GORONTALO POST

PERSEPSI

Kamis, 2 Oktober 2014

Mewaspadai Keluhan Pusing Berputar: Suatu Tinjauan Neurologi

Oleh:
dr. Muhammad Isman Jusuf, Sp.S

PENDAHULUAN

PUSING berputar merupakan masalah kesehatan yang sering ditemui di masyarakat. Pasien mengalami kesulitan dalam mengungkapkan timbulnya gejala tersebut bahkan terkadang disamakan dengan keluhan nyeri kepala. Penderita pusing berputar mengeluhkan berbagai macam gejala meliputi mual, muntah, ketidakseimbangan tubuh, pandangan kabur, dan disorientasi. Gejala-gejala ini menimbulkan problem emosional seperti distres, kecemasan, dan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan pusing berputar sangat menpengaruhi kesehatan dan berhubungan dengan kualitas hidup seseorang.

EPIDEMIOLOGI

Pusing berputar merupakan keluhan paling sering yang membawa pasien berobat ke dokter, dengan insidensi 5-10%. Lima belas persen diantara penderita yang dikonsulkan ke dokter spesialis saraf mempunyai keluhan pusing berputar. Diagnosa pusing berputar menempati urutan ke tiga tersering yang disampaikan pasien di ruang gawat darurat. Di RSUP Prof.dr. Sardjito Yogyakarta, penderita pusing berputar yang datang ke poliklinik saraf, sekitar 4,9% dari 13.355 kunjungan. Di RSUD Prof.dr.Aloei Saboe Gorontalo, keluhan pusing berputar termasuk 10 besar penyakit yang membuat pasien datang berobat ke poliklinik saraf. Pusing berputar mengenai semua golongan umur. Insidensi 25% pada penderita berusia lebih dari 25 tahun, dan 40% pada penderita berusia lebih dari 40 tahun. Pusing berputar juga dilaporkan sekitar 30% terjadi pada populasi berusia lebih dari 65 tahun. Penelitian penulis mendapatkan usia penderita pusing berputar paling banyak pada kelompok umur 40-49 tahun (23.4%) dan 50-59 tahun (22.4%). Didapatkan pula Proporsi jenis kelamin perempuan lebih besar dibandingkan laki-laki yaitu 66.3%.

KLASIFIKASI

Keluhan pusing berputar disebut juga dengan vertigo yaitu suatu istilah yang berasal dari bahasa latin, *vertere*, yang artinya memutar. Vertigo adalah suatu sensasi pasien merasakan lingkungan sekitarnya bergerak. Sensasi tersebut sering dirasakan berputar, bisa juga pasien merasakan mau jatuh. Vertigo dalam neurologi diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu vertigo tipe perifer maupun vertigo tipe sentral. Vertigo sentral adalah vertigo akibat kelainan di sistem saraf pusat meliputi batang otak, otak kecil, dan otak besar. Yang bisa menjadi penyebab terjadinya vertigo sentral diantaranya serangan stroke, tumor otak, migren, cedera otak, dan perdarahan otak. Adapun vertigo perifer adalah vertigo yang diakibatkan adanya kelainan pada sistem saraf tepi yaitu pada labirin dan saraf Vestibularis. Penyebab kelainan pada labirin diantaranya post trauma, penyakit Meniere, infeksi, dan zat toksik. Penyebab kelainan pada saraf vestibularis diantaranya infeksi, peradangan dan tumor. Penelitian vertigo dari 12 klinik rawat jalan menunjukkan 50% pasien mengalami vertigo perifer seperti BPPV, vestibuler neuritis, atau *meniere's disesase*. Vertigo karena penyakit stroke mencapai 19%. Sekitar 85% pasien di ruang gawat darurat juga menderita vertigo perifer dengan gangguan pada salah satu organ vestibuler Penelitian penulis mendapatkan bahwa vertigo tipe perifer didapatkan pada 57.1% penderita. Gejala klinis vertigo tipe perifer dan tipe sentral didapatkan paling banyak pada kelompok perempuan.

GEJALA KLINIS

Gejala klinis vertigo tidak spesifik. Membedakan lokasi dan penyebab lesi pada vertigo sangat penting karena beberapa penyebab vertigo sentral mengancam jiwa dan membutuhkan penanganan segera. Gejala klinis vertigo perifer umumnya relatif lebih berat dibandingkan vertigo tipe sentral. Mual lebih banyak berhubungan dengan vertigo perifer, sedangkan ketidakseimbangan berhubungan dengan vertigo sentral. Pasien dengan vertigo sentral kadang-kadang perbaikannya tidak secepat pasien dengan vertigo perifer, dibutuhkan waktu pengobatan lebih lama. Outcome pasien dengan vertigo sentral tidak sebaik pada vertigo perifer. Namun pasien dengan vertigo sentral mempunyai outcome yang lebih baik dibandingkan pasien dengan kombinasi vertigo sentral dan perifer Vertigo perifer secara klinis ditandai dengan terjadinya secara mendadak, pola paroksismal, intensitas berat, durasi pendek, mual dan muntah lebih berat, sering disertai telinga berdenging, memberat dengan perubahan posisi kepala, dan jarang ada gangguan kesadaran. Vertigo sentral secara klinis ditandai kejadiannya lambat, pola jarang paroksismal, intensitas tidak berat, durasi lama, mual dan muntah tidak berat, jarang ada telinga berdenging, tidak ada pengaruh perubahan posisi kepala, dan sering ada gangguan kesadaran.

PEMERIKSAAN

Cukup banyak penyebab vertigo, baik vertigo tipe perifer maupun tipe sentral. Sifat vertigo, hampir mirip satu dengan lainnya sehingga memerlukan anamnesis yang lengkap agar diagnosis dapat ditegakkan dan terapi dapat dipilih dengan tepat. Sampai saat ini, masih banyak pendapat para ahli mengenai *gold standard* dalam penegakan diagnosis vertigo. Beberapa referensi menyatakan bahwa anamnesis dan beratnya keluhan dapat dijadikan parameter. Anamnesis memegang peranan penting dalam diagnosis vertigo, karena lebih dari 50% sumber informasi yang berguna untuk diagnosis berasal dari anamnesis. Di negara yang sudah maju peralatan diagnosisnya, anamnesis masih merupakan andalan utama diagnosis vertigo. Selain anamnesis, perlu juga dilakukan pemeriksaan fisik yang meliputi: pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan neurologik (kesadaran, nervus kranialis, fungsi motorik, fungsi sensorik), pemeriksaan alat keseimbangan tubuh (*Dix Hallpike maneuver*, tes kalori, tes Romberg, *tandem gait*, tes dismetria) serta pemeriksaan otologik (tes garpu tala) dan pemeriksaan mata. Pemeriksaan tambahan meliputi: pemeriksaan laboratorium (darah rutin, kimia darah, urin, dan pemeriksaan lain sesuai indikasi), pemeriksaan Radiologi (Foto servikal), pemeriksaan Elektrofisiologik (EEG, EMG, EKG), dan pemeriksaan Neuroimaging (CT Scan kepala, TCD)

Salah satu pemeriksaan khusus yang dapat dilakukan adalah *Brainstem Evoked Response Auditory* (BERA). BERA merupakan suatu tes neurologis untuk fungsi pendengaran batang otak terhadap respons stimulus auditorik. Pemeriksaan ini menggunakan stimulus *click* yang membangkitkan respon dari regio basiler koklea. Sinyal berjalan sepanjang jalur auditorik dari kompleks nukleus koklea secara paroksismal menuju kolikulus inferior. BERA merupakan cara pemeriksaan fungsi saraf pendengaran yang paling baik, karena pemeriksaan ini tidak memerlukan peran subyektif penderita. BERA juga salah satu tes diagnostik yang sensitif dan non invasiv. BERA memiliki sensitivitas antara 93-98% dan spesifisitas sekitar 90% untuk mendeteksi adanya tumor yang memberikan gejala vertigo dan gangguan keseimbangan. Hasil penelitian penulis menunjukkan bahwa BERA dapat digunakan sebagai salah satu alat pemeriksaan untuk menentukan letak lesi pada vertigo apakah sentral atau perifer, mengevaluasi terapi dan prognosis Di Provinsi Gorontalo saat ini belum ada fasilitas kesehatan yang memiliki BERA sehingga harus dirujuk ke luar daerah.

PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan vertigo terdiri atas tiga bentuk terapi yaitu terapi kausal, terapi simptomatik dan terapi rehabilitatif. Terapi kausal adalah terapi spesifik yang disesuaikan dengan penyebabnya. Jika penyebab vertigo adalah proses infeksi bakteri, maka terapi kausalnya adalah obat antibiotika. Apabila penyebab vertigo adalah peradangan, maka terapi kausalnya adalah obat anti inflamasi. Terapi simptomatik adalah terapi yang ditujukan pada dua gejala utama yaitu rasa berputar dan mual muntah. Pemilihan obat simptomatik disesuaikan dengan efek obat, beratnya vertigo dan fasenya. Terapi rehabilitatif adalah terapi yang bertujuan untuk menimbulkan adaptasi dan habituasi pasien terhadap gangguan vertigo, dapat berupa latihan visual, latihan berbaring, latihan duduk, latihan berdiri dan latihan berjalan.

PENUTUP

Dari uraian di atas dapat ditarik benang merah bahwa pusing berputar atau vetigo merupakan gejala yang paling banyak dikeluhkan oleh pasien dan sangat menganggu aktivitas keseharian. Oleh karenanya pasien perlu berkonsultasi ke dokter untuk dapat dilakukan pemeriksaan secara sistimatis dalam rangka menegakkan diagnosa apakah mengalami vertigo tipe sentral atau vertigo tipe perifer sehingga dapat diberikan penatalaksanaan yang cepat, tepat dan akurat.

Dosen FIKK UNG/ Neurolog
Anggota Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia