

Nyeri Dada dan Makna Klinisnya

Edi Sugiyanto

Rumah Sakit Islam Sunan Kudus, Kudus

PENDAHULUAN

Penderita dengan keluhan nyeri dada sering dijumpai pada praktek sehari-hari. Keluhan ini sering menimbulkan rasa khawatir pada penderita akan adanya gangguan pada organ vital di dalam dada seperti jantung, paru dan lain-lain, sedangkan dari pihak dokter, keluhan nyeri dada bukanlah merupakan persoalan yang sederhana. Dokter perlu mengadakan evaluasi untuk menentukan penyebab nyeri dada, apakah penyebabnya tunggal ataukah masih ada penyebab yang lain, apakah penyebabnya merupakan keadaan gawat atau tidak.

Memahami patogenesis terjadinya nyeri dada serta makna klinisnya secara baik akan membantu menentukan diagnosis lebih tepat dan selanjutnya akan mengarahkan kepada terapi yang lebih rasional. Tulisan berikut akan menyoroti tentang patogenesis beberapa jenis nyeri dada dan makna klinisnya.

PERSARAFAN

Rasa nyeri di daerah dada dan perut dipengaruhi oleh saraf intercostales (T1–12), Nervus sympathicus, N. parasymphaticus.

1) Nn. Intercostales

a) Sensorik Nn. intercostales seperti yang digariskan dermatoma.

b) Saraf motorik yang menguasai otot-otot dada dan perut seperti tersebut di bawah ini.

Th1 - 12 Musculi intercostales externa.

Musculi intercostales interna.

Th6 - 12 Musculus rectus abdominalis.

Th5 - 12 Musculus obliquus externus abdominis externa.

Musculus obliquus externus abdominis interna.

L1 - 2 Musculus cremaster.

2) Susunan saraf otonom:

Rasa nyeri alat dalam, berhubungan dengan susunan saraf otonom.

a) Rasa nyeri jantung :

Rasa nyeri pada penyakit jantung biasanya dirasakan dari Th1 – 4, yang dinamakan serabut sensorik atau viseral aferen. Badan sel berada di dalam ganglion akar posterior, serabut saraf akan mengikuti nervus cardiacus (sympathicus), ujung cabang-cabang para sympathicus dan nervus Vagus membentuk plexus cardiacus.

b) Rasa nyeri perut :

Rasa nyeri perut yang disebut rasa nyeri alat dalam biasanya dirasakan dari Th5 – 12. Badan sel saraf ini berada di dalam ganglion akar posterior dan bersatu dengan nervus splanchnicus. Pada rasa nyeri jantung atau perut, bila ganglion sympathicus diblok, jalanan transmisi tersebut akan terputus, sehingga menghilangkan rasa sakit.

KAUSA NYERI DADA

Nyeri dada dapat disebabkan oleh berbagai macam sebab. Lokasi nyeri dada tergantung derivat segmental saraf aferen. Berbagai penyebab nyeri dada dapat dilihat pada **Tabel 1**.

GAMBARAN KLINIS

Meskipun penyebab nyeri dada demikian banyak, namun yang akan dibahas di sini adalah beberapa jenis nyeri dada yang sering dijumpai dalam praktek sehari-hari yaitu:

1) Jantung

- *Nyeri angina pectoris* yaitu suatu sindrom klinis terjadinya sakit dada yang khas yaitu seperti ditekan atau terasa berat di dada yang seringkali menjalar ke lengan kiri. Rasa sakit tidak lebih 10 menit dan dengan istirahat rasa sakit menghilang. Letak rasa sakit biasanya di sternum atau sub sternum, kadang menjalar ke punggung, rahang, leher. Kadang rasa sakit seperti di epigastrium, gigi dan bahu. Rasa sakit seperti ditekan benda berat, seperti dijepit, atau perasaan tak enak.

Angina pectoris ada 3 macam yaitu :

a) Angina pectoris stabil, timbul sakit dada bila melakukan

Tabel 1. Klasifikasi anatomik nyeri dada (modifikasi dari Prout & Cooper, 1987)

<p>1. Jantung</p> <p>a. Miokardium (iskemia, infark, miokarditis)</p> <p>b. Perikardium (perikarditis)</p> <p>c. Katup (prolaps katup mitral, insufisiensi aortalstenosis)</p> <p>2. Struktur intratoraks yang lain</p> <p>a. Saluran bronkopulmonal dan pleura (pneumonia, pleuritis, tumor, pneumothoraks)</p> <p>b. Esofagus (refluks esofagitis, hiatus hernia, tumor dan spasme) c. Aorta(aneurisma)</p> <p>d. Mediastinum (emfisema, tumor atau infeksi nodus limfatikus dan struktur mediastinum yang lain)</p> <p>e. Diafragma (tumor, radang)</p> <p>3. Jaringan leher dan dinding dada</p> <p>a. Kulit dan kelenjar mammae (herpes zoster. mastitis) b. Otot (mialgia interkostal)</p> <p>c. Tulang (trauma, neoplasma, artritis)</p> <p>d. Medula spinalis dan serabut syaraf (radang dan lesi kompresi)</p> <p>4. Struktur abdomen</p> <p>a. Lambung dan duodenum (ulkus dan neoplasma Iambung) b. Hepar dan saluran empedu (kolesistitis) c. Pankreas (pankreatitis)</p> <p>d. Peritoneum</p> <p>e. Limpa</p> <p>f. Ginjal</p> <p>g. Usus besar</p>
--

aktifitas fisik sampai kapasitas tertentu dan menghilang bila istirahat.

b) Angina pectoris tidak stabil, angina pectoris yang datang pertama kali, angina pectoris makin lama makin berat, *pre-infarction angina*

c) Prinzmetal angina yaitu rasa nyeri dada justru pada saat istirahat disertai ST segmen elevasi pada pemeriksaan EKG.

- *Nyeri infark miokard akut (IMA)* adalah nyeri dada yang terjadi akibat kerusakan (nekrosis) otot jantung akibat aliran darah ke otot jantung terganggu. Rasa nyeri pada IMA terjadi karena rangsang kimiawi atau mekanik pada ujung reseptor saraf. Rangsang ini melalui serabut aferen simpatis ke ganglion simpatis, radiks posterior menuju medula spinalis Th1–5. Di sini impuls aferen simpatis bertemu dengan impuls somatik struktur thoraks. Hal ini merupakan dasar terjadinya cardiac *referred* pain. Impuls berjalan melalui traktus spinotalamikus ke talamus, dan menuju korteks serebri sehingga terdapat sensasi rasa sakit.

Keluhan nyeri dada akibat IMA adalah sebagai berikut : lokasi nyeri dada bisa substernal, prekordial, epigastriurn. Nyeri dada menjalar ke lengan kiri, leher dan rahang. Lamanya nyeri dada lebih dari 30 menit. Kualitas nyeri dada berupa seperti ditekan, diremas, atau terasa berat. Nyeri dada tidak hilang dengan istirahat atau pemberian nitras sublingual. Dapat disertai palpitasi, sesak nafas, banyak keringat dan pucat. Meskipun pada umumnya nyeri dada IMA merupakan nyeri dada yang berat, tetapi pada Framingham Study dijumpai 25% penderita IMA tanpa keluhan nyeri dada (*silent myocardial infarction*) yaitu terutama pada penderita diabetes melitus.

- *Nyeri karena perikarditis* dirasakan restrosternal juga, tetapi biasanya bertambah sewaktu berbaring terlentang dan membaik kalau duduk tegak atau sedikit membungkuk. Pada waktu bernafas dalam, nyerinya bertambah. Perasaan tak enak di

dada yang disertai perasaan seperti letih, nafas pendek, jantung berdebar-debar, dan takikardi; perasaan tidak tenang dapat disajikan oleh pasien dengan prolaps katup mitral.

2) Struktur intratoraks yang lain

- *Nyeri pleural* akibat penyakit paru yang menyebabkan kaku pleura. Nyeri dirasakan dada samping secara unilateral, bertambah karena pernafasan; sedangkan gerakan badan tidak mempengaruhinya. ini berbeda dengan nyeri miofasioskeletal yang bertambah karena pernafasan dan juga gerakan otot atau skelet.

- *Nyeri pulmonal*

Dapat timbul akibat emboli pulmonum atau pneumotoraks, dapat terasa di dada atau di samping toraks yang terasa menghebat pada waktu inspirasi. Nyeri pleural dan nyeri pulmonal hampir serupa, dibedakan dari pemeriksaan fisik.

- *Nyeri esofagal* yang timbul pada esofagitis akibat hernia hiatus dirasakan retrosternal dan sekitarnya. Tidak jarang otot dath juga terasa nyeri. Sikap terlentang biasanya membangkitkan atau memperkuat nyeri esofagal.

- *Nyeri akibat aneurisma aortae disekans* terasa seperti nyeri yang tajam di dada atau di punggung yang menjalar dari atas ke bawah sesuai dengan tempat robeknya dinding aorta.

3) Jaringan leher dan dinding dada

- *Nyeri herpes zoster*

Infeksi virus herpes zoster melanda ganglion spinale dan juga radiks dorsalis, bahkan kornu posterior pun dapat terlibat juga. Para penderita yang mengidap herpes zoster adalah orang-orang yang kesehatan tubuhnya sedang menurun dan umumnya yang sudah setengah tua. Herpes zoster sering timbul sebagai penyakit interkuren, yaitu suatu penyakit yang bangkit sewaktu menderita penyakit tertentu.

Adapun gambaran gejala prodromalnya adalah sebagai berikut: kesehatan umum terganggu oleh perasaan tidak enak badan yang ringan, adakalanya pasien melaporkan secara spontan adanya daerah tubuh yang “paling tidak enak” atau yang “paling sakit” di daerah punggung atau dada. Satu sampai tiga hari setelah itu akan timbul gelembung-gelembung (vesikulae) herpes zoster di sepanjang perjalanan saraf perifer yang berinduk pada ganglion spinale tertentu. Pada umumnya hanya sesisi saja, berkelompok dan tidak melewati garis tengah dada. Setelah vesikulae pecah dan berulserasi dan akhirnya kering, penderitanya dapat dianiaya oleh nyeri yang tidak terhingga di daerah vesikulae yang sudah sembuh itu. Tidak jarang nyeri yang hebat sudah dirasakan sewaktu vesikulae itu belum sembuh. Nyeri hebat itu dikenal dengan *neuralgia postherpetik*.

Gambaran tentang nyeri itu hampir selalu sama, yaitu seperti kulit dibakar, disayat atau seperti ditusuk-tusuk; hilang timbul tanpa sebab yang menentu. Sehani bisa timbul puluhan serangan, bahkan sewaktu tidur.

- *Nyeri miofasial* yaitu nyeri yang berasal dari unsur miofasial dinding dada.

Sindrom nyeri fasial torakalis yang sering dijumpai dalam praktek sehari-hari adalah: Sindrom kostostemalis atau kostokhondritis, Sindrom sternalis, Sindrom ujung iga atau *rib-tip syndrome*.

Etiologi sindrom-sindrom tersebut di atas dapat bersifat *rematoid* yang sukar untuk ditetapkannya. *Ansietas* adalah umum bagi para penderita dengan nyeri dada seperti ini; namun demikian tiada seseorang menderita nyeri miofasial hanya karena ansietas. Sering juga nyeri miofasial disebabkan oleh faktor salah guna, seperti bekerja pada posisi yang tidak sehat secara berkepanjangan. Trauma juga termasuk faktor etiologik yang umum.

- Sindrom kostosternalis

Gambaran klinisnya adalah nyeri setempat di dada yang bersifat miofasial seperti nyeri tekan pada sambungan-sambungan kostosternal. Juga penekanan pada otot interkostal di dekat tempat yang nyeri tekan dirasakan sebagai nyeri. Nyeri ini akan cepat sembuh dengan suntikan kortison-anestetik setempat. Nyeri miofasial ini adakalanya meluas ke seluruh dada dan lebih terasa pada nafas dalam. Nyeri miofasial ini biasanya hilang timbul dan bisa berlangsung beberapa hari, bulan bahkan bertahun-tahun bila tidak diobati.

- Sindroma sternalis

Penderita biasanya mengeluh tentang nyeri di dinding dada. Mereka dapat menyatakan dengan spontan bahwa nyeri yang dirasakan berasal dari unsur miofasial dinding dada. Lokasi nyeri adalah di otot sternalis, dan pada penekanan di titik *trigger* terasa nyeri di dada kedua sisi. Adapun titik *trigger* adalah sinkondrosis sternalis.

- Sindrom ujung iga (*rib-tip syndrome*)

Penderita dapat sebagai pasien akut atau gawat, karena diserang nyeri sangat hebat di ujung anterior iga ke sepuluh. atau ke delapan/ke sembilan. Nyeri di ujung iga itu bergandengan dengan adanya hipermobilitas iga yang bersangkutan.

Sesaat terasanya nyeri hebat itu terdengarlah bunyi *klek*. Hal ini disebabkan oleh tergelincirnya iga dan sinkondrosisnya. Penekanan pada ujung iga yang bersangkutan membangkitkan nyeri hebat tersebut.

Sindrom ini biasanya disebabkan oleh trauma langsung atau tidak langsung, seperti memutar badan pada posisi yang tidak sesuai, misalnya belajar tenis atau mengambil tas di tempat du-

duk mobil belakang sambil memutar badan karena duduk di belakang setir. Yang terjadi adalah subluksasi kartilago kosta. Suntikan kortison anestetik di dalam otot interkostal dekat ujung iga yang terkena dan pemberian NSAID dapat menyembuhkan sindrom tersebut, namun sewaktu-waktu dapat kambuh.

4) Struktur abdomen

- *Nyeri panas di dada (heartburn)* adalah suatu bentuk gangguan pencernaan. Sebetulnya istilah *heartburn* adalah kurang sesuai karena sebetulnya keadaan penyakit tidak berhubungan dengan jantung; tetapi memang perlu untuk membedakannya dengan gejala penyakit jantung murni seperti angina pektoris.

Adapun gejala *heartburn* adalah rasa panas seperti terbakar di dada di bagian belakang ujung tulang dada atau bagian atas perut; rasa terbakar tersebut mungkin menjalar ke atas dan ke bawah seperti gelombang. Pada keadaan berat mungkin menjalar sampai ke samping dada dan ke atas ke arah leher. Penyakit yang mendasari bisa ulkus peptikum, gastritis, pankreatitis, kolesistitis dan lain-lain.

PENUTUP

Telah diungkapkan beberapa jenis nyeri dada dan faktor-faktor yang mendasari; selanjutnya untuk menentukan diagnosis yang lebih tepat sebagian masih perlu pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang yang sesuai.

KEPUSTAKAAN

1. Sutikno, Suharjono, Darmoyo B. Nyeri dada pada infark miokard akut. Dalam Hadinoto 5, Setiawan eds. Nyeri, pengenalan dan tata laksana. FK. UNDIP, Semarang 1993. 155-160.
2. Sidharta P. Sakit neuromuskuloskeletal dalam praktek umum. PT Dian Rakyat. Jakarta 1983. 163-180
3. Lee AS dkk. Panduan Kesehatan Keluarga. Yayasan Essentia Medica 1995. 266-267.
4. Hoesodo SK. Memelihara jantung sehat dan menjaga jantung sakit, Citra Budaya, Jakarta 1982.
5. Satyanegara. The theory and therapy of pain. PT Panca S. Jakarta 1972.



Orang yang terlalu banyak menerima informasi..... dapat menderita "sindrom kelelahan akibat informasi !"