

[Case Report]

SEORANG WANITA BERUSIA 59 TAHUN DENGAN MYOFASCIAL TRIGGER POINT SYNDROME PARALUMBAL SINISTRA : LAPORAN KASUS

A 59 Year Old Woman with Myofascial Trigger Point Syndrome Paralumbal Sinistra :
A Case Report

Niken Mafatiha Nafila¹, Retno Setianing²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, RS Ortopedi Dr Soeharso Surakarta

Korespondensi: Niken Mafatiha Nafila. Alamat email: filanafila23.fn@gmail.com

ABSTRAK

Myofascial Trigger Point Syndrome (MTPS) merupakan nyeri otot regional yang berasal dari suatu titik tertentu pada suatu otot yang mengakibatkan spasme pada otot dan rasa nyeri yang parah. Penyakit ini ditandai dengan adanya gejala motorik, sensorik, dan gejala otonom. Prevalensi yang dilaporkan memiliki rentang dari 95% pada pasien dengan nyeri muskuloskeletal. Penyebab umum penyakit ini dapat berupa trauma langsung maupun tidak langsung, kondisi patologis tulang belakang, paparan terhadap tegangan yang berulang dan kumulatif, atau postur tubuh yang tidak sesuai. Disajikan laporan kasus pada seorang wanita berusia 59 tahun dengan keluhan nyeri punggung kiri bawah yang menjalar. Pemeriksaan fisik pada regio spine didapatkan adanya asimetris bahu, asimetris lipatan lemak, nyeri tekan pada paralumbal sinistra, trigger point pada paralumbal sinistra, nyeri gerak, dan fleksibilitas trunk terbatas. Pemeriksaan penunjang MRI lumbal tanpa kontras didapatkan kesan stenosis lumbosacral, spondylolisthesis, dan osteoporosis. Tatalaksana rehabilitasi medik yang diberikan adalah fisioterapi berupa latihan stabilitas postur dan Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS).

Kata Kunci: Myofascial Pain, Trigger Points, Physiotherapy, MTPS, TENS

ABSTRACT

Myofascial Trigger Point Syndrome (MTPS) is a regional muscle pain originating from a specific point in a muscle that causes muscle spasm and severe pain. This disease is characterized by motoric, sensory, and autonomic symptoms. The prevalence ranges from 95% in patients with musculoskeletal pain. Common causes of this disease can be direct or indirect trauma, pathological conditions of the spine, exposure to repetitive and cumulative stress, or inappropriate posture. Presented is a case report of a 59-year-old woman with complaints of radiating left lower back pain. Physical examination of the spine region found shoulder asymmetry, fat fold asymmetry, tenderness in the left paralumbar, trigger points in the left paralumbar, motion pain, and limited trunk movement. Examination of MRI of the lumbar without contrast showed the impression of lumbosacral stenosis, spondylolisthesis, and osteoporosis. The medical rehabilitation management provided was physiotherapy in the form of posture stability exercises and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS).

Keywords: Myofascial Pain, Trigger Points, Physiotherapy, MTPS, TENS

PENDAHULUAN

Myofascial Trigger Point Syndrome

(MTPS) didefinisikan sebagai nyeri yang berasal dari otot dan nyeri tersebut berasal titik tertentu yang terasa sangat nyeri pada otot tersebut. Titik yang sangat nyeri tersebut disebut juga dengan *Myofascial Trigger Point* (MTrP) (Kurniawan, *et al.*, 2020).

MTPS memiliki ciri-ciri berupa munculnya gejala motorik dan gejala sensorik, juga didapatkan gejala otonom (Kurniawan, *et al.*, 2020). Gejala motorik dapat berupa disfungsi motorik atau kelemahan otot akibat inhibisi motorik, terbatasnya gerakan dan kekakuan otot. Gejala sensorik dapat berupa nyeri tekan, nyeri alih, hiperalgesia, ataupun alodinia. Gejala otonom dapat seperti berkeringat, aktivitas pilomotor, perubahan suhu kulit, lakrimasi, dan salivasi (Atmadja, 2016).

Gejala penting yang harus didapatkan dalam diagnosis MTPS adalah dalam proses menemukan MTRP yaitu membedakan MTPS dari nyeri otot jenis lain. Perbedaan antara MTPS dengan nyeri otot lain terletak pada adanya serabut otot

yang tegang dengan nyeri tekan pada MTRP (Kurniawan, *et al.*, 2020).

Manifestasi sindrom nyeri myofascial antara lain kejang otot, indurasi otot yang menyakitkan pada otot yang mengeras serta elastisitas otot yang berkurang kecepatan, kekuatan, dan koordinasi gerakan yang berkurang (Bogdanovska, *et al.*, 2021). Disfungsi otot membentuk dasar untuk pembentukan MPS (*Myofascial Trigger Points*), dan area indurasi otot fokal tersebut. MPS pada otot yang nyeri juga dapat terbentuk akibat gangguan fungsional yang sudah ada sejak lama (Bogdanovska, *et al.*, 2021).

METODE

Studi penelitian ini merupakan laporan kasus yang dilakukan di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta pada bulan Oktober 2024. Pengambilan data berdasarkan wawancara, pemeriksaan fisik, serta rekam medis pasien selama masa perawatan. Studi ini tidak dilakukan uji statistik dikarenakan penelitian berbasis laporan kasus.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Perempuan berusia 59 tahun dibawa oleh keluarganya ke Poli Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta dikarenakan adanya keluhan nyeri punggung kiri bawah yang menjalar. Keluhan nyeri punggung kiri bawah yang menjalar ke kaki dan terasa panas sejak 2 bulan yang lalu. Nyeri terasa tumpul. Nyeri dirasakan bertambah saat berjalan setelah bangkit dari duduk lama. Nyeri tetap dirasakan meskipun saat tidur baik tidur terlentang atau miring. Pasien mengatakan adanya riwayat jatuh terpeleset saat hujan dengan posisi terduduk pada 3 tahun yang lalu. Pasien mengakui menopause sejak 7 tahun yang lalu pada usia 52 tahun. BAK dan BAB tidak ada keluhan.

Pasien menyangkal adanya riwayat penyakit dahulu seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma, penyakit jantung, penyakit ginjal, dan stroke. Pasien mengakui adanya riwayat trauma pada 3

tahun yang lalu. Pasien juga menyangkal adanya riwayat penyakit serupa dalam keluarga, penyakit diabetes, hipertensi, asma, penyakit jantung, dan penyakit ginjal pada keluarga juga disangkal. Riwayat merokok, konsumsi alkohol, dan riwayat rajin berolahraga disangkal oleh pasien. Pasien bekerja sebagai penjual bensin di POM mini.

Riwayat fungsional pada pasien didapatkan mobilitas terganggu, aktivitas kehidupan sehari-hari terganggu, sedangkan kemampuan kognisi dan komunikasi pasien baik. Riwayat psikososial pasien adanya dukungan yang baik dari pihak keluarga, pasien tinggal serumah bersama 1 anaknya, dan tidak didapatkan adanya gangguan mental.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit, *composmentis*. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/85 mmHg, frekuensi nadi 66x/menit, frekuensi napas 16x/menit reguler, suhu 36,8 C, VAS *score* 4, tinggi badan 148 cm, berat badan 48 kg, dan IMT 21,9 (ideal).

Pemeriksaan fisik pada kepala/leher, thorax, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal. Fungsi vegetatif dalam miksi dan defekasi dalam batas normal. Pemeriksaan status lokalis pada *regio spine* didapatkan *look* tampak *skin intact* (+), asimetri bahu (+), asimetri lipatan lemak (+), deformitas (-), edem (-), gibus (-). *Feel* didapatkan adanya nyeri tekan (+) pada paralumbal sinistra, *trigger point* paralumbal sinistra (+), krepitasi (-), teraba hangat (-). *Movement* didapatkan adanya nyeri gerak dan fleksibilitas *trunk* terbatas. Status neuromuscular pada pasien didapatkan motorik, sensibilitas, otonom, dan refleks fisiologis dalam batas normal, serta refleks patologis tidak ditemukan.



Gambar 1. Pemeriksaan *Regio Spine*

Pada pemeriksaan MRI lumbal tanpa kontras didapatkan hasil yaitu 1) Anterolisthesis corpus VL 4 terhadap VL 5 grade 2, 2) Moderate biconcave kompresi corpus VL 11 dan corpus VL 1, 3) Bone marrow changes superior et inferior endplate corpus VTh 11 dan VL 1 (Modic 2) dan superior endplate corpus VS 1 (Modic 1), 4) Degenerasi discus intervertebralis L5-S1 (grade 4), 5) Bulging disc paracentral bilateral yang menyebabkan Mild central canal stenosis bilateral level L1-2, tak tampak menekan exiting nerve root, 6) Bulging disc paracentral bilateral yang menyebabkan Moderate neural foraminal stenosis bilateral level L2-3, L3-4 dan L4-5, menekan exiting nerve root L2, L3 dan L4 bilateral, 7) Bulging disc central yang menyebabkan moderate central canal stenosis level L4-5, menekan traversing nerve root L5 bilateral, 8) Protrude disc central dan paracentral bilateral yang menyebabkan Moderate central canal stenosis dan moderate neural foraminal stenosis bilateral level L5-S1, menekan

exiting nerve root L5 bilateral dan traversing nerve root S1 bilateral, 9) Hambatan subtotal aliran liquor cerebrospinalis L4-5 dan L5-S1.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan didapatkan diagnosis medis yaitu *Myofascial Trigger Point Syndrome* Paralumbal Sinistra pada degenerative spine dengan diagnosis etiologi yaitu riwayat cedera atau stress otot berkelanjutan, serta diagnosis rehabilitasi medis berupa gangguan nyeri dan gangguan aktivitas sehari-hari. Diagnosis fungsional pada pasien adalah sebagai berikut

Tabel 1. Diagnosis fungsional

Diagnosis Fungsional			
a. Functioning and Disability			
<i>Body Function</i>	punggung bawah kiri		
	terasa nyeri		
<i>Body Structure</i>	Stenosis lumbosacral, spondilolisthesis, osteoporosis		
<i>Activities and participation</i>	Keterbatasan dalam AKS		
b. Contextual factor			
<i>Environment factors</i>	Dukungan sosial baik		
<i>Personal factors</i>	Perempuan 59 tahun dengan <i>degenerative spine</i>		

Terapi yang diberikan pada pasien dari segi rehabilitasi medik antara lain fisioterapi berupa *postural stability exercise* dan TENS.

Myofascial Trigger Point Syndrome (MTPS) didefinisikan sebagai nyeri yang berasal dari otot dan nyeri tersebut berasal titik tertentu yang terasa sangat nyeri pada otot tersebut. Titik yang sangat nyeri tersebut disebut juga dengan Myofascial Trigger Point (MTRP) (Kurniawan, *et al.*, 2020). Nyeri myofascial dapat bersifat lokal atau regional, seperti pada leher, bahu, punggung atas dan bawah, biasanya unilateral atau lebih berat di salah satu sisi. Nyeri otot dapat menetap dengan variasi dari ringan hingga sangat berat; biasanya tidak hilang dengan sendirinya. Ciri khas nyeri ini adalah terdapatnya trigger point (Atmadja, 2016).

Sindrom nyeri myofascial sering terjadi dan setiap manusia mungkin pernah memiliki trigger point selama hidupnya. Prevalensinya sama antara laki-laki dan perempuan, terutama pada usia

antara 30-60 tahun (Atmadja, 2016). Prevalensi sindrom nyeri myofasial yang dilaporkan memiliki rentang dari 95% pada pasien dengan nyeri muskuloskeletal (Sekeon & Tumboimbela, 2021).

Etiologi pembentukan trigger point pada otot dan mekanisme terjadinya gejala somatik masih belum dipahami. Iritasi kontinu pada endplate akan menyebabkan pengeluaran asetilkolin berlebihan, sehingga dapat menyebabkan ketegangan dan kontraksi serat otot yang terlokalisasi. Penyebab umum nyeri myofasial dapat trauma langsung ataupun tidak langsung, kondisi patologis tulang belakang, paparan terhadap tegangan yang berulang dan kumulatif, atau posisi/ postur tubuh yang tidak sesuai (Atmadja, 2016). Faktor risiko terjadinya MTPS antara lain cedera otot atau stress otot berkelanjutan, postur duduk, menopause, obesitas, dan merokok.

Myofascial trigger points dapat terjadi di otot-otot berbagai anggota tubuh sebagai respons dari cedera atau kelebihan beban otot. Nyeri tekan lokal atau menjalar

terjadi karena nosiseptor otot terstimulasi akibat kurangnya oksigen dan peningkatan mediator inflamasi di tempat cedera. *Myofascial trigger points* dapat aktif atau laten. *Myofascial trigger points* aktif akan menimbulkan rasa nyeri, sehingga mencegah pemanjangan otot maksimal, melemahnya otot, memediasi respons kedutan lokal bila distimulasi, dan menyebabkan nyeri alih di area nyeri yang bersangkutan. MTPS laten biasanya tidak bergejala, tidak menimbulkan nyeri pada aktivitas sehari-hari, tetapi nyeri apabila diberi stimulasi eksternal, seperti dipalpasi, dan dapat teraktivasi jika otot tegang, lelah, atau cedera (Atmadja, 2016).

Manifestasi klinis dari MTPS dapat berupa gejala motorik, sensorik, dan otonom. Gejala motorik dapat berupa disfungsi motorik atau kelemahan otot akibat inhibisi motorik, terbatasnya gerakan dan kekakuan otot. Gejala sensorik dapat berupa nyeri tekan, nyeri alih, hiperalgesia, ataupun alodinia. Gejala otonom dapat seperti berkeringat, aktivitas

pilomotor, perubahan suhu kulit, lakrimasi, dan salivasi (Atmadja, 2016).

Kriteria diagnosis yang paling sering digunakan adalah kriteria menurut Simons, et al, (1999). Kriteria diagnosis sindrom nyeri myofascial berupa lima kriteria mayor dan setidaknya satu dari tiga kriteria minor. Belum ada pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan sindrom nyeri myofascial. Diagnosis masih dibuat berdasarkan hasil temuan klinis (Sekeon & Tumboimbela, 2021).

Tabel 2. Kriteria Diagnosis MTPS

Kriteria Diagnosis MTPS		
No.	Kriteria Mayor	Kriteria Minor
1.	Nyeri spontan yang terlokalisasi	Terjadinya nyeri spontan dan perubahan sensasi dengan menekan trigger point
2.	Nyeri spontan atau perubahan sensasi pada suatu area nyeri alih	Adanya respons kedut lokal pada serat otot dengan palpasi tajam atau dengan insersi jarum ke trigger point
3.	Teraba adanya gumpalan atau benjolan pada otot yang nyeri	Nyeri berkurang dengan peregangan otot atau injeksi <i>trigger point</i>
4.	Nyeri tekan lokal pada titik tertentu sepanjang	

	benjolan atau gumpalan
5.	Adanya penurunan ruang gerak pada berbagai derajat

Terapi pada MTPS dapat berupa terapi farmakologis dan intervensi non farmakologis. Terapi farmakologis yang dapat diberikan antara lain OAINS sebagai analgetik dan anti-inflamasi, lidocaine patch, tizanidine, benzodiazepine, serta injeksi *trigger points*. Lidocaine patch dapat meningkatkan ambang nyeri secara signifikan, sehingga dapat meningkatkan aktivitas sehari-hari. Tizanidine bekerja sebagai alfa 2 agonis, sehingga dapat menurunkan spastisitas otot; pada sindrom nyeri myofascial dapat menurunkan intensitas nyeri dan disabilitas. Beberapa studi menyarankan penggunaan tizanidine sebagai terapi lini pertama. Injeksi MTrPs hampir sama dengan dry needling, namun pada teknik ini dilakukan injeksi obat anestesi atau steroid.

Intervensi non-farmakologi yang dapat dilakukan antara lain *dry needling*,

terapi manual berupa *deep pressure massage*, *stretch therapy*, terapi non manual non invasif seperti *Ultrasound* dan *Transcutaneous electric nerve stimulation* (TENS), serta *myofascial release* dengan teknik pijatan manual.

Terdapat 2 tipe *myofascial release* yang dapat diterapkan yaitu *direct myofascial release* (DMR) dan *indirect myofascial release* (IMR) (Desai & Jeswani, 2018). Pelaksanaan DMR dilakukan dengan pemberian stretch durasi panjang pada fascia yang terdapat titik nyeri kemudian tekanan diberikan secara langsung pada area yang trigger points dan dilakukan dengan kontak langsung pada kulit hingga mencapai jaringan bagian dalam untuk melepaskan perlengketan jaringan pada fascia (Desai & Jeswani, 2018). Dosis pelaksanaan myofascial release dapat dilakukan selama 90-120 detik diulang 5 kali seminggu selama 1 minggu untuk melepaskan trigger points dan mengurangi spasme otot sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri dan

mengembalikan fungsi normal otot (Sulistyaningsih & Putri, 2020).

KESIMPULAN DAN SARAN

Myofascial Trigger Point Syndrome merupakan sindroma nyeri pada otot yang termasuk kelainan muskuloskeletal. Nyeri yang muncul akibat penekanan pada MTRP juga dapat muncul dalam bentuk nyeri menjalar. Penyebab umum nyeri myofascial dapat berasal dari trauma langsung ataupun tidak langsung, kondisi patologis tulang belakang, paparan terhadap tegangan yang berulang dan kumulatif, atau posisi/postur tubuh yang tidak sesuai. Kriteria diagnosis yang paling sering digunakan adalah kriteria Simons berupa lima kriteria mayor dan setidaknya satu dari tiga kriteria minor. Terapi sindrom nyeri myofascial dapat farmakologi dan non-farmakologi, yang invasif dan non-invasif.

DAFTAR PUSTAKA

Bogdanovska, N., Kalonova, I., Karaulova, S., Strakolyst, H., & Potapova, L. (2021). Specific rehabilitation characteristics of myofascial pain syndromes in athletes (acyclic

- sports). *Journal of Physical Education and Sport*, 21, 2987-2992.
- Atmadja, A. S. (2016). Sindrom nyeri myofascial. *Continuing Medical Education*, 43(3), 176-177.
- Sunjiwara, A. S., Putri, M. W., & Sabita, R. (2019). Pengaruh Myofascial Release Kombinasi dengan Hold Relax terhadap Myofascial Pain Syndrome. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK)*, 12(2), 582–587.
- Sulistyaningsih, S., & Putri, A. R. H. (2020). Myofascial Release Menurunkan Nyeri dan Meningkatkan Fungsional Leher Myofascial Pain Syndrome Otot Upper Trapezius. *Jurnal Keterampilan Fisik*, 5(2), 122-131.
- Sekeon, S. A., & Tumboimbela, M. J. (2021). Diagnosis and Treatment of Myofascial Pain Syndrome. *Jurnal Sinaps*, 4(1), 1-12.
- Rahman, I. (2021). Hubungan Postur Kerja dan Sikap Kerja terhadap Myofascial Trigg Point Syndrome pada Guru SMP AR Rahman Medan. *Journal of Health Science and Physiotherapy*, 3(2), 54-61.
- Desai, S., & Jeswani, K. (2018). To compare the effect of myofascial release and ischaemic compression on pain, cervical lateral flexion and function in acute Trapezitis in young adults. *International Journal of Applied Research*, 4(3), 448–455.