

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan diagnosis medis CVA ICH (Stroke Hemoragik) di ICU II RSI Sakinah Mojokerto, yang disusun secara mendalam dan komprehensif berdasarkan tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), serta evaluasi keperawatan. Pembahasan ini bertujuan untuk menganalisis dan memperjelas keterkaitan antara fakta klinis yang ditemukan pada pasien kelolaan, landasan teori serta literatur ilmiah terbaru, dan opini atau analisis kritis penulis terhadap pelaksanaan intervensi posisi *Head Up* 30° dan terapi oksigenasi yang telah diberikan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Ny. Y (65 tahun), seorang pasien yang beralamat di Mojokerto, masuk ke ICU II RSI Sakinah Mojokerto pada tanggal 19 Juli 2026 dengan diagnosa medis CVA ICH (Perdarahan Intracerebral) Hemiparese Dextra. Pasien dibawa ke IGD RSI Sakinah Mojokerto oleh keluarganya setelah mengalami penurunan kesadaran secara mendadak sehabis sholat Subuh dan tidur di kamar. Saat tiba di IGD, dilakukan pengkajian kegawatdaruratan dan didapatkan kesadaran pasien menurun berat dengan nilai Glasgow Coma Scale (GCS) 9 (E3V1M5/Somnolen). Pasien mendapatkan tindakan awal di IGD berupa pemasangan kateter urine, pemberian posisi *Head Up* 30°, terapi oksigen Simple Mask 8 LPM, serta pemeriksaan penunjang berupa laboratorium, foto thorax, dan CT-Scan kepala tanpa kontras. Hasil CT-Scan mengonfirmasi adanya gambaran lesi hiperdens pada parenkim otak yang menunjukkan CVA ICH (Perdarahan Intracerebral). Setelah dipindahkan ke ICU II, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) menunjukkan Tekanan Darah (TD) 169/77 mmHg, Nadi 60 x/menit, Suhu 36,5°C, Respiratory Rate (RR) 14 x/menit, serta Saturasi Oksigen (SpO₂) 100% di bawah dukungan oksigen NRM 12 LPM. Nilai Mean Arterial Pressure (MAP) pasien tercatat sangat tinggi yaitu 107

mmHg. Pada pengkajian sistem saraf kranial, didapatkan adanya kelumpuhan pada Nervus Fasialis (N. VII) dan Nervus Hipoglosus (N. XII) yang ditandai dengan wajah asimetris, perot ke kanan, serta deviasi lidah ke kanan. Pasien juga mengalami hemiparese dextra masif dengan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah bernilai 1/5, serta pasien memiliki riwayat penyakit dahulu berupa hipertensi kronis.

Penurunan tingkat kesadaran, peningkatam tekanan darah, serta defisit neurologis fokal pada pasien stroke hemoragik merupakan manifestasi klinis langsung dari perdarahan parenkim otak yang merusak jaringan saraf dan meningkatkan tekanan intrakranial (TIK). Ruptur pembuluh darah serebral menyebabkan darah keluar membentuk massa hematoma intraparenkim yang diikuti oleh terbentuknya edema serebral peri-hematoma. Kondisi ini memicu gangguan sirkulasi darah serebral dan penekanan pada struktur vital otak, termasuk batang otak dan jaras saraf kranial (Unnithan & Das, 2025; Price & Wilson, 2021). Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), batasan karakteristik utama dari masalah risiko perfusi serebral tidak efektif meliputi adanya riwayat hipertensi sistemik, lesi massa intrakranial (hematoma), penurunan kesadaran, serta gangguan pada respon motorik dan saraf kranial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022). Menurut literature ilmiah terbaru oleh Feigin et al. (2025) serta Maida et al. (2024), hipertensi yang tidak terkontrol merupakan faktor risiko paling dominan memicu degenerasi arteri serebral kecil yang berujung pada ruptur vaskular, kaskade neuroinflamasi, serta gangguan autoregulasi serebral akut.

Penulis berpendapat bahwa ditemukannya penurunan kesadaran somnolen (GCS E3V1M5) disertai nilai MAP 107 mmHg dan hemiparese dextra pada Ny. Y merupakan cerminan dari tingginya tekanan intrakranial akibat hematoma perdarahan intraserebral. Hipertensi berat yang dialami pasien memicu ruptur pembuluh darah serebral sehingga jaringan otak kehilangan suplai oksigen dan nutrisi yang adekuat. Penulis menganalisis bahwa pengkajian fisik sistem persarafan (B3) secara presisi, pemantauan

status hemodinamik MAP, dan pencitraan CT-Scan sangat vital dilakukan sejak awal di unit intensif untuk menentukan tingkat keparahan cedera serebral. Hal ini penting agar perawat dapat segera merencanakan intervensi pencegahan iskemia sekunder dan penanganan peningkatan TIK sebelum terjadi komplikasi fatal seperti herniasi otak.

4.2 **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian data fokus dan analisa data pada Ny. Y, ditegakkan diagnosis keperawatan prioritas utama yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI D.0017) dibuktikan dengan faktor risiko Perdarahan Intracerebral (CVA ICH), Hipertensi Sistemik (TD 169/77 mmHg), Edema Serebral, serta adanya penanda peningkatan tekanan intrakranial berupa penurunan kesadaran (GCS E3V1M5) dan bradikardia relatif (Nadi 60 x/menit). Penetapan diagnosis keperawatan ini didasarkan pada temuan objektif berupa hasil CT-Scan kepala yang menunjukkan adanya lesi hiperdens intraparenkim, kelemahan anggota gerak kanan (hemiparese dextra dengan kekuatan otot 1/5), parese N. VII dan N. XII, nilai MAP 107 mmHg, serta pasien terpasang O2 NRM 12 LPM di ruang ICU II RSI Sakinah Mojokerto.

Risiko perfusi serebral tidak efektif didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan serebral (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022). Pada pasien CVA ICH fase akut, massa perdarahan intracerebral yang menempati ruang tengkorak kaku sesuai Doktrin Monroe-Kellie akan meningkatkan tekanan intrakranial, menurunkan tekanan perfusi serebral (Cerebral Perfusion Pressure/CPP), dan memicu edema sitotoksik serta vasogenik di sekeliling massa hematoma (Czarniak & Kami, 2023; Tadi & Lui, 2023). Apabila penanganan tidak dilakukan secara adekuat, area penumbra iskemik di sekitar area perdarahan akan meluas dan mengalami nekrosis ireversibel, yang berpotensi memicu komplikasi fatal seperti asfiksia seluler serebral, kejang, hingga kematian jaringan otak permanen (Maida et al., 2024; Unnithan & Das, 2025).

Penulis berpendapat bahwa penetapan diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif sebagai prioritas utama berdasarkan hierarki keselamatan jiwa adalah tindakan keperawatan yang sangat tepat dan rasional. Pada pasien stroke hemoragik di ruang ICU, ancaman utama keselamatan jiwa terletak pada ketidakstabilan perfusi darah serebral akibat peningkatan TIK. Jika gangguan perfusi ini dibiarkan tanpa intervensi non-farmakologis maupun farmakologis yang terarah, maka kerusakan sel-sel otak akan memburuk secara progresif dan meningkatkan angka morbiditas serta mortalitas. Oleh sebab itu, semua rencana tindakan keperawatan harus difokuskan untuk mengoptimalkan perfusi serebral dan menstabilkan oksigenasi jaringan otak.

4.3 Intervensi Keperawatan

Rencana intervensi keperawatan yang disusun untuk Ny. Y dirancang untuk pelaksanaan selama 3 x 24 jam dengan merujuk pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) dan Pemantauan Neurologis (I.02066). Perencanaan ini dikembangkan melalui pendekatan Evidence-Based Practice (EBP) yang mengombinasikan tindakan mandiri keperawatan berupa pemberian posisi *Head Up 30°* secara kontinu, pertahanan posisi kepala dan leher netral, serta kolaborasi terapi oksigenasi Non-Rebreathing Mask (NRM) 12 LPM pada hari pertama yang kemudian dialihkan ke Simple Mask (SM) 8 LPM pada hari kedua dan ketiga. Selain itu, disusun pula intervensi kolaborasi pemberian cairan IV Infus PZ Satoria 2000 cc/24 jam, medikasi IV (Inj. Ceftriaxone 3x1g, Santagesik 3x1 amp, Ondansetron 8mg 3x1 amp, Ranitidin 2x1 amp, Phenytoin 3x100mg), serta obat oral via NGT berupa Candesartan 16 mg.

Menurut panduan klinis terbaru AHA/ASA *Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Stroke* serta literatur keperawatan kritis, pemeliharaan posisi tempat tidur dengan elevasi kepala 30° (*Head Up 30°*) memainkan peran fisiologis esensial dalam memfasilitasi drainase vena serebral (venous return) dari otak menuju vena jugularis dan atrium kanan

jantung melalui gaya gravitasi (Prabhakaran et al., 2026; Fitriani et al., 2026). Elevasi kepala 30° secara signifikan menurunkan tekanan intrakranial (TIK) tanpa mengurangi tekanan arterial rata-rata (MAP) atau menurunkan aliran darah arteri serebral, sehingga tekanan perfusi serebral (CPP) tetap terjaga optimal (Trisila et al., 2022; Khasanah et al., 2024). Di samping itu, pemberian terapi oksigenasi NRM 12 LPM yang mampu memberikan konsentrasi oksigen (FiO₂) hingga 60-100% terbukti secara klinis mengatasi hipoksemia jaringan, memelihara saturasi oksigen (SpO₂) pada rentang optimal 95-100%, serta mencegah cedera otak sekunder akibat hipoksia seluler (Aini et al., 2024; Santama et al., 2025).

Penulis berpendapat bahwa pemilihan kombinasi posisi *Head Up* 30° dan terapi oksigenasi NRM merupakan strategi keperawatan mandiri yang sangat efektif, aman, dan efisien untuk pasien stroke hemoragik di ruang intensif. Penerapan posisi *Head Up* 30° dengan leher posisi netral secara mekanis mencegah tekukan vena jugularis sehingga aliran darah balik serebral lancar dan TIK menurun. Sementara itu, pemberian oksigenasi NRM memastikan bahwa setiap volume darah yang mengalir ke parenkim otak yang cedera mengandung kadar oksigen yang melimpah. Kombinasi kedua tindakan berbasis bukti ini bekerja secara sinergis untuk melindungi jaringan penumbra otak dari kerusakan lebih lanjut.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan pada Ny. Y dilakukan secara intensif selama 3 x 24 jam di ICU II RSI Sakinah Mojokerto. Pada hari ke-1 (19 Juli 2026), perawat memonitor TTV, memberikan posisi *Head Up* 30°, dan memasang O₂ NRM 12 LPM. Hasilnya, SpO₂ mencapai 100%, TD 169/77 mmHg (MAP 107 mmHg), Nadi 60 x/menit, RR 14 x/menit, dan kesadaran somnolen (GCS E3V1M5). Pada hari ke-2 (20 Juli 2026), posisi *Head Up* 30° dipertahankan secara konsisten dan oksigen dialihkan ke Simple Mask 8 LPM. Terjadi perbaikan kondisi di mana TD menurun menjadi 150/80 mmHg (MAP 103 mmHg), Nadi 64 x/menit, RR 18 x/menit, dan SpO₂ stabil pada 99%. Pada hari ke-3 (21 Juli 2026), hasil

evaluasi implementasi menunjukkan perkembangan klinis membaik ditandai dengan peningkatan kesadaran menjadi GCS E3V2M5 (pasien tampak lebih tenang dan ada respon suara bergumam/erangan minimal saat dipanggil), TD 145/80 mmHg (MAP 102 mmHg), Nadi 72 x/menit, RR 16 x/menit, dan SpO2 stabil pada angka 99%-100%.

Penerapan posisi *Head Up* 30° dan terapi oksigenasi secara terus-menerus memberikan dampak fisiologis langsung terhadap stabilitas hemodinamik dan perfusi serebral. Penurunan tekanan darah sistolik dan MAP secara bertahap dari 107 mmHg menjadi 102 mmHg mengurangi stres dinding pembuluh darah serebral dan menekan risiko perluasan massa hematoma (hematoma expansion) pada stroke hemoragik (Unnithan & Das, 2025). Hasil studi oleh Fitriani et al. (2026) serta Santama et al. (2025) membuktikan bahwa pemberian posisi *Head Up* 30° selama 3 hari berturut-turut pada pasien stroke mampu menurunkan tekanan darah, menurunkan TIK, dan meningkatkan nilai saturasi oksigen hingga 99-100%, yang secara klinis ditandai dengan peningkatan skor GCS dan perbaikan respon neurologis pasien.

Penulis berpendapat bahwa penurunan nilai MAP dari 107 mmHg menjadi 102 mmHg yang disertai peningkatan respon GCS verbal dari V1 menjadi V2 pada Ny. Y membuktikan efektivitas klinis dari intervensi *Head Up* 30° dan terapi oksigenasi. Keberhasilan implementasi ini dipengaruhi oleh konsistensi perawat dalam mempertahankan posisi elevasi kepala 30° serta pemantauan hemodinamik yang ketat di ICU. Kombinasi intervensi ini terbukti mampu mengendalikan tekanan intrakranial, memperbaiki aliran darah serebral, dan memberikan suplai oksigenasi adekuat ke sel-sel otak tanpa menimbulkan efek samping yang merugikan pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada hari ketiga (22 Juli 2026) menunjukkan bahwa masalah keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada Ny. Y teratasi sebagian menuju kriteria hasil yang optimal. Kriteria hasil yang berhasil dicapai meliputi peningkatan tingkat kesadaran

(GCS E3V2M5 dengan respon bergumam minimal), penurunan gelisah, perbaikan dan kestabilan nilai rata-rata tekanan darah/MAP (TD 145/80 mmHg, MAP 102 mmHg), serta kestabilan saturasi oksigen pada rentang 99%-100%. Meskipun demikian, diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi penuh karena pemulihan defisit motorik (hemiparese dextra) dan pemulihan fungsi saraf kranial masih memerlukan waktu rehabilitasi klinis yang panjang.

Pemulihan struktur jaringan otak pasca-perdarahan intraserebral merupakan proses neuroplastisitas kompleks yang membutuhkan waktu bertahap dan rehabilitasi berkelanjutan (Feigin et al., 2025; Nursalam, 2021). Menurut Strijbos et al. (2023) serta Brown & Taylor (2025), pencapaian status hemodinamik yang stabil, kontrol MAP yang adekuat, dan kestabilan saturasi oksigen di ruang perawatan intensif merupakan indikator klinis utama terhindarnya pasien dari risiko herniasi serebral dan iskemia sekunder. Kestabilan parameter ini menjadi landasan keselamatan penting bagi pemulihan neurologis pasien pasca-fase kritis stroke.

Penulis menyimpulkan bahwa meskipun pemulihan fisik ekstremitas dan respon bicara pasien belum kembali normal sepenuhnya, penerapan intervensi *Head Up 30°* dan terapi oksigenasi selama tiga hari telah memberikan hasil nyata dalam mempertahankan perfusi serebral Ny. Y. Intervensi ini berhasil mencegah terjadinya edema serebral berat dan perburukan TIK selama fase akut perdarahan intraserebral. Oleh karena itu, intervensi keperawatan pemeliharaan posisi *Head Up 30°*, pemantauan TTV/MAP, dan oksigenasi adekuat perlu dipertahankan dan dilanjutkan secara konsisten di ruang perawatan intensif.

4.6 Implikasi Keperawatan

Hasil analisis pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. Y memberikan beberapa implikasi penting bagi praktik keperawatan klinis, khususnya di unit gawat darurat dan ruang perawatan intensif (ICU). Penerapan intervensi non-farmakologis mandiri berupa posisi *Head Up 30°* dan terapi oksigenasi berkonsentrasi tinggi terbukti secara klinis

memberikan kontribusi positif dalam menstabilkan tekanan darah, mengontrol nilai MAP, menjaga saturasi oksigen optimal (99-100%), serta meminimalkan risiko iskemia serebral sekunder pada pasien CVA ICH.

Praktik keperawatan berbasis bukti (*Evidence-Based Nursing Practice*) menuntut perawat di area kritis untuk menerapkan tindakan fisik yang aman, terstandar, serta didukung oleh bukti ilmiah yang kuat (Potter et al., 2023; Madu et al., 2025). Pengaturan posisi *Head Up 30°* dan manajemen oksigenasi merupakan bentuk tindakan mandiri keperawatan yang efisien, non-invasif, dan kaya manfaat dalam mendukung keselamatan pasien (*patient safety*) serta mencegah komplikasi neurologis yang lebih berat di rumah sakit (Santama et al., 2025).

Penulis berpendapat bahwa hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini memberikan implikasi praktis bagi rumah sakit untuk menginternalisasi posisi *Head Up 30°* dan terapi oksigenasi sebagai bagian wajib dari Standar Operasional Prosedur (SOP) asuhan keperawatan stroke akut di ICU. Selain itu, perawat juga memegang peran vital sebagai edukator bagi keluarga pasien untuk selalu menjaga posisi kepala pasien tetap elevasi 30° dan netral guna mendukung proses pemulihan perfusi jaringan otak secara optimal.

