

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian**

Cephalgia atau nyeri kepala merupakan kondisi yang umum dikenal sebagai sakit kepala. Keluhan ini ditandai dengan rasa tidak nyaman yang dirasakan pada bagian atas kepala, mulai dari area sekitar mata (orbita) hingga ke bagian belakang kepala (oksipital) dan leher bagian atas (tengkuk). Nyeri kepala dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu sakit kepala primer, yang tidak berhubungan dengan gangguan organik tertentu, dan sakit kepala sekunder, yang disebabkan oleh kondisi medis mendasar seperti cedera, infeksi, atau tumor. Penyebab nyeri kepala sangat beragam, termasuk ketegangan otot, migrain, sakit kepala cluster, hingga gangguan serius seperti edema serebri. Selain itu, beberapa penyakit penyerta seperti hipertensi, gangguan depresi, atau disfungsi sendi temporomandibular (TMJ) juga dapat menjadi pemicu munculnya cephalgia (Reza Resita I. T., 2023).

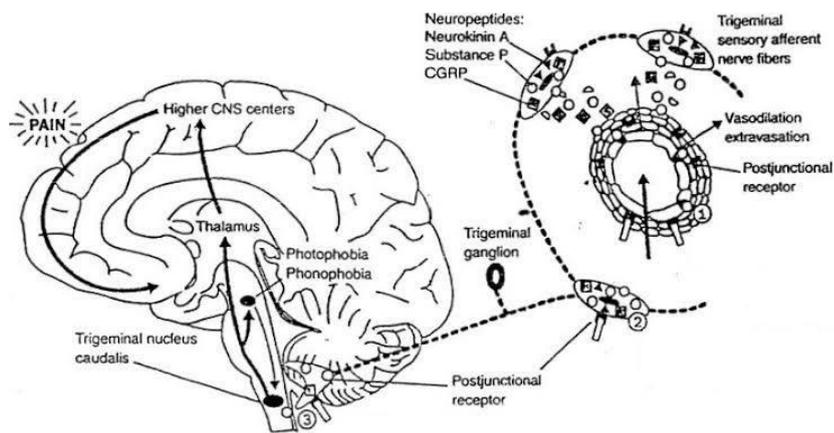
Cephalgia merupakan kondisi yang umum dialami oleh masyarakat dari berbagai kelompok usia. Gangguan ini dapat terjadi pada siapa saja, tanpa memandang umur. Salah satu penyebab utama nyeri kepala adalah terjadinya penyempitan (vasokonstriksi) pada pembuluh darah otak, yang kemudian diikuti oleh pelebaran (vasodilatasi) akibat perubahan kadar serotonin dalam tubuh. Proses ini dapat mengganggu kenyamanan dan menghambat aktivitas harian penderitanya (Reza Resita I. T., 2023).

Dengan demikian Cephalgia adalah nyeri kepala yang dapat disebabkan oleh faktor primer maupun sekunder, seperti gangguan pembuluh darah otak, penyakit serius seperti edema cerebri, serta kondisi penyerta seperti hipertensi dan depresi, yang secara keseluruhan dapat mengganggu aktivitas harian.

### 2.1.2 Anatomi Fisiologi

Cephalgia atau yang lebih dikenal sebagai sakit kepala, merupakan bentuk nyeri di area kepala yang dapat diklasifikasikan menjadi primer seperti migrain, *tension-type headache*, dan cluster headache atau sekunder, yang disebabkan oleh kondisi medis lain. Dari sisi anatomi, nyeri pada cephalgia berasal dari struktur kepala yang memiliki reseptor nyeri (*nociceptor*), seperti dura mater, arteri meningeal tengah, sinus vena, cabang saraf trigeminus (*nervus kranialis V*), otot-otot di sekitar kepala (*perikranial*), dan lapisan meninges lainnya. Menariknya, jaringan otak (parenkim otak) tidak memiliki *nociceptor*, sehingga nyeri kepala umumnya berasal dari jaringan sekitarnya yang mengalami iritasi atau tekanan.

Pada cephalgia primer, nyeri muncul akibat aktivasi serabut saraf nyeri tipe *A $\delta$*  dan *C-fiber* yang terdapat di struktur kranial yang mengandung nociceptor, seperti dura mater, arteri meningeal, dan otot perikranial. Semua struktur ini mendapat persarafan dari ganglion trigeminal, terutama melalui cabang oftalmikus (V1). Impuls nyeri dari area tersebut dikirim ke nukleus trigeminus kaudalis di batang otak, kemudian diteruskan melalui jalur trigeminotalamus menuju thalamus dan akhirnya ke korteks somatosensorik, tempat nyeri disadari dan dirasakan oleh individu (Edvinsson et al., 2020).



(Kusnadi, 2017)

Gambar 2.1  
Nyeri kepala

Pada level fisiologi, aktivasi sistem trigeminovaskular memicu pelepasan neuropeptida vasoaktif termasuk *Calcitonin Gene-Related Peptide* (CGRP), *Pituitary Adenylate Cyclase-Activating Peptide* (PACAP), dan substance P yang menyebabkan vasodilatasi pembuluh meningeal serta neurogenic inflammation pada dura mater. Proses cross-talk antara neuron trigeminal dan sel glia di ganglion trigeminal memperkuat dan mempertahankan sensitisasi perifer dan sentral, sehingga rasa sakit dapat semakin intens dan kronis (Frontiers in Neurology, 2022).

Selain itu, jalur descending modulasi nyeri melibatkan *nukleus periaqueductal gray* (PAG), *locus coeruleus*, dan nukleus raphe menggunakan neurotransmitter serotonin dan noradrenalin untuk menekan transmisi nyeri di batang otak. Ketidakseimbangan pada jalur ini menurunkan ambang nyeri, memfasilitasi sensitisasi sentral, dan memperburuk frekuensi serta intensitas serangan cephalgia (Frontiers in Neurology, 2022).

### 2.1.3 Faktor Risiko dan Etiologi

Faktor risiko cephalgia sangat beragam, mencakup berbagai aspek kehidupan sehari-hari. Dari segi gaya hidup, faktor seperti stres emosional, kurang istirahat, pola makan yang tidak teratur, konsumsi kafein atau alkohol secara berlebihan, serta lingkungan yang bising, perubahan cuaca, dan paparan cahaya yang berlebihan dapat memicu timbulnya nyeri kepala. Selain itu, faktor medis seperti tekanan darah tinggi, gangguan hormon, serta kelainan pada organ penglihatan juga memiliki kontribusi terhadap munculnya cephalgia. Riwayat keluarga, khususnya pada kasus migrain, turut memperbesar kemungkinan seseorang mengalami jenis cephalgia tertentu.

Dari sisi penyebab (etiologi), cephalgia primer umumnya dipicu oleh gangguan pada fungsi neurovaskular atau sistem neurokimia, meskipun tidak disertai kelainan struktur otak yang jelas. Sementara itu, cephalgia sekunder merupakan akibat dari kondisi medis tertentu seperti infeksi (contohnya sinusitis atau meningitis), hipertensi, cedera kepala, atau penyakit sistemik lainnya. Cephalgia sering kali menjadi gejala awal dari berbagai gangguan, terutama yang melibatkan organ di kepala, sistem saraf, maupun pembuluh darah di area tersebut (Reza Resita I. T., 2023).

Faktor psikologis dan emosional yang tinggi dapat berperan besar dalam memicu terjadinya nyeri kepala. Sakit kepala yang dipengaruhi oleh kondisi mental terjadi ketika seseorang mengalami stres, kecemasan, depresi, atau bentuk tekanan emosional lainnya, yang dapat memperparah atau bahkan menjadi penyebab utama nyeri tersebut. Dalam kondisi ini, nyeri kepala tidak disebabkan oleh gangguan fisik secara langsung, melainkan merupakan respon tubuh terhadap tekanan mental dan emosional yang dialami individu (Reza Resita I. T., 2023).

Cephalgia atau yang dikenal sebagai sakit kepala, merupakan sensasi nyeri yang muncul di bagian kepala, wajah, atau leher bagian atas. Walaupun terlihat sebagai keluhan ringan, mekanisme terjadinya cephalgia sangat kompleks, karena melibatkan berbagai komponen saraf dan pembuluh darah. Secara umum, sakit kepala diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu primer seperti migrain, sakit kepala tipe tegang (*tension-type headache*), dan *cluster headache* serta sekunder, yang disebabkan oleh kondisi medis lain. (I Made Oka Adnyana, 2024).

Pada kondisi seperti migrain, terjadi aktivasi sistem trigeminovaskular, yaitu jaringan yang terdiri dari saraf trigeminal dan pembuluh darah otak. Aktivasi ini memicu pelepasan zat kimia berupa neuropeptida, salah satunya CGRP (calcitonin gene-related peptide), yang menyebabkan pelebaran pembuluh darah serta peradangan neurogenik. Mekanisme ini kemudian menstimulasi reseptor nyeri, sehingga timbul sensasi nyeri berdenyut khas pada migrain. Selain itu, gangguan

pada sistem serotonin turut memengaruhi, di mana penurunan kadar serotonin berdampak pada kemampuan tubuh dalam mengatur nyeri dan menjaga keseimbangan tonus pembuluh darah otak (Reza Resita I. T., 2023).

*Tension-type headache* (sakit kepala tipe tegang) pada dasarnya disebabkan oleh meningkatnya ketegangan otot di area kepala, leher, dan bahu, yang kemudian memicu aktivasi serabut saraf nyeri pada otot maupun jaringan di sekitarnya. Kondisi ini sering kali dipicu oleh stres emosional, postur tubuh yang tidak ideal, serta kelelahan fisik. Akibatnya, penderita merasakan nyeri kepala yang menyebar secara merata dan terasa tumpul di seluruh bagian kepala (Reza Resita I. T., 2023).

*Cluster headache*, yang tergolong dalam jenis sakit kepala trigeminalautonomik, disebabkan oleh aktivasi pada area hipotalamus serta adanya gangguan dalam pengaturan ritme sirkadian tubuh. Kondisi ini memicu refleks trigemino-autonomik, yang kemudian menimbulkan nyeri intens di sekitar mata, disertai dengan gejala otonom seperti keluarnya air mata (lakrimasi), hidung tersumbat, dan kemerahan pada wajah (Reza Resita I. T., 2023).

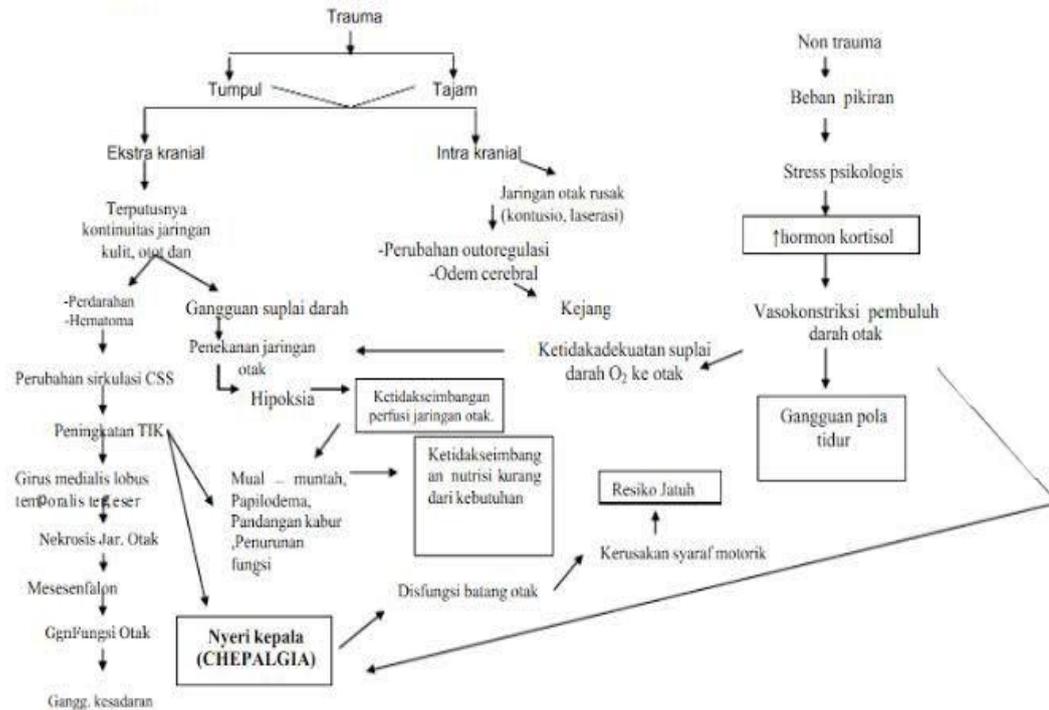
Pada cephalgia jenis sekunder, mekanisme timbulnya nyeri sangat bergantung pada penyakit atau kondisi medis yang mendasarinya. Sebagai contoh, pada hipertensi yang parah, tekanan darah yang meningkat dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah di otak dan merangsang reseptor nyeri (*nosisseptor*) di lapisan meninges. Sedangkan pada kasus tumor otak, nyeri muncul akibat peningkatan tekanan dalam rongga kepala (*intrakranial*) atau tarikan pada struktur otak yang sensitif terhadap nyeri (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.4 Patofisiologi Cephalgia

Nyeri pada cephalgia dapat disebabkan oleh berbagai mekanisme, seperti peregangan atau pergeseran pembuluh darah di dalam maupun luar tengkorak, tarikan pada pembuluh darah, serta kontraksi berlebihan otot-otot di kepala dan leher. Selain itu, peregangan pada periosteum juga bisa menimbulkan nyeri lokal. Degenerasi tulang belakang leher (*spina servikalis*) yang disertai dengan tekanan

pada akar saraf servikal, seperti pada *ateritis vertebra servikalis*, serta kekurangan *enkephalin peptida* mirip opiat dalam otak yang berfungsi sebagai pereda nyeri alami juga turut berperan dalam menimbulkan rasa sakit (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.4.1 Pathway



(I Made Oka Adnyana, 2024)

Gambar 2.2  
Gambar Pathway.

### 2.1.5 Tanda dan Gejala

Berikut adalah tanda dan gejala menurut (Reza Resita I. T., 2023) antara lain:

#### 2.1.5.1 Rasa tertekan nyeri

Merupakan sensasi nyeri kepala yang digambarkan seperti tekanan atau ikatan di sekitar kepala, terutama di dahi, pelipis, atau bagian belakang kepala. Gejala ini umum terjadi pada *tension-type headache* (sakit kepala tipe tegang), yang merupakan jenis sakit kepala paling umum.

#### 2.1.5.2 Terasa ketat di area temporalis otak

Sensasi tegang atau ketat di area pelipis (temporal) sering kali terjadi pada sakit kepala tipe tegang atau kondisi lain seperti temporal arteritis. Nyeri ini biasanya disebabkan oleh ketegangan otot atau peradangan pembuluh darah di area tersebut.

#### 2.1.5.3 Mual

Mual adalah perasaan tidak nyaman di perut yang sering kali disertai dorongan untuk muntah. Gejala ini umum terjadi pada migrain, yang sering disertai dengan gejala lain seperti sensitivitas terhadap cahaya dan suara.

#### 2.1.5.4 Nyeri sakit kepala dengan sensitivitas terhadap Cahaya

Fotofobia adalah kondisi di mana mata menjadi sangat sensitif terhadap cahaya, menyebabkan ketidaknyamanan atau rasa sakit. Ini adalah gejala umum pada migrain dan beberapa kondisi neurologis lainnya.

### 2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang dibutuhkan pada kasus sakit kepala sekunder, dan jenis pemeriksaan yang dilakukan disesuaikan dengan penyebab yang dicurigai. Pemeriksaan tersebut dapat meliputi tes laboratorium, pungsi lumbal, serta pencitraan otak seperti CT scan atau MRI. Sementara itu, pada sakit kepala primer, meskipun umumnya tidak ditemukan kelainan struktural yang menjadi penyebabnya, pemeriksaan penunjang seperti CT scan atau MRI otak tetap dapat dilakukan pada kondisi tertentu untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kelainan lain (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.6.1 Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium disarankan untuk mengevaluasi kemungkinan adanya gangguan keseimbangan elektrolit atau kelainan kadar glukosa darah, karena keduanya dapat memengaruhi fungsi otak dan sistem saraf pusat. Pemeriksaan ini mencakup pengukuran kadar elektrolit seperti natrium ( $\text{Na}^+$ ), kalium ( $\text{K}^+$ ), dan kalsium ( $\text{Ca}^{2+}$ ), serta glukosa darah. Ketidakseimbangan elektrolit dapat menimbulkan gejala neurologis seperti kejang, penurunan kesadaran, dan gangguan lainnya, sedangkan hipoglikemia maupun hiperglikemia juga berpotensi mengganggu fungsi otak. Oleh karena itu, pemeriksaan ini penting untuk menyingkirkan penyebab metabolik dari keluhan neurologis yang dialami pasien (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.6.2 EKG

Elektrokardiogram (EKG) merupakan prosedur pemeriksaan non-invasif yang berfungsi untuk merekam aktivitas listrik jantung. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menempelkan elektroda kecil pada permukaan kulit di dada, lengan, dan tungkai guna menangkap impuls listrik yang dihasilkan selama jantung berdetak. EKG digunakan untuk mendeteksi kelainan irama jantung (aritmia), gangguan aliran darah ke otot jantung (iskemia), serangan jantung (infark miokard), serta kelainan jantung lainnya. Beberapa gangguan tersebut dapat menimbulkan gejala seperti pusing, pingsan (sinkop), atau jantung berdebar (palpitasi), yang kadang dapat disalahartikan sebagai gangguan saraf (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.6.3 MRI (*magnetic resonance imaging*) kepala

*Magnetic Resonance Imaging* (MRI) kepala merupakan metode pencitraan medis canggih yang memanfaatkan medan magnet kuat dan gelombang radio untuk memperoleh gambaran detail otak serta jaringan lunak di sekitarnya. Pemeriksaan ini memiliki sensitivitas tinggi dalam mendeteksi kelainan struktural, seperti tumor otak, infeksi (seperti *abses* atau *ensefalitis*), stroke iskemik, kelainan bawaan, dan proses demielinasi seperti yang terjadi pada multiple sclerosis. Bila dibandingkan dengan CT scan, MRI menawarkan kualitas gambar yang lebih tajam dan tidak melibatkan radiasi ionisasi. Namun,

prosedur ini memerlukan waktu lebih lama dan tidak dianjurkan bagi pasien yang memiliki implan logam dalam tubuhnya (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.6.4 Angiografi serebral (mencari adanya aneurisma)

Angiografi serebral merupakan prosedur pencitraan yang bersifat invasif, digunakan untuk menilai kondisi pembuluh darah otak secara menyeluruh. Teknik ini dilakukan dengan menyuntikkan zat kontras ke dalam arteri otak melalui kateter, yang umumnya dimasukkan lewat arteri femoralis di area selangkangan. Gambar pembuluh darah otak kemudian diperoleh menggunakan fluoroskopi atau melalui pencitraan CT atau MRI. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengidentifikasi kelainan vaskular, seperti aneurisma (pelebaran abnormal pembuluh darah), stenosis (penyempitan), oklusi (sumbatan), dan malformasi arteri-vena (AVM). Angiografi serebral sangat penting untuk merencanakan prosedur bedah atau tindakan intervensi neurovaskular lainnya (Reza Resita I. T., 2023).

#### 2.1.6.5 EEG (*Elektroensefalogram*)

Elektroensefalogram (EEG) merupakan prosedur pemeriksaan yang bertujuan untuk merekam aktivitas listrik otak dengan cara menempelkan elektroda kecil pada kulit kepala. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengidentifikasi dan menilai gangguan pada aktivitas listrik otak, seperti pada kasus epilepsi, ensefalopati, gangguan tidur, dan gangguan neurologis lainnya yang berdampak pada fungsi otak. EEG merekam gelombang otak dalam berbagai frekuensi, sehingga dapat mengungkap pola-pola abnormal yang khas dari kondisi neurologis tertentu. Pemeriksaan ini dapat dilakukan saat pasien dalam keadaan sadar maupun saat tidur, dan sering kali disertai dengan stimulasi cahaya atau teknik hiperventilasi untuk memicu respons otak yang abnormal, sehingga pola kelistrikan otak yang berkaitan dengan penyakit tertentu dapat terdeteksi (Reza Resita I. T., 2023).

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Penanganan nyeri kepala (cephalgia) dapat dilakukan melalui terapi farmakologis maupun non-farmakologis. Pada pendekatan farmakologis, biasanya digunakan obat-obatan dari golongan antiinflamasi non-steroid (NSAID) untuk meredakan nyeri dan peradangan. Namun, penggunaan NSAID secara berlebihan dapat menimbulkan gangguan pada komposisi kimia dan fungsi pelindung mukosa lambung, akibat stimulasi enzim siklooksigenase (COX) di lambung. Sementara itu, terapi non-farmakologis yang dapat diberikan mencakup teknik relaksasi pernapasan dalam, distraksi melalui musik, pijatan (massage), serta relaksasi otot progresif (ROP) sebagai upaya mengurangi ketegangan dan nyeri tanpa penggunaan obat (Astutik, 2023).

Penanganan cephalgia dimulai dengan evaluasi menyeluruh guna mengidentifikasi penyebab utama keluhan. Langkah ini mencakup wawancara mendalam terkait karakteristik nyeri kepala, termasuk durasi, frekuensi, serta faktor yang memicu atau meredakan nyeri, disertai dengan pemeriksaan fisik dan neurologis. Pada kasus sakit kepala primer, seperti migrain atau tension-type headache, perubahan gaya hidup menjadi salah satu strategi penting. Pasien disarankan untuk menghindari pemicu seperti stres berlebihan, gangguan tidur, konsumsi kafein berlebih, serta pola makan yang tidak teratur. Selain itu, teknik relaksasi dan pengelolaan stres yang baik dapat berperan dalam mengurangi frekuensi maupun intensitas nyeri kepala yang dialami (Astutik, 2023).

### 2.1.8 Komplikasi

Nyeri kepala atau cephalgia tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan fisik, tetapi juga dapat berdampak lebih luas jika terjadi secara berulang atau berlangsung kronis. Jika tidak ditangani dengan tepat, nyeri kepala berpotensi menimbulkan berbagai komplikasi yang memengaruhi kualitas hidup, kesehatan mental, hingga fungsi kognitif seseorang. Berikut adalah beberapa komplikasi yang dapat timbul akibat cephalgia, beserta penjelasannya.

#### 2.1.8.1 Penurunan kualitas hidup

Nyeri kepala yang sering dan berat, seperti migrain, dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, pekerjaan, hubungan sosial, dan waktu bersama keluarga. Hal ini menyebabkan individu merasa tidak produktif dan mengalami gangguan emosional.

#### 2.1.8.2 Gangguan tidur

Nyeri kepala yang berlangsung lama atau terjadi di malam hari dapat mengganggu pola tidur, kurang tidur justru dapat memperburuk nyeri kepala dan memicu serangan berikutnya.

#### 2.1.8.3 Depresi dan kecemasan

Nyeri kepala kronis dapat memicu gangguan kesehatan mental, seperti depresi dan gangguan kecemasan, individu bisa merasa putus asa, stres, atau khawatir berlebihan tentang kemungkinan kambuhnya nyeri.

#### 2.1.8.4 *Overuse Headache (Rebound Headache)*

Terlalu sering mengonsumsi obat pereda nyeri (*analgesik*) dapat menyebabkan sakit kepala yang justru muncul kembali lebih sering, kondisi ini dikenal sebagai *rebound headache* atau sakit kepala akibat penggunaan obat berlebihan.

#### 2.1.8.5 Masalah kognitif

Cephalgia yang berat dan terus-menerus, terutama migrain, bisa menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, gangguan memori jangka pendek, dan penurunan fungsi eksekutif otak.

#### 2.1.8.6 Stroke

Beberapa jenis sakit kepala, seperti migrain dengan aura, bisa sedikit meningkatkan risiko stroke iskemik, terutama jika disertai faktor risiko lain seperti merokok atau penggunaan kontrasepsi hormonal (I Made Oka Adnyana, 2024).

### 2.1.9 Klasifikasi

Berdasarkan pedoman *International Classification of Headache Disorders* edisi ketiga (ICHD-3), cephalgia dibagi menjadi tiga kelompok utama sesuai dengan penyebab dan mekanisme patofisiologisnya. Pada jenis sakit kepala primer, tidak ditemukan adanya kelainan struktural atau gangguan metabolik yang spesifik. Contoh dari kelompok ini meliputi migrain (dengan atau tanpa aura), *tension-type headache*, serta *trigeminal autonomic cephalalgias* seperti *cluster headache*. Pada jenis ini, disfungsi sistem trigeminovaskular menjadi faktor utama yang berperan dalam munculnya nyeri kepala (Edvinsson L, 2018).

Pada kategori cephalgia sekunder, nyeri kepala timbul sebagai gejala dari kondisi sistemik atau lokal lainnya, seperti trauma kepala, gangguan pembuluh darah otak (seperti iskemia atau perdarahan), infeksi pada sistem saraf pusat, ketidakseimbangan fisiologis (misalnya pada hipertensi maligna), serta penggunaan atau penghentian obat tertentu. Dalam situasi ini, pendekatan diagnostik dan terapeutik diarahkan pada pengobatan kondisi yang mendasari, karena mengatasi penyebab utama menjadi kunci dalam meredakan gejala sakit kepala yang menyertainya (Edvinsson L, 2018).

Kelompok ketiga dalam klasifikasi cephalgia mencakup neuropati saraf kranial, nyeri pada wajah, serta gangguan pada area craniovertebral, yang menyebabkan nyeri pada saraf kranial, seperti pada neuralgia trigeminal atau gangguan pada otot dan sendi leher yang menjalar ke bagian kepala. Meskipun mekanisme nyerinya berbeda dari yang terjadi pada migrain atau *tension-type headache*, pemahaman tentang jalur nyeri kranial tetap krusial untuk memastikan penatalaksanaan cephalgia yang menyeluruh dan efektif (Edvinsson L, 2018).

## 2.2 Konsep Dasar Askep

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari asuhan keperawatan yang harus dilakukan. Pengkajian keperawatan meliputi anamnesa. Menurut Patricia A. Potter, (2021). Anamnesa terdiri dari identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat psikososial, yang antara lain sebagai berikut :

#### 2.2.2.1 Identitas Klien

Identitas pasien harus dikaji meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor rekam medis, tanggal MRS, diagnosa medis.

#### 2.2.2.2 Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama kasus Cephalgia adalah nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dan lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan :

- a. *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b. *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk-nusuk.
- c. *Region, radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d. *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e. *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

#### 2.2.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan nyeri kepala dan didiagnosa Cephalgia. Cephalgia sendiri adalah rasa nyeri yang tidak membuat nyaman pada daerah atas kepala memanjang dari orbital sampai ke daerah belakang kepala (area oksipital dan sebagai daerah tengkuk).

#### 2.2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

#### 2.2.2.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat keluarga dihubungkan dengan adanya penyakit keturunan yang di derita seperti misalnya hiperkolesterol, hipertensi dan storke ringan yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik.

#### 2.2.2.6 Pola Fungsi Kesehatan

##### a. Aktivitas dan Istirahat

Gejala: lemah, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda: takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas, letargi, disorientasi, koma

##### b. Sirkulasi

Gejala : adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama.

Tanda : takikardia, perubahan TD postural, nadi menurun, disritmia, krekels, kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

##### c. Integritas ego

Gejala : stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : ansietas, peka rangsang.

##### d. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri terbakar, kesulitan berkemih, ISK, nyeri tekan abdomen, diare.

Tanda : urine encer, pucat, kuning, poliuri, bising usus lemah, hiperaktif pada diare.

## 2.2.2 Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan adalah hasil keputusan klinis yang dibuat untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan, baik yang sudah terjadi (aktual) maupun yang berpotensi terjadi (potensial). Diagnosa ini menjadi landasan dalam memilih intervensi keperawatan yang tepat guna mencapai tujuan asuhan keperawatan, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab perawat (Dian Hadinata, 2022).

Penetapan diagnosis merupakan komponen krusial dalam praktik keperawatan karena secara langsung mempengaruhi proses perawatan klien. Diagnosis keperawatan adalah hasil penilaian klinis terhadap respons atau pengalaman individu, keluarga, maupun komunitas terhadap suatu masalah kesehatan, risiko, atau tahapan kehidupan tertentu. Diagnosis ini menjadi dasar penting untuk menyusun asuhan keperawatan yang tepat, demi membantu klien mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Saat ini, penggunaan diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) telah diterapkan dalam praktik. Tanpa adanya terminologi dan indikator yang baku dan terstandarisasi, penegakan diagnosis dapat menjadi tidak konsisten, kurang akurat, dan membingungkan, yang pada akhirnya dapat menimbulkan kesalahan dalam pengambilan keputusan serta ketidaksesuaian intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien (Yuliana Batu, 2024). Diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita Cephalgia adalah Nyeri akut, Gangguan pola tidur, dan Resiko jatuh.

2.2.2.1 Nyeri akut merupakan berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dibuktikan dengan menyeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

2.2.2.2 Resiko Jatuh dibuktikan dengan gangguan keseimbangan.

2.2.2.3 Gangguan pola tidur berhubungan kurang kontrol tidur, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan aktivitas menurun.

### 2.2.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan atau rencana asuhan keperawatan (Nursing Care Plan) atau yang sering dikatakan Renpra atau rencana perawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, lalu kita menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan atau intervensi keperawatan. Renpra atau rencana keperawatan harus didokumentasikan dengan baik sebagai dasar tindakan berikutnya (Dian Hadinata, 2022).

Renpra/ perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Cephalgia yaitu dengan:

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Rencana Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <u>Tingkat nyeri</u> berkurang dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun	<p><b><u>Manajemen Nyeri :</u></b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, teknik imajinasi terbimbing kompres dingin/ hangat).</p>

Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Frekuensi nadi membaik Fokus membaik	2) Kontrol lingkungan yang meperberat rasa nyeri (mi. suhu runagan, pencahayaaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat tidur
	<b>Edukasi :</b> 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
	<b>Kolaborasi :</b> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2. Resiko Jatuh Setelah berhubungan dilakukan dengan intervensi keluhan nyeri keperawatan kepala dan selama 3x24 badan lemas jam, maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : Jatuh saat berdiri menurun jatuh saat	<b><u>Pencegahan jatuh</u></b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi resiko jatuh (mis. Usia>65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif,hipotensi,ortostatik,ganggu an keseimbangan,gangguan penglihatan Neuropati) 2) Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kegiatan institusi 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis.lantai licin, penerangan kurang)

---

duduk menurun jatuh saat berjalan menurun jatuh saat di kamar mandi menurun	4) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>fall morse scale, humty dumpty scale</i> ), jika perlu
	5) Monitor kemampuan perpindahan dari tempat tidur ke kursiroda dan sebaliknya

**Terapeutik**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| jatuh saat<br>membungku<br>k menurun | 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga   |
|                                      | 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci                 |
|                                      | 3) Pasang handrail tempat tidur  |
|                                      | 4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah  |
|                                      | 5) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station |
|                                      | 6) Gunakan alat bantu berjalan( mis.kursi roda , Walker)                                   |
|                                      | 7) Dekatkan alat pemanggil bel dalam jangkauan pasien                                      |

**Edukasi**

- 1) Anjurkan memanggil perawat untuk berpindah
  - 2) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
  - 3) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
  - 4) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
-

- 
- 5) Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
- 

#### **2.2.4 Tindakan keperawatan**

Intervensi keperawatan pada pasien dengan cephalgia berat difokuskan pada mengurangi intensitas nyeri, memantau kondisi neurologis, serta menjaga stabilitas hemodinamik. Pada kasus nyeri akut, perawat perlu melakukan pengkajian skala nyeri secara teratur, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta berkolaborasi dalam pemberian obat analgesik. Selain itu, penerapan posisi semi-Fowler sangat dianjurkan meningkatkan aliran darah ke otak dan menurunkan tekanan intrakranial. Pada pasien dengan risiko perfusi serebral tidak adekuat akibat hipertensi, pemantauan tekanan darah dan tingkat kesadaran menjadi aspek penting yang harus diprioritaskan (Patricia A, 2020).

Tekanan darah yang meningkat dapat memperburuk kondisi edema serebri, sehingga intervensi keperawatan difokuskan pada menjaga tekanan darah tetap stabil dalam kisaran yang aman. Hal ini dilakukan melalui kolaborasi dalam pemberian obat antihipertensi serta pemantauan ketat terhadap gejala peningkatan tekanan intrakranial. Sementara itu, pada pasien yang mengalami gangguan pola tidur, nyeri yang tidak tertangani dapat berdampak pada penurunan kualitas tidur. Oleh karena itu, perawat perlu menggali penyebab gangguan tidur, menciptakan suasana yang mendukung untuk istirahat, dan memberikan edukasi mengenai kebiasaan tidur yang sehat. Jika diperlukan, terapi farmakologis untuk membantu tidur juga dapat diberikan melalui kolaborasi dengan tim medis (Patricia A, 2020).

### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengetahui sejauh mana intervensi yang diberikan berhasil mencapai tujuan. Pada kasus dengan diagnosis nyeri akut, evaluasi dilakukan dengan cara mengamati penurunan skala nyeri, perubahan ekspresi wajah, dan kemampuan pasien untuk beristirahat dengan nyaman. Hasil evaluasi dinilai positif apabila tekanan darah terkendali. Sedangkan untuk gangguan pola tidur, evaluasi dilakukan dengan menggali kualitas tidur pasien, mengamati kondisi pasien di pagi hari, serta menilai kestabilan tanda-tanda vital. Bila pasien dapat tidur selama 4 hingga 6 jam tanpa gangguan dan terlihat segar saat bangun, maka intervensi keperawatan dinyatakan efektif (Patricia A, 2020).

### **2.2.6 Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan berperan penting sebagai bukti hukum, sarana komunikasi tim kesehatan, dan dasar evaluasi asuhan. Dokumentasi yang baik harus tepat, lengkap, akurat, dan dilakukan setelah tindakan, serta ditulis secara objektif menggunakan bahasa medis standar. Umumnya, pencatatan mengikuti format SOAP atau ADPIE untuk mempermudah penelusuran data klinis atau *ADPIE (Assessment, Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation)* sehingga memudahkan penelusuran informasi klinis (Reza Resita ., I., 2023).