi yang bervariasi. Kebanyakan pasien dengan NKPOB juga mengeluh adanya gejala otonom dan vasomotor, seperti instabilitas vasomotor, rhinorrhea, postnasal drip, dan gejala lain pada sistem okular atau gastrointestinal. Pasien dengan NKPOB juga seringkali memiliki komorbid depresi dan ansietas, ataupun gangguan tidur.^{10,14,15}

Penanganan Nyeri Kepala Primer

Nyeri kepala merupakan keluhan yang bersifat subjektif sehingga tiap orang mungkin memiliki interpretasi berbeda yang dapat menghambat proses diagnosis yang baik. Terdapat lima komponen esensial dalam menangani pasien dengan nyeri kepala, yaitu dengan membuat diagnosis yang benar, menilai besarnya dampak kecacatan, memperhitungkan etiologi, merencanakan pengobatan, dan memonitor hasil. Proses ini penting untuk diketahui pemberi layanan kesehatan, khususnya dokter umum yang merupakan lini pertama dalam pemberi layanan kesehatan primer dalam rangka meningkatkan efektivitas terapi pasien dengan nyeri kepala dan menurunkan angka transformasi nyeri kepala akut menjadi kronis.^{1,5}

Untuk menegakkan diagnosa, riwayat dari nyeri tersebut perlu digali dengan seksama, seperti awitan keluhan, frekuensi dan kondisi yang memicu serangan, kualitas nyeri, lokasi ataupun durasi dari nyeri tersebut, progresivitas nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

triptan, opioid, atau kombinasi dari obat analgesik lebih dari 10 hari atau penggunaan yang tidak berlebihan dari obat tersebut selama lebih dari 15 hari per bulan minimal selama 3 bulan, atau nyeri

tersebut, serta keluhan atau penyakit lain yang menyertai. Riwayat keluarga juga perlu ditanyakan karena beberapa nyeri kepala dapat diturunkan secara genetik. Selain itu, klinisi perlu menanyakan riwayat pengobatan yang sedang dan pernah diambil, riwayat sosial, serta melakukan tinjauan per sistem struktural untuk menyingkirkan adanya penyakit sistemik, serta mewaspadai adanya tanda bahaya yang menunjukkan lesi yang mendasari nyeri tersebut. Sebagai contoh, nyeri kepala yang muncul secara tiba – tiba dengan puncak intensitas yang dicapai dalam waktu singkat perlu evaluasi segera karena kecurigaan adanya perdarahan subaraknoid, hipertensi emergensi, diseksi arteri vertebra, ataupun glaukoma sudut tertutup. Penggunaan obat-obatan, seperti aspirin, antikoagulan, steroid, ataupun napza, seperti kokain dan amfetamin, juga dapat meningkatkan risiko perdarahan intrakranial atau stroke. Pasien dengan kondisi imunosupresi juga berisiko menderita abses otak, meningitis, ataupun keganasan sistem saraf pusat.^{1,5,10,16}

Setelah mendapatkan informasi yang adekuat dari anamnesis pasien, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan neurologis yang terarah. Pemeriksaan fisik yang dilakukan mencakup pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan arteri karotis, sinus, arteri, dan otot paraspinal servikal, serta pemeriksaan leher dalam posisi fleksi dan rotasi lateral untuk menilai tanda rangsang meningeal. Sedangkan, pemeriksaan neurologis meliputi penilaian tingkat kesadaran, gangguan daya ingat, pemeriksaan oftalmologi (reaktivitas dan ukuran pupil, funduskopi, lapang pandang, serta gerakan bola mata), pemeriksaan saraf kranial (termasuk refleks kornea, sensori wajah, asimetri wajah), perbedaan tonus otot, kekuatan motorik, dan refleks tendon dalam, fungsi sensori, adanya *gait*, serta fungsi koordinasi tangan dan kaki.^{1,16}

Pencitraan biasanya tidak dilakukan pada nyeri kepala yang bersifat episodik. Pencitraan neurologis diindikasikan untuk semua pasien yang datang dengan gejala dan tanda dari nyeri kepala yang berbahaya karena pasien ini mempunyai risiko terjadinya patologi intrakranial. Selain itu, pencitraan juga dapat dilakukan pada pasien

dengan nyeri kepala yang tidak akut bila terdapat riwayat gangguan koordinasi, gejala neurologi fokal, riwayat parestesi subjektif, atau adanya riwayat nyeri kepala yang menyebabkan pasien terbangun dari tidur.^{1,9}

Selain itu, pemeriksaan lab dan pungsi lumbal dapat dilakukan dan sangat berguna untuk mengidentifikasi infeksi, keberadaan sel darah (yang menunjukkan perdarahan), dan sel abnormal yang berhubungan dengan beberapa keganasan sistem saraf. Pada orang dewasa yang dicurigai mengalami perdarahan subaraknoid, penting untuk dilakukan pungsi lumbal untuk melihat adanya darah atau xantokrom. Pemeriksaan CT scan kepala harus dilakukan sebelum pungsi lumbal untuk menyingkirkan adanya risiko herniasi otak.^{1,9} Setelah menegakkan diagnosis, perlu dievaluasi dampak dari nyeri kepala tersebut untuk merencanakan terapi selanjutnya. Penting bagi pasien dan dokter untuk memahami masalah nyeri yang dihadapi sehingga dapat ditangani dengan tepat. Seringkali perilaku menunda proses mencari pengobatan meningkatkan risiko terjadinya nyeri kronik akibat penanganan yang tidak adekuat. Salah satu alat bantu yang dapat digunakan adalah kuesioner *Migraine Disability Assessment* yang menilai hari yang hilang atau tidak produktif dalam jangka waktu 90 hari. Akan lebih baik bila rencana

pengobatan diawali dengan pengisian kuesioner untuk mendeteksi adanya depresi, kecemasan, ataupun ketakutan yang terkait dengan masalah nyeri, keterbatasan yang ditimbulkan, dan kualitas verapamil untuk nyeri kepala klaster.²⁰⁻²²

Komponen selanjutnya adalah memperhitungkan ekologi, yaitu mempertimbangkan kondisi pasien dan situasi kehidupannya sehari-hari yang dapat mempengaruhi pelaksanaan terapi. Penting untuk menanyakan pasien harapan mereka terhadap pengobatan dan pengobatan mana yang dirasa nyaman untuk dijalani. Pada beberapa kasus, dokter harus mampu memberitahukan kepada pasien bahwa nyeri yang dialaminya tidak dapat disembuhkan dan tujuan pengobatan yang dilakukan hanya untuk mengembalikan fungsi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Informasi ini sangat sensitif dan harus disampaikan dengan hati-hati agar tidak terjadi kesalahpahaman antara dokter dan pasien yang dapat menimbulkan kebuntuan dalam proses pengobatan. Beberapa informasi lain juga perlu ditanyakan karena dapat membantu mengurangi frekuensi serangan beberapa tipe nyeri kepala, antara lain pola nutrisi, hidrasi, pola tidur, dan pengelolaan stres, seperti *biofeedback* dan *cognitive behavioral therapy* (CBT).^{5,17}

Tabel 1. Rekomendasi American College of Radiology untuk pencitraan pada kasus nyeri kepala¹

Gejala klinis	Rekomendasi modalitas pencitraan
Nyeri kepala pada pasien <i>immunocompromised</i>	MRI kepala dengan dan tanpa media kontras
Nyeri kepala pada pasien yang > 60 tahun dengan suspek arteritis temporal	MRI kepala dengan dan tanpa media kontras
Nyeri kepala dengan suspek meningitis	CT atau MRI kepala tanpa media kontras
Nyeri kepala berat pada kehamilan	CT atau MRI kepala tanpa media kontras
Nyeri kepala unilateral yang mungkin disebabkan diseksi arteri karotis atau arteri lainnya	MRI kepala dengan dan tanpa media kontras, MRA kepala dan leher, atau CTA kepala dan leher
Nyeri kepala yang terjadi tiba-tiba atau sangat berat, atau nyeri kepala terberat yang pernah dirasakan	CT kepala tanpa media kontras, CTA kepala dengan kontras, MRA kepala dengan/tanpa media kontras, atau MRI kepala tanpa media kontras

Terapi perilaku kognitif atau CBT akan sangat bermanfaat bagi pasien dengan nyeri kronik sebab seringkali pasien memiliki ketakutan untuk melakukan aktivitas karena adanya kekhawatiran akan muncul serangan sehingga cenderung menghindari dari aktivitas dan lama kelamaan akan kehilangan fungsinya di keluarga ataupun masyarakat. Masalah lain yang mungkin muncul ialah ketika pasien

menjadi tergantung dengan obat pereda nyeri, sedangkan obat tersebut kemudian tidak lagi efektif, disertai dengan adanya efek samping sedasi ataupun perubahan mood menyebabkan pasien menjadi pasif dan merasa tidak berdaya. Kondisi ini diperparah ketika keluarga dan sahabat juga sudah

kehilangan kesabaran sehingga seringkali menyebabkan pasien dengan nyeri kronis

menarik diri dari kehidupan sosial, merasa bersalah dengan hilangnya tanggung jawab sosial, yang akhirnya mengakibatkan depresi.^{5,17} Setelah memperhitungkan ekologi, klinisi dapat membuat rencana terapi sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien dengan mempertimbangkan beberapa faktor, antara farmakologis yang dapat membantu mengurangi nyeri kepala ialah olahraga kardio, latihan beban, ataupun peregangan sebanyak dua hingga tiga kali per minggu selama 30 menit; konseling, relaksasi, penanganan stres dan pengaturan aktivitas. Pasien perlu diajak untuk mengerti bahwa terapi non farmakologis juga berperan penting selain terapi farmakologis semata.^{5,17,20,21,23}

Relaksasi memegang peranan penting dalam menghadapi stres dan teknik ini dapat dilatih. Relaksasi dapat menghentikan stres dan mengembalikan keseimbangan tubuh dan pikiran. Relaksasi juga dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kemampuan toleransi nyeri. Beberapa cara teknik relaksasi yang dapat dipilih sesuai dengan karakteristik pasien. Jika pasien mudah marah, teragitasi, atau tegang, maka diperlukan aktivitas penghilang stres yang bersifat menenangkan, seperti meditasi, relaksasi otot progresif, pernafasan dalam, atau imajinasi visual. Pada pasien yang cenderung depresi, menarik diri, atau melamun, maka aktivitas yang bersifat stimulan dan berenergi, seperti pijat, latihan berirama, yoga lebih disarankan. Pola makan yang sehat tidak hanya bermanfaat terhadap kesehatan secara fisik, tetapi juga kesehatan mental dengan mengurangi stres, meningkatkan energi, dan menstabilisasi mood. Suatu penelitian telah menemukan adanya hubungan dengan diet western (daging olahan, makanan kaleng, makanan cepat saji, dan tinggi kadar gula) dengan peningkatan kejadian depresi, stres, gangguan bipolar, dan kecemasan. Sedangkan, buah dan sayur, makanan yang dimasak di rumah, dan pembatasan konsumsi gula serta karbohidrat olahan dapat meningkatkan mood dan menurunkan risiko terjadinya masalah kesehatan mental.²⁴⁻²⁶

Selanjutnya, klinisi harus mengevaluasi respon terapi yang diberikan, dengan menilai jumlah hari dengan serangan, tingkat keparahan, pengobatan yang diminum untuk menghilangkan nyeri, dan dampaknya dalam kehidupan sehari-hari ataupun dalam pekerjaan

lain frekuensi nyeri kepala, tipe pekerjaan pasien, adanya penyakit lain ataupun obat lain yang dikonsumsi, faktor yang berkaitan dengan kepatuhan pasien, serta adanya kemungkinan perubahan gaya hidup ataupun terapi non farmakologis lainnya. Contoh terapi non

pasien. Prinsip ini juga berlaku gawat darurat, penting untuk menentukan diagnosis nyeri kepala yang benar, menyingkirkan penyebab sekunder, memulai terapi abortif nyeri kepala, merencanakan terapi dan bagaimana memulangkan pasien yang tepat, serta melakukan rujukan sesuai dengan standar kompetensi.^{5,17,27}

Penanganan Nyeri Kepala Kronis

Pencegahan NKPOB selalu lebih baik daripada pengobatan saat nyeri itu sudah terjadi. Respon bebas nyeri pada fase akut dapat dicapai dengan menggunakan triptan, dihidroergotamin, atau OAINS dengan dosis optimal di awal serangan (dalam 30 menit pertama). Dalam menangani NKPOB, obat yang bersangkutan harus dihentikan sepenuhnya dan kemudian merencanakan strategi pencegahan, baik dari segi farmakologis maupun non farmakologi. Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi untuk membatasi penggunaan obat abortif sehingga dapat mencegah penggunaan obat berlebihan yang berkelanjutan. Penghentian cepat obat dapat berbahaya dan sebaiknya dilakukan pada pasien yang menggunakan ≤ 3 tablet per hari dari golongan benzodiazepin, barbiturat, opioid, atau analgesik yang mengandung kafein. Program multidisiplin dapat dilakukan jika terapi rawat jalan tidak berhasil, durasi NKPOB yang lama, adanya komorbiditas psikiatri dan medis lainnya, dan atau pada pasien yang menggunakan obat dengan dosis tinggi atau obat yang sulit atau berbahaya jika dihentikan tanpa perhitungan yang tepat dan terstruktur.^{14,15}

Pasien dengan NKKH sering datang tidak hanya dengan masalah penggunaan berlebihan obat, tetapi disertai juga komorbiditas psikiatri dan somatik, toleransi frustrasi yang rendah, serta ketergantungan fisik dan emosi. Prinsip regimen tatalaksana harus meliputi edukasi pasien, membangun harapan, dan rencana *follow-up* (hal ini termasuk menjelaskan kepada pasien bahwa dapat terjadi perburukan sebelum perbaikan terjadi); menggunakan terapi non-farmakologis

jika memungkinkan, seperti terapi biofeedback dan relaksasi, CBT, konsultasi individu/ keluarga sesuai kebutuhan, instruksi untuk diet, terapi kronobiologikal, dan kebiasaan tidur yang baik, serta program olahraga harian; identifikasi, menemukan, dan mengobati komorbid psikiatrik dan somatik yang ada; menghentikan semua obat dan kafein yang dapat mengganggu baik dengan prosedur detoksifikasi rawat jalan maupun rawat inap; serta menyusun program terapi keuntungan dan perlunya detoksifikasi pada pasien dengan penggunaan obat yang berlebihan, diikuti dengan rencana terapi intensif jangka panjang. Terdapat tiga pendekatan detoksifikasi pasien rawat jalan, antara lain dengan menurunkan dosis obat-obatan yang digunakan secara berlebihan secara gradual sementara terapi preventif yang efektif diberikan; menghentikan secara langsung obat-obatan yang digunakan secara berlebihan dan memulai terapi transisi untuk menghentikan siklus nyeri kepala, dan secara bertahap menurunkan dosis terapi transisi tersebut; atau dengan mengkombinasi kedua strategi, yaitu mengeliminasi obat dan memberikan obat preventif dengan cepat, serta memberikan terapi transisi sementara untuk memberikan perbaikan tanpa perburukan secara drastis di awal terapi. Kortikosteroid oral dapat digunakan, baik dengan prednison dosis awal 60 mg/ hari atau deksametason 4 mg/ hari sampai 12 mg/ hari, dengan penurunan dosis bertahap selama 3-7 hari. Triptan atau dihidroergotamin juga dapat digunakan sebagai terapi transisi.^{10,12,21}

farmakologis abortif dan preventif. Pemilihan obat preventif dilakukan berdasarkan efikasinya, preferensi dan tipe nyeri kepala pasien, efek samping obat, dan penyakit komorbid yang menyertai. Obat preventif yang umum digunakan adalah golongan alfa-agonis, antikonvulsan, antidepresan, SSRI, beta-bloker, antagonis kanal kalsium.^{12,19}

Sebagian besar studi menemukan adanya

Nyeri kepala merupakan masalah yang paling sering dikeluhkan pasien kepada penyedia layanan kesehatan primer di seluruh dunia. Setiap tahunnya, diperkirakan prevalensi nyeri kepala pada individu dewasa mencapai lebih dari 60% dengan tipe nyeri kepala tersering secara berurutan, ialah nyeri kepala primer tipe tegang, migren, dan klaster. Nyeri ini perlu dievaluasi dan ditangani dengan baik untuk menyingkirkan adanya kondisi pencetus yang serta mencegah dampak lanjutan yang sangat merugikan masyarakat karena hilangnya produktivitas pasien sehingga mengakibatkan beban ekonomi dalam keluarga. Sayangnya, penanganan nyeri kepala di layanan primer masih belum adekuat. Pengelolaan nyeri kepala pada fase akut yang berkualitas berperan penting dalam mencegah progresivitas dan transformasi dari nyeri kepala episodik menjadi nyeri kepala kronis yang dapat menyebabkan beban mental dan sosial yang berperan dalam menurunnya kualitas hidup pasien. Pemberian terapi harus diberikan secara adekuat dan tidak berlebihan agar masalah nyeri yang dialami pasien dapat diatasi dengan tepat dan tuntas, serta mencegah terjadinya nyeri kepala akibat penggunaan obat berlebihan.

Simpulan

Daftar Rujukan

1. Rosley NM, Ismail I, Visvernardan HL. Students ' Acceptance on Mobile Phone Usage and SMS Learning. Malaysian J Distance Educ. 2011;13(2):49–59.
2. Lee WJ, Shin S. A Comparative Study of Smartphone Addiction Drivers' Effect on Work Performance in the U.S. and Korea. J Appl Bus Res. 2016;32(2):507–16.
3. Mutchler LA, Shim JP, Ormond D. Exploratory study on users' behavior: Smartphone usage. 17th Am Conf Inf Syst 2011, AMCIS 2011. 2011;5:3702–10.
4. Park J, Kim K, Kim N, Choi I, Lee S, Tak S, et al. A Comparison of Cervical Flexion, Pain, and Clinical Depression in Frequency Smartphone Use. Int J Bio-Science Bio-Technology [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 30];7(3):183–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2015.7.3.19>
5. Naser SSA, Almursheidi SH. A Knowledge Based System for Neck Pain Diagnosis. 2016;2(4):12–8.
6. Evans G. Identifying and Treating the Causes of Neck Pain. Med Clin North Am. 2014;98(3):645–61.
7. Karaeng M, Djajakusli R, Furqaan Naiem M.

- Hubungan Beban Kerja Dengan Nyeri Leher Pada Tenaga Kerja Bongkar Muat Di Koperasi Tenaga Kerja Bongkar Muat Pelabuhan Makassar. 2012.
8. Kim H-J, DH, Kim J-S. The relationship between smartphone use and subjective musculoskeletal symptoms and university students. *J Phys Ther Sci.* 2015 Mar;27(3):575–9.
 9. Almhdawi KA, Mathiowetz V, Al-Hourani Z, Khader Y, Kanaan SF, Alhasan M. Musculoskeletal pain symptoms among allied health professions' students: Prevalence rates and associated factors. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017 Nov 6;30(6):1291–301.
 10. Lee S, Choi Y-H, Kim J. Effects of the cervical flexion angle during smartphone use on muscle fatigue and pain in the cervical erector spinae and upper trapezius in normal adults in their 20s. *J Phys Ther Sci.* 2017 May;29(5):921–3.
 11. Toh SH, Coenen P, Howie EK, Straker LM. The associations of mobile touch screen device use with musculoskeletal symptoms and exposures: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(8):e0181220.