

# Migren: Diagnosis dan Tatalaksana Lengkap untuk Dokter Umum

Sistem Saraf • SKDI Migren

Course komprehensif tentang migren untuk dokter umum (SKDI 4A). Mencakup definisi, epidemiologi, patofisiologi, diagnosis berdasarkan kriteria ICHD-3, tatalaksana akut dan profilaksis, serta contoh kasus klinis untuk praktik mandiri.



# Modul 1: Pendahuluan dan Dasar Migren

---

## 1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Migren

Definisi: Migren adalah gangguan neurologis primer dengan nyeri kepala berulang, berdenyut, unilateral, sedang-berat, memburuk aktivitas, disertai mual, fotofobia, fonofobia.

Epidemiologi: Prevalensi global 10-15%, wanita: pria = 3:1, onset 25-55 tahun. Di Indonesia 14,7%. Faktor genetik 60-70%. Klasifikasi ICHD-3: 1) Tanpa aura (70-80%): nyeri 4-72 jam. 2) Dengan aura (20-30%): gejala fokal reversibel 5-60 menit sebelum nyeri. 3) Kronis: "≥15 hari/bulan "≥3 bulan. 4) Komplikasi: status migrenus, migren persisten. Pemahaman klasifikasi membantu diagnosis dan terapi. Contoh klinis: pasien dengan nyeri unilateral berulang disertai mual.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## 1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi Migren

Etiologi: Multifaktorial, interaksi genetik dan lingkungan. Gen CACNA1A, ATP1A2, SCN1A pada migren hemiplegik familial. Faktor Risiko: Tidak modifiable: jenis kelamin, usia, riwayat keluarga. Modifiable: stres, perubahan tidur/pola makan, dehidrasi, makanan tertentu (keju tua, cokelat, wine, MSG, nitrat), paparan cahaya/suara/bau, perubahan cuaca, hormon, aktivitas fisik. Patofisiologi: Gangguan saluran natrium kortikal !' penyebaran depresi kortikal (CSD) !' aktivasi trigeminal !' inflamasi neurogenik, vasodilatasi meningeal. Peran serotonin (5-HT) dan CGRP dalam transmisi nyeri. Target terapi baru: monoclonal antibody anti-CGRP. Contoh: pasien dipicu oleh stres dan perubahan tidur.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

# Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Migren

---

## 2.1 Manifestasi Klinis Migren

Empat fase: 1) Prodromal (24-48 jam sebelum): perubahan mood, kelelahan, sensitivitas cahaya. 2) Aura (20-30% pasien, 5-60 menit): reversibel, visual (scotoma, kilatan cahaya), sensorik (parestesia), motorik (kelemahan). 3) Nyeri (4-72 jam): berdenyut, unilateral, sedang-berat, disertai mual (80%), muntah (50%), fotofobia, fonofobia. 4) Postdromal (24-48 jam): kelelahan. Pengenalan fase membantu anamnesis. Contoh klinis: pasien dengan aura visual diikuti nyeri unilateral dan mual berat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## 2.2 Diagnosis Migren: Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, dan Penunjang

Anamnesis: Pilar utama diagnosis. Karakter nyeri (lokasi, intensitas, durasi), gejala penyerta (mual, fotofobia), pencetus (stres, makanan), riwayat pengobatan. Pemeriksaan Fisik: Pada migren uncomplicated, pemeriksaan neurologis normal. Perlu dilakukan untuk menyingkirkan penyebab sekunder: vital, neurologis lengkap (pupil, motorik, refleks), palpasi kepala, funduskopi. Penunjang: Tidak rutin. Indikasi neuroimaging: perubahan pola nyeri, onset petir, defisit fokal persisten, nyeri progresif, riwayat kanker, onset >50 tahun. Diagnosis klinis berdasarkan kriteria ICHD-3.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## 2.3 Tatalaksana Migren Akut dan Profilaksis

Prinsip: edukasi, identifikasi pencetus, terapi akut, profilaksis jika diindikasikan, modifikasi gaya hidup. Terapi Akut: Ringan-sedang: parasetamol 1000 mg, NSAID (ibuprofen 400-600 mg). Sedang-berat: triptan (sumatriptan 50-100 mg). Kontraindikasi: penyakit jantung iskemik. Antiemetik (metoclopramide) untuk mual. Interaksi Obat: Triptan dengan SSRI/SNRI meningkatkan risiko serotonin syndrome; hindari pada penyakit vaskular. Kehamilan/Laktasi: Parasetamol aman; triptan kontraindikasi pada kehamilan. Profilaksis: Diindikasikan ≥4 serangan/bulan. Pilihan: propranolol (20-240 mg/hari), topiramate (25-100 mg/hari), amitriptyline (25-75 mg/hari). Durasi minimal 2-3 bulan, reassessment tiap 3 bulan, tapering gradual jika respons. Monitoring efek samping.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## Modul 3: Kasus Klinis dan Pendalaman

---

### 3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Kapan Merujuk

Komplikasi: Status migrenus (>72 jam), migren hemiplegik persisten, migren dengan aura persisten, migren dengan infark. Medication-overuse headache (MOH): analgesik >15 hari/bulan, triptan >10 hari/bulan. Prognosis: Sebagian besar baik, berkurang dengan usia. 2-3% kronis. Diferensial Diagnosis: 1) Tension-type headache: nyeri bilateral, non-pulsatil, ringan-sedang, tanpa mual/fotofobia. 2) Cluster headache: nyeri periorbital unilateral berat, lacrimasi, rinorea, 15-180 menit, serangan harian. 3) Nyeri kepala sekunder: dikecualikan dengan riwayat dan pemeriksaan. Indikasi Rujukan: Segera: onset petir, demam, defisit fokal. Elektif: diagnosis tidak pasti, tidak respons terapi, kehamilan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

### 3.2 Contoh Kasus Klinis dan Penerapan dalam Praktik

Kasus 1: Wanita 32 tahun, nyeri berdenyut kanan, mual, fotofobia, 3-4x/bulan. Diagnosis: Migren tanpa aura. Terapi: edukasi, diari kepala, parasetamol, profilaksis propranolol. Kasus 2: Pria 28 tahun, aura visual, nyeri berdenyut kiri, muntah. Diagnosis: Migren dengan aura. Terapi: sumatriptan saat aura, edukasi kontraindikasi. Kasus 3: Wanita 45 tahun, nyeri hampir harian, konsumsi analgesik berlebih. Diagnosis: MOH. Terapi: edukasi empatik, penghentian gradual analgesik, profilaksis topiramate, ganti terapi akut sumatriptan (maks 10 hari/bulan). Penerapan: Identifikasi pencetus, terapi berbasis bukti, follow-up.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

## Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Nyeri Kepala. Kementerian Kesehatan RI (2019).
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia (2018). doi:10.1177/0333102417738202
3. Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th edition. McGraw-Hill Education (2018).
4. Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology, 14th edition. Elsevier (2020).
5. Lars Jacob Stovner, Emma Nichols, Timothy J Steiner, Foad Abd-Allah, Ahmed Abdelalim, Rajaa M Al-Raddadi. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Neurology (2018). doi:10.1016/s1474-4422(18)30322-3
6. Michael J. Marmura, Stephen D. Silberstein, Todd J. Schwedt. The Acute Treatment of Migraine in Adults: The  
American  
Headache  
Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. Headache: The Journal of Head and Face Pain (2015). doi:10.1111/head.12499
7. Jessica Ailani, Rebecca C. Burch, Matthew S. Robbins, the Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache: The Journal of Head and Face Pain (2021). doi:10.1111/head.14153

## **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.