

Artikel Penelitian

KORELASI TINGKAT KECEMASAN DENGAN *TENSION TYPE HEADACHE*

Nurul Hidayah¹, Parningotan Yosi Silalahi², Yuniasih MJ Taihuttu³

¹Puskesmas Waihaong, Ambon,

²Departemen Neurologi RSUD dr. M. Haulussy, Ambon

³Program Studi Pendidikan Dokter FK Unpatti, Ambon

Corresponding author e-mail : nurul_hidayah@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan. *Tension type headache* (TTH) adalah suatu gangguan neurologi yang sering dijumpai di masyarakat. Penyebab dan mekanisme TTH tidak diketahui dengan pasti. Namun, TTH sering dikaitkan dengan kondisi psikologis seperti kecemasan, depresi dan stres. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui korelasi tingkat kecemasan dengan TTH. **Metode.** Metode penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional* dimana data diolah dengan menggunakan *software SPSS* versi 16,0. Subjek penelitian adalah penderita TTH sebanyak 75 orang reponden. Pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). **Hasil.** Hasil analisis didapatkan hubungan bermakna ($p < 0,001$) dengan koefisien korelasi sedang dan arah korelasi positif ($r = 0,481$). **Kesimpulan.** Terdapat korelasi tingkat kecemasan dengan TTH dan semakin tinggi kecemasan semakin berat pula gejala TTH yang dialami.

Kata Kunci: Tingkat Kecemasan, *Tension Type Headache* (TTH), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Abstract

Introduction. *Tension type headache* (TTH) is a neurologic disorder found in the society. The etiologic and mechanism was poorly unknown. However, TTH often related with *psychologic condition* such as anxiety, depression, and stress. **Aim.** The aim of this research was to found the correlation of anxiety grades with TTH. **Methods.** This research used analytic correlational method with *cross sectional approach* and analyzed by *SPSS version 16,0 software*. Subject on this research was 75 respondents who diagnosed TTH. The measurement of anxiety grades was using *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) questioner. **Results.** The result of this analyze showed significance relation ($p < 0,001$) with moderate coefficient and positive direction correlation ($r = 0,481$). **Conclusion.** It can be concluded that there was a correlation of anxiety grades with TTH. The higher anxiety grades, TTH insident would be more severe.

Keywords: Anxiety Grades, *Tension Type Headache* (TTH), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Pendahuluan

Sakit kepala merupakan suatu keadaan yang sering dialami oleh masyarakat. Terminologi dalam kedokteran sakit kepala disebut juga dengan *cephalgia*. Secara global prevalensi sakit kepala pada orang dewasa di dunia diperkirakan adalah 47%. Kondisi ini berpengaruh pada semua usia dan ras. Sakit kepala terbagi menjadi sakit kepala primer dan sekunder. Penyebutan primer karena tidak ada penyakit yang mendasari terjadinya sakit kepala, sedangkan jika ada penyakit yang mendasari

maka digolongkan dalam sakit kepala sekunder. Lebih dari 90% sakit kepala adalah sakit kepala primer. Timbulnya sakit kepala primer bersifat multifaktorial karena bisa terjadi akibat aktivitas sehari-hari, proses fisiologi tubuh, dan tidak diketahui penyebabnya. Sakit kepala primer yang paling sering terjadi adalah TTH (*tension type headache*).^{1,2,3}

TTH adalah sakit kepala primer yang paling sering dan merupakan kelainan neurologis yang ditandai oleh serangan sakit kepala ringan sampai sedang dengan gejala tertekan atau tegang

yang timbul pada kedua sisi dahi, sampai ke belakang kepala, derajatnya bisa ringan sampai sedang dan tidak memburuk dengan aktivitas fisik.^{3,4} TTH juga menjadi salah satu tipe sakit kepala yang berulang dan dibagi menjadi episodik dan kronik menurut *International Headache Society* (IHS). TTH episodik apabila serangan sakit kepala terjadi dalam waktu 15 hari per bulan dan kronik apabila lebih dari 15 hari perbulan.⁴

Secara global penderita TTH adalah 20,8% terjadi pada semua usia.³ WHO⁴, melaporkan bahwa TTH episodik terjadi pada lebih dari 70% di beberapa populasi, dan TTH kronik berpengaruh pada 1-3% orang dewasa. Rata-rata predisposisi TTH pada usia 20-30 tahun terjadi terutama pada 88% wanita dan 69% pria.⁵ Rahmawati⁶, menjelaskan bahwa penderita TTH kronik sebesar 43,7% dan episodik 39,4%.

Gejala TTH merupakan gejala yang timbul sebagai akibat gangguan fisiologis tubuh seperti kecemasan, harapan, depresi.⁷ Beberapa penelitian menghubungkan TTH dengan gangguan psikiatri seperti depresi, gangguan bipolar, panik, gangguan personal. Kecemasan merupakan penyebab terbesar untuk gangguan-gangguan tersebut diatas.⁸ Funda *et al*⁹, menunjukkan bahwa pesimis, agitasi, khawatir berlebihan, ketakutan, dan insomnia diidentifikasi sebagai faktor predisposisi timbulnya gangguan psikiatri pada TTH. Rahmawati⁶, melaporkan bahwa faktor risiko terjadinya TTH yang terbanyak adalah kecemasan. IHS¹⁰, menyebutkan bahwa kecemasan dan depresi berkaitan dengan terjadinya TTH. Setiawan *et al*¹¹, melaporkan adanya korelasi positif gejala gangguan depresi dengan TTH, berupa suasana

perasaan depresif dan minat berkurang atau kelelahan dengan TTH. Holroyd *dalam* Tan FU *et al*⁹, menyebutkan bahwa penderita TTH memiliki gangguan psikiatri atau distress psikososial yang dapat memperburuk gejala TTH kronik yang dialami.

Metode

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. M. Haulussy Ambon periode Agustus–Oktober 2014. Pengambilan sampel dengan menggunakan metode *consecutive sampling* dengan jumlah 75 orang. Kriteria inklusi adalah Penderita usia 18-59 tahun dan yang dikonfirmasi dengan kriteria IHS. Penelitian ini akan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety rating Scale* (HARS).

Data yang telah diperoleh kemudian akan diolah menggunakan program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) versi 16,0, dengan jenis analisis yang digunakan yaitu analisis data univariat untuk memperoleh gambaran distribusi karakteristik responden yang meliputi tingkat kecemasan, tipe TTH, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan dan analisis data bivariat untuk mencari korelasi antara variabel tingkat kecemasan dan variabel TTH. Kesimpulan uji analisis data yang akan digunakan pada penelitian ini adalah uji korelasi *rank spearman*. Hasil uji korelasi didasarkan pada nilai p, kekuatan korelasi, serta arah korelasinya.

Hasil

Pengambilan data yang dilakukan di ruang Klinik Saraf RSUD dr. M. Haulussy Ambon selama bulan Agustus sampai Oktober untuk mengetahui korelasi tingkat kecemasan dengan TTH. Selama periode tersebut didapatkan responden penelitian sebanyak 80 responden. Lainnya 5 responden masuk kriteria eksklusi dan 75 responden memenuhi kriteria inklusi.

Tabel 1 Karakteristik umum responden

Karakteristik reponden	n (%)
Tingkat kecemasan	
- Tidak ada kecemasan	13 (17,3)
- Kecemasan ringan	19 (25,3)
- Kecemasan sedang	32 (42,7)
- Kecemasan berat	11 (14,7)
- Kecemasan berat sekali	0 (0)
Tipe TTH	
- <i>Infrequent</i> episodik	40 (53,3)
- <i>Frequent</i> episodik	15 (20,0)
- Kronik	20 (26,7)
Usia	
- 18-25 tahun	13 (17,3)
- 26-59 tahun	62 (82,7)
Jenis kelamin	
- Perempuan	58 (77,3)
- Laki-laki	17 (22,7)
Tingkat pendidikan	
- Tidak sekolah	0 (0)
- SD	8 (10,7)
- SMP/ sederajat	5 (6,7)
- SMA/ sederajat	40 (53,3)
- PT	22 (29,3)
Status pernikahan	
- Belum menikah	13 (17,3)
- Menikah	62 (82,7)
Pekerjaan	
- Tidak bekerja	45 (60,0)
- PNS	22 (29,3)
- Wiraswasta	7 (9,3)
- TNI/POLRI	1 (1,3)
- Pegawai swasta	0 (0)

Hasil analisis statistik didapatkan angka signifikansi $p = < 0,001$ yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat kecemasan dengan TTH (nilai $p = < 0,05$),

kekuatan korelasi sedang yakni $r = 0,481$, dan arah korelasi positif. (Nilai % dihitung berdasarkan jumlah responden).

Tabel 2. Hasil analisis bivariat korelasi tingkat kecemasan dengan TTH

Tipe TTH	Tingkat kecemasan n (%)				r	p
	Tidak ada kece-ma-san	Kece-ma-san ri-ngan	Kece-ma-san sedang	Kece-ma-san berat		
<i>Infrequent</i> episodik	11 (27,5)	16 (40,0)	11 (27,5)	2 (5,0)	0,481	<0.001
<i>Frequent</i> episodik	2 (13,3)	0 (0)	7 (46,7)	6 (40,0)		
Kronik	0 (0)	3 (15,0)	14 (70,0)	3 (15,0)		
Total	13 (17,3)	19 (25,3)	32 (42,7)	11 (14,7)	75 (100%)	

Pembahasan

Berdasarkan data karakteristik hasil analisis univariat ditemukan bahwa frekuensi tingkat kecemasan pada penderita TTH yang terbanyak menderita kecemasan sedang yakni sebanyak 32 responden (42,7%) kemudian diikuti kecemasan ringan sebanyak 19 responden (25,3%) dan berat sebanyak 11 responden (14,7%). Tingkat kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dengan mengesampingkan yang lain, perhatian menjadi selektif dan mampu melakukan sesuatu yang lebih terarah. Kecemasan sedang yang dialami dikaitkan dengan banyaknya faktor-faktor psikis maupun nonpsikis yang ada dalam kehidupannya. Faktor-faktor ini disebut juga *stressor* yang pada akhirnya membebani dan memberikan pengaruh negatif pada individu, sehingga dapat merangsang munculnya kecemasan. Apabila seseorang

menghadapi semakin banyak *stressor*, maka akan semakin tinggi pula tingkat kecemasannya. Meskipun demikian, subyek dalam penelitian ini masih mampu untuk mengendalikan kecemasannya. Hal ini dikaitkan dengan adanya mekanisme pertahanan diri atau koping (upaya individu untuk menyesuaikan diri dengan stres) yang mereka lakukan.^{12, 13}

Tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien dapat terjadi sebagai akibat perjalanan penyakitnya.¹⁴ Penderita TTH umumnya tergolong dalam kelompok yang mempunyai perasaan kurang percaya diri, ragu akan kemampuan diri sendiri dan mudah menjadi gentar dan tegang. Dengan demikian, maka akan menghasilkan sikap hidup yang kaku, sangat berhati-hati, cermat serta menginginkan hal yang akan dilakukan sempurna. Faktor-faktor psikis inilah yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan tekanan jiwa dan penurunan tenaga dan akan bermanifestasi membangkitkan reaksi pada otot-otot kepala, leher, bahu, kepala sehingga timbul nyeri kepala.^{14,15} Perozzo *et al*¹⁶, melaporkan bahwa kecemasan, fobia, gejala obsesif-kompulsif, depresi dan emosi yang labil menunjukkan level yang tinggi pada penderita TTH.

Karakteristik lainnya yakni tipe TTH yang paling banyak diderita adalah tipe episodik. Sedangkan untuk subtipenya, *infrequent* episodik adalah TTH yang paling sering dikeluhkan oleh penderita. Hal ini dikaitkan dengan teori bahwa TTH adalah suatu kondisi sakit kepala yang rekuren dimana ketegangan mental dan otot berperan penting dalam menimbulkan gejala.¹⁴ Subyek dalam penelitian mengakui bahwa

perburukan gejala sakit kepala karena peranan faktor psikis (stres, kecemasan, depresi maupun konflik emosional) dan fisik (posisi tidur yang salah dan kelelahan setelah bekerja). Serangan gejala akan berkurang atau tidak timbul apabila berada dalam kondisi perasaan senang. Lyngberg *et al*¹⁷, melaporkan bahwa ada hubungan signifikan antara TTH dengan faktor fisik, terutama kondisi kesehatan yang buruk, ketidakmampuan untuk istirahat setelah bekerja, dan tidur malam yang hanya beberapa jam. Penelitian oleh Russel¹⁸, menyatakan bahwa mayoritas penderita TTH adalah *infrequent* episodik.

Usia penderita yang paling banyak adalah rentan usia dewasa penuh yakni usia 26 sampai 59 tahun. Stovener dalam Loder *et al*¹⁹ menjelaskan bahwa rata-rata prevalensi TTH terjadi pada usia dewasa. Secara biologis masa ini merupakan puncak pertumbuhan fisik yang prima. Namun, dalam rentan usia ini juga tidak sedikit diantara mereka yang belum mampu mencapai kematangan psikis. Hal ini disebabkan karena banyaknya masalah yang dihadapi dan tidak mampu untuk diatasi. Usia ini lebih rentan terhadap stres internal maupun eksternal yang berdampak pada kondisi kesehatannya.²⁰

Dominan penderita TTH adalah wanita. Beghi *et al*²¹, di Italia melaporkan yakni dari 106 penderita TTH 69 responden (65.1%) adalah wanita dan 37 responden (34.9%) adalah pria. Faktor hormonal pada siklus menstruasi wanita dapat menjadi pemicu terjadinya TTH walaupun masih diperlukan banyak penelitian untuk mengevaluasi efek hormonal seks pada TTH.²² Selain itu dalam kehidupan sehari-hari

perempuan berperan ganda sebagai ibu rumah tangga sekaligus pencari nafkah. Keadaan ini dapat menjadi faktor risiko kecemasan.¹¹ Bayraktutan *et al*²³, melaporkan bahwa prevalensi TTH lebih banyak terjadi pada ibu rumah tangga (22%).

Mayoritas penderita TTH adalah kelompok dengan tingkat pendidikan SMA yakni 40 responden (53,3%). Penderita TTH dengan lulusan SMA lebih banyak yang sudah memutuskan untuk menikah dan menjadi ibu rumah tangga. Beban yang harus ditanggung sehingga dapat menjadi salah satu resiko menderita TTH.¹¹ Meskipun demikian terdapat perbedaan hasil mengenai hubungan tingkat pendidikan dengan TTH. Penelitian Rahmawati⁶, yakni dari 73 kasus TTH didapatkan 31 kasus (41,7%) adalah lulusan SMA. Lyngberg dalam Bayraktutan *et al*²³, menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan frekuensi serangan sakit kepala.

Sebagian besar responden penderita TTH berstatus menikah. Menurut Setiawan *et al*¹¹, menjelaskan bahwa reaksi yang berkaitan dengan masalah anak, relasi maupun keadaan kehidupan berakibat lebih besar pada orang yang sudah menikah. Penderita umumnya memiliki beban yang harus ditanggung membuat lebih rentan untuk menderita TTH. Pada sebagian orang pernikahan dapat menjadi faktor predisposisi gangguan cemas namun pada sebagian orang dapat menjadi faktor protektif. Hubungan antara status pernikahan dan TTH yang dipelajari oleh Ayatollahi dalam Momayyezi *et al*²⁴, menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara

status pernikahan dengan TTH. Hal ini disebabkan karena aspek kehidupan pernikahan menyangkut cemas terhadap masalah ekonomi, anak-anak, perselisihan dalam keluarga dapat menjadi salah satu pemicu timbul maupun perburukan gejala TTH.

Karakteristik lainnya yang paling banyak menderita TTH yakni kelompok yang tidak memiliki pekerjaan. Penelitian ini ditemukan sebanyak 45 responden (60,0%). Memiliki sebuah pekerjaan merupakan norma budaya yang bernilai tinggi dan akan memberikan manfaat secara sosial, psikologis, serta finansial pada seseorang. Tidak memiliki pekerjaan membuat seseorang lebih mudah mengalami stres karena kehilangan status sosialnya.²⁵ Selain itu, keadaan-keadaan sosial seperti kemiskinan, tidak bekerja, dan kondisi lingkungan yang buruk dapat menjadi faktor resiko gangguan psikis yang berpengaruh pada SSP. Hal ini dikuatkan oleh penelitian oleh Setiawan *et al*¹¹, yang melaporkan bahwa responden yang mengalami gangguan depresi pada TTH adalah kelompok yang tidak memiliki pekerjaan.

Hasil uji statistik pada tabel 3 dengan menggunakan korelasi *Spearman* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan TTH. Nilai $p = < 0,001$ ($p = < 0,05$), hal berarti ada hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dan TTH. Nilai r dalam penelitian ini adalah 0,481. Hal ini menunjukkan kekuatan korelasi sedang (0,4 – 0,5). Nilai koefisien korelasi positif (nilai $r > 0$) menunjukkan arah korelasinya yang searah. Artinya jika tingkat kecemasan semakin tinggi maka semakin berat TTH. Faktor psikis seperti kecemasan merupakan

salah satu faktor yang paling mempredisiposi timbul maupun perburukan gejala TTH.²⁶ Beghi *et al*²¹, menemukan bahwa gangguan psikiatri merupakan komorbid utama yang biasanya dikomplain oleh penderita TTH. Meskipun dalam penelitian Rahmawati⁶, kecemasan merupakan faktor penyebab terbanyak tetapi tidak bermakna secara statistik ($p = < 0,05$).

Penelitian di RSUD dr. M. Haulussy didapatkan bahwa proporsi tingkat kecemasan terhadap TTH terlihat pada kecemasan sedang dengan total 32 responden (42,7 %). Berdasarkan data karakteristik ditemukan bahwa rata-rata penderita TTH yang berada pada usia dewasa, wanita, menikah, dan tidak bekerja lebih banyak menderita kecemasan sedang. Pada tahap ini individu hanya fokus pada yang dekat atau pikiran yang menjadi perhatiannya. Hal ini karena adanya *stressor* yang mengganggu kualitas hidup mereka. Meskipun demikian, mereka masih mampu untuk mengendalikan kecemasannya dan tidak jatuh pada kecemasan berat. Penyebab dari keadaan ini karena sebagian besar responden yang merasa masih memiliki banyak tanggungjawab dalam hidupnya seperti anak, suami, dan pekerjaannya. Selain itu, kecemasan yang dialami ini sebagian besar dikeluhkan karena adanya keadaan psikis, mental dan fisik yang ada dalam kehidupannya. Keadaan-keadaan ini secara tidak langsung mengganggu kualitas hidup, sehingga menghasilkan dampak menderita penyakit fisik seperti TTH.^{15,17}

Lebih dari setengah penderita TTH yang melakukan pemeriksaan mengakui adanya faktor psikis seperti masalah keluarga, ekonomi, dan kesehatan yang sering menyebabkan ataupun

memperburuk sakit kepala yang dialami.¹¹ Blaauw *et al*²⁷, Frekuensi sakit kepala berhubungan dengan peningkatan gejala cemas, depresi, perhatian dan kepribadian. Hal ini menjelaskan bahwa derajat gejala lebih berhubungan dengan frekuensi dan keparahan TTH dibandingkan dengan sub tipenya.²⁷

Hubungan antara tingkat kecemasan dengan TTH yakni adanya faktor psikis seperti stres, kecemasan yang dapat memicu kontraksi otot-otot di daerah kulit kepala, wajah, leher dan bahu sehingga menimbulkan gejala TTH.²⁸ Holroyd²⁸, menyatakan bahwa salah satu faktor yang berkontribusi sehingga terjadinya TTH adalah karena adanya peningkatan sensitifitas jalur neural yang mengirimkan sinyal nyeri ke otak berasal dari wajah dan leher. Selain itu, teori lain menyebutkan bahwa kontraksi otot sefalik secara involunter, berkurangnya aktifitas inhibitor jaras desenden nyeri suprasinialis, dan hipersensitivitas supraspinal terhadap stimuli nosiseptif berperan terhadap timbulnya nyeri pada TTH. Batang otak memainkan peranan penting dalam pembawa impuls nosiseptif dan juga sebagai modulator impuls tersebut. Batang otak juga disebut sebagai modulator *cephalgia*.^{28,29,30}

Dalam penelitian ini ditemukan subyek yang mengeluhkan nyeri tekan pada otot-otot perikranial, bahu dan leher. Janke *et al*³¹, menyatakan bahwa peningkatan depresi dan kecemasan mudah mengakibatkan terjadinya TTH dan penyebab nyeri kepala berhubungan dengan nyeri perikranial. Hal ini dikaitkan dengan teori TTH terjadi sebagai akibat interaksi antara perubahan kontrol pada nosiseptor batang

otak dan neuron trigeminal tingkat dua dengan perubahan perifer seperti sensitifitas nyeri miofasial dan ketegangan otot perikranial, bahu dan leher. Serangan ini timbul dipicu oleh karena keadaan psikologis seperti stres, cemas, gangguan emosional, ketegangan mental dan non psikologis seperti kelelahan, ketegangan karena bekerja, dan lain-lain. Peningkatan nosiseptif saat otot mengalami ketegangan akan menyebabkan nyeri kepala. Diperkirakan adanya mediator kimiawi substansi endogen seperti serotonin, bradikinin, kalium, substansi P dan *Calcitonin Gene Related Peptide* (CGRP) dari aferens otot berperan sebagai stimulan sensitisasi terhadap nosiseptor otot rangka. Meskipun beberapa penelitian menunjukkan bahwa hasil tes laboratorium penderita TTH, mediator-mediator kimiawi ini hasilnya tidak konsisten. Hal-hal inilah yang menjadi pemicu perubahan perifer dan sentral sehingga timbul TTH. Selain itu terdapat teori yang menyatakan bahwa adanya mekanisme emosional meningkatkan ketegangan otot terjadi melalui sistem limbik dan pada saat yang bersamaan terjadi pengurangan tonus sistem antinosiseptif endogen. Perubahan-perubahan sentral inilah yang mengakibatkan timbulnya TTH. Hal inilah yang menjelaskan kemungkinan sebenarnya penderita TTH memang sudah ada kecemasan yang dapat memperburuk sakit kepala mereka.^{32,33}

Hubungan antara kecemasan dan TTH salah satunya karena adanya peran neurotransmitter. Serotonin (5-HT) dan norepinefrin (NE) adalah neurotransmitter yang berperan dalam proses nyeri maupun depresi. korteks prefrontal dan sistem limbik memodulasi

terjadinya mood dan depresi, sedangkan yang memodulasi nyeri terletak di amygdala, *periaqueductal gray* (PAG), *dorsolateral pontine tegmentum* (DLPT), dan *rostromedullary medulla* (RVM). Modulasi efek serotonin di otak menunjukkan efek impulsif dan agresi. Sedangkan NE menunjukkan efek waspada, sosialisasi, energi, dan motivasi. Apabila kerjanya bersamaan akan mengakibatkan modulasi ansietas, iritabilitas, nyeri, mood, emosi dan fungsi kognitif.^{29,30,35}

Meskipun mekanisme kecemasan tidak diketahui dengan pasti, tetapi teori yang paling dipertimbangkan adalah peranan neurotransmitter yakni aktivasi sistem serotonergik dan noradrenergik. Kedua neurotransmitter ini paling banyak terdapat di batang otak. Sedangkan dalam sirkuit pembentukan nyeri pada TTH norepinefrin dan serotonin berperan sangat penting dalam fungsi endogen supresi jaras desenden nyeri. Pasien dengan TTH episodik menunjukkan pemasukan platelet 5 HT berkurang, dan peninggian kadar platelet 5HT dan plasma 5HT. Sedangkan pada TTH kronik didapati kadar platelet 5HT ataupun plasma 5HT adalah normal atau menurun. Bolay²⁹, menyatakan bahwa pasien dengan depresi mengalami penurunan jumlah neurotransmitter NE dan metabolitnya^{32,33,36} Faktor-faktor pencetus nonpsikologis dan psikologis (kecemasan) berperan sebagai penginduksi gejala, sedangkan TTH yang terjadi sebagai reaksi adanya faktor pencetus sehingga mengakibatkan perubahan-perubahan neuron perifer dan sentral. Hal ini dikaitkan kemungkinan perpanjangan stimulus oleh karena

faktor-faktor ini dalam waktu lama akan mengakibatkan perburukan sakit kepala.^{22,28,29}

Mitsikostas dan Thomas³⁷, dengan menggunakan skala kecemasan dan depresi Hamilton dilaporkan bahwa rata-rata skor kecemasan dan depresi meningkat tinggi pada pasien sakit kepala. Yucel *et al*³⁷, melaporkan bahwa individu yang menderita TTH lebih banyak dan cenderung mengalami depresi. Wang dalam Silva *et al*³⁷, mengemukakan bahwa vitalitas penderita TTH memiliki korelasi tinggi dengan gejala cemas dan depresi yang dievaluasi menggunakan skala cemas dan depresi. Holroyd dalam Silva *et al*³⁷, melaporkan bahwa penderita TTH kronik 3-5 kali lebih sakit dibandingkan dengan kontrol yang sama-sama didiagnosis gangguan cemas atau mood. Hasilnya hampir setengah pasien TTH kronis mempertunjukkan klinis peningkatan cemas dan depresi yang signifikan. Hal ini kemudian menjelaskan TTH berhubungan dengan kondisi psikososial seperti kecemasan dan depresi. Meskipun keterkaitan ketiganya sepenuhnya masih belum dapat dipahami.³⁸ Kecemasan maupun gangguan depresi dapat memicu serangan sakit kepala atau sebaliknya keduanya dapat merupakan akibat dari nyeri kepala kronik.³⁹ Berdasarkan temuan penelitian dihubungkan dengan teori dan penelitian pendukung, maka dapat disimpulkan kecemasan dan TTH adalah 2 keadaan yang berhubungan sebab maupun akibat. Meskipun demikian masih diperlukan penelitian lanjut untuk menilai kekuatan hubungannya.

TTH adalah suatu gangguan neurologi yang bersifat rekuren dan memberikan dampak yang buruk bagi penderitanya karena

mengganggu aktifitas sosial sehari-hari serta menurunnya kapasitas kerja.³⁹ Tidak ada pengobatan yang persisten dapat menyembuhkan gejala. Namun serangan gejalanya dapat dikurangi. Sehingga dalam rangka untuk mengurangi serangan gejala dan memperbaiki kualitas hidup penderitanya diperlukan saran, nasehat dari klinisi terutama mengenai faktor-faktor yang berpengaruh dalam timbul maupun perburukan gejalanya seperti faktor psikologis, psikis dan sosial.⁴⁰ Selama melakukan penelitian terdapat beberapa keterbatasan yakni masalah waktu penelitian yang singkat sehingga jumlah sampel yang diteliti lebih sedikit dan analisis data hanya menggunakan sampel minimal. Selain itu, penelitian ini juga hanya menggambarkan faktor resiko karakteristik responden penderita TTH di kota Ambon, tidak mencari masing-masing hubungannya dengan tingkat kecemasan dan TTH.

Kesimpulan

Terdapat korelasi antara tingkat kecemasan dengan TTH dan semakin tinggi kecemasan semakin berat gejala TTH.

Referensi

1. SL, Narins B. The gale encyclopedia of neurological disorders Volume 1. USA: Thomson Gale; 2005.p.402
2. Ravishankar K. Optimising primary headache management. JAPI. 2006 Dec; 54:928-934
3. World Health Organization. Headache disorders [Internet]. 2012 October [cited 2013 December 19]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
4. World Health Organization. WHO methods and data sources for global burden of disease

- estimates 2000-2011 [Internet]. 2013 November [cited 2013 December 19]. Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burd_en_disease/en/index.html
5. Pluta RM. Tension type-headache. *JAMA*. 2012; 306(4):450.
 6. Rahmawati D. Beberapa faktor risiko pada nyeri kepala tipe tegang episodik dan kronik di poliklinik saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang (tesis). Semarang: Universitas Diponegoro; 2000.
 7. Korff MV, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry*. 1996;168(30):101-8.
 8. Lucchetti G, Peres MFP, Lucchetti ALG, Mercante JPP, Guendler VZ, Zukerman E. Generalized anxiety disorder, subthreshold anxiety and anxiety symptoms in primary headache: Anxiety symptoms in primary headache. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 Jan;67(1):41-9.
 9. Tan FU, Ozen NE, Kazezoglu S, Kokoglu F, Boratay C. Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache. *Gazi Medical Journal*. 2005; 16(2): 74-79
 10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalgia*. 2004; 24 Suppl 1: 9-160.
 11. Setiawan CJ, Sadeli HA, Sapiie TW. Hubungan antara gejala gangguan depresi dan tension-type headache (TTH): studi eksploratif. *MKB*. 2013;45(1):28-34
 12. Andri, Dewi Y. Teori kecemasan berdasarkan psikoanalisis klasik dan mekanisme pertahanan terhadap kecemasan. *Maj Kedokt Indon*. 2007 Jul; 57 (7): 233-238.
 13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psikiatri behavioral science clinical psychiatry. 10th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 14. Goetz GC. In: Textbook of clinical neurology. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2003. Chapter 53, Headache and facial pain; p.1187-94
 15. Akbar M. Nyeri kepala. Makasar: Universitas Hasanuddin; 2010.
 16. Perozzo P, Savi L, Castelli L, Valfrè W, Giudice RL, Gentile S, et al. Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. *J Headache Pain*. 2005; 6:392-399
 17. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Incidence of primary headache: a Danish epidemiologic follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2005;161(11): 1066-1073
 18. Russel MB. Tension-type headache in 40-year-olds: a Danish population-based sample of 4000. *J Headache Pain*. 2005 Dec; 156: 441-447
 19. Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ*. 2008; 336:88-92
 20. The National Alliance On Mental Illness. Mental illness facts and numbers [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 Mar 08] available from URL: https://www.nami.org/factsheets/mentalillness_factsheet.pdf
 21. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, Cortelli P, Cevoli S, Manzoni GC, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain*. 2010; 11:141-150
 22. Karl N, Baykan BI, Ertas M, Zarifoglu M, Siva A, Saip S, et al, Impact of sex hormonal changes on tension-type headache and migraine: a cross-sectional population-based survey in 2,600 women. *J Headache Pain*. 2012; 13: 557-565.
 23. Bayraktutan OF, Demir R, Ozel L, Ozdemir G, Ertekin A. Prevalence of tension-type headache in individuals aged between 18-65 years in the Eastern Parts of Turkey. *Eurasian J Med*. 2014; 46: 78-83
 24. Momayyezi M, Fallahzadeh H, Momayyezi M. Prevalence of migraine and tension-type headache in Yazd (Iran). *Zahedan J Res Med Sci*. 2015: 29-35.

25. Prawirohusodo S. Stres dan kecemasan. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada; 1998.
26. Kaniecki RG. Tension-type headache. *Continuum Lifelong Learning Neurol.* 2012; 18(4): 823–834.
27. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Larsen TW, et al. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *J Headache Pain.* 2014 Jun 13; 15(38):3-7
28. Nevid JS. Abnormal psychology in a changing world. 7th ed. USA: Pearson; 2008. Chapter 5, Stress, Psychological factors, and health; p. 159
29. Sjahrir H. Mekanisme terjadinya nyeri kepala primer dan prospek pengobatannya. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2004.
30. Gutman D, Nemeroff CB. The Neurobiology of Depression. *Laboratory of Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2002 [cited 2014 Feb 21] Available from:http://www.medscape.com/viewrogrm/2123_pnt_CME_Medscape_2002.
31. Heckman BD, Holroyd KA. Tension-type headache and psychiatric comorbidity. *Curr Pain Headache Rep.* 2006;10(6):439–47.
32. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol.* 2008; 7: 70–83
33. Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache. *Neurol Clin.* 2009; 27: 525–535
34. Heckman BD, Holroyd KA. Tension-type headache and psychiatric comorbidity. *Curr Pain Headache Rep.* 2006;10(6):439–47.
35. Hindmarch I. Beyond the monoamine hypothesis: mechanisms, molecules and methods. *Euro Psychiatry.* 2002; 17 Suppl 3: 294-299
36. Maramis WF, Maramis AA. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press; 2009.
37. Silva HM, Garbelini RP, Teixeira SO, Bprdini CA, Speciali JG. Effect of episodic tension-type headache On the health-related quality of life in Employees of a brazilian public hospital. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62(3):769-773
38. Headache Australia. [Tension headache](http://headacheaustralia.org.au/headache-types/16-tension-type-headache-the-most-common-type-of-headache) [Internet]. 2012 Aug 2 [cited 2014 Feb 21]. Available from:<http://headacheaustralia.org.au/headache-types/16-tension-type-headache-the-most-common-type-of-headache>
39. Waldie KE, Poulton R. Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: a 26 year longitudinal study. *J Neurol Neurosur Psychiatry.* 2002;72:86-92
40. Turner DP, Houle TT. Psychological evaluation of a primary headache patient. *Pain Manage.* 2013; 3(1): 19-2