



JURNAL KEPERAWATAN SISTHANA

Halaman Jurnal: <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id/index.php/SISTHANA>

Halaman UTAMA: <https://jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id>



EFEKTIVITAS IMPLEMENTASI HEAD UP 30° PADA PASIEN STROKE HEMORAGIK TERHADAP PENURUNAN TEKANAN INTRAKRANIAL

Cici Fitriani^a, Rizky Gumilang Pahlawan^b, Istianah^c, Lisbet Octovia Manalu^d

^{a,b,c} Program Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Institut Kesehatan Rajawali,

email : cicifitriani102@gmail.com

ABSTRACT

Stroke is a disease characterized by blockage or rupture of blood vessels in the brain, which can cause disruption of cerebral blood flow. This hemorrhage leads to an increase in intracranial pressure (ICP). One of the recommended nursing interventions to reduce ICP and improve cerebral perfusion is the 30° head-up position to enhance venous return, improve brain tissue oxygenation, and help stabilize cerebral perfusion. Objective : To analyze nursing care provided to Mrs. M with nervous system impairment due to hemorrhagic stroke through the 30° head-up positioning intervention in reducing intracranial pressure. Methods : This study employed a case study method involving assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. Data were collected through interviews, observation, and review of health care documentation. Results : After five days of nursing care focused on reducing intracranial pressure through the 30° head-up positioning intervention, significant improvements were observed. These included an increased level of consciousness to compos mentis, decreased blood pressure, absence of vomiting, normal breathing pattern, no additional breath sounds, and increased oxygen saturation (SpO₂). Conclusion: The 30° head-up positioning intervention is effective in reducing intracranial pressure in patients with hemorrhagic stroke, especially when accompanied by other nursing interventions and performed continuously.

Keywords : Hemorrhagic Stroke, Intracranial Pressure, Head Up 30°

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit yang ditandai dengan penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke otak. Perdarahan ini menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Salah satu intervensi keperawatan yang direkomendasikan untuk menurunkan TIK dan meningkatkan perfusi serebral adalah posisi head-up 30° untuk meningkatkan aliran balik vena, memperbaiki oksigenasi jaringan otak, serta membantu menstabilkan perfusi serebral. Tujuan : Menganalisis asuhan keperawatan pada Ny. M dengan gangguan sistem persyarafan akibat stroke hemoragik melalui intervensi posisi head-up 30° terhadap penurunan tekanan intrakranial. Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi kasus pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, serta dokumentasi pelayanan kesehatan. Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari dengan fokus pada penurunan tekanan intrakranial melalui intervensi posisi head-up 30°, diperoleh hasil yang efektif. Hal ini ditandai dengan peningkatan tingkat kesadaran menjadi compos mentis, penurunan tekanan darah, tidak adanya muntah, pola napas normal, tidak ditemukan bunyi napas tambahan, peningkatan saturasi oksigen (SpO₂). Kesimpulan : Intervensi posisi head up 30° efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial pada pasien stroke hemoragik, terutama apabila disertai dengan intervensi keperawatan lainnya dan dilakukan secara berkelanjutan.

Kata Kunci : Stroke Hemoragik, Tekanan Intrakranial, Head Up 30°

1. PENDAHULUAN

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian dari otak [1]. Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai gejala tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh gangguan serebrovaskular. Stroke atau cedera serebrovaskular adalah suatu kondisi dimana otak kehilangan fungsi akibat terhentinya atau berkurangnya suplai darah [2]. Secara umum stroke terbagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik memiliki persentase yang lebih tinggi daripada stroke hemoragik, yaitu sebesar 87% sedangkan sisanya merupakan perdarahan intraserebral dan subaraknoid. Stroke iskemik diakibatkan oleh penyumbatan pada aliran darah akibat dari trombusis maupun emboli [3] Sementara itu, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan merembes ke suatu area otak dan merusak daerah otak tersebut. Stroke hemoragik memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi daripada stroke iskemik [4].

Salah satu jenis stroke yang memiliki tingkat mortalitas dan morbiditas tinggi adalah stroke hemoragik. Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di dalam atau di sekitar parenkim otak yang menyebabkan terhentinya suplai darah ke jaringan otak yang dituju. Selain itu, darah yang menggenangi parenkim otak dapat mengganggu bahkan menghentikan fungsi jaringan otak yang terdampak [5]. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain hipertensi kronis, aneurisma serebral, serta malformasi arteri vena [6].

Perdarahan intrakranial menjadi penyebab kematian lebih besar dari 50%. Semua perdarahan intrakranial yang fatal terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah tindakan. Penyebaran gumpalan dari perdarahan intrakranial bisa merusak jaringan otak. Tekanan dari gumpalan tersebut juga mengganggu aliran darah dan menyebabkan iskemia tambahan. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) terjadi karena gumpalan darah memenuhi ruang dan sekeliling jaringan edema iskemia, serta dapat mengarah kepada kondisi isi intrakranial berpindah melewati garis tengah, kemungkinan terjadi hernia pada batang otak, dan kematian [1].

Penanganan stroke hemoragik memerlukan intervensi yang cepat dan tepat, terutama dalam upaya stabilisasi hemodinamik serta pengendalian tekanan intrakranial sedini mungkin [7]. Dalam kasus stroke hemoragik disertai peningkatan tekanan intrakranial ini diperlukan intervensi keperawatan yang mampu mendukung penurunan tekanan intrakranial serta mempertahankan perfusi dan oksigenasi jaringan otak secara optimal pada pasien stroke hemoragik salah satunya dengan memberikan intervensi head up 30° serta pemantauan tanda tanda peningkatan TIK.

2. TINJAUAN PUSTAKA

Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah didalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-riang jaringan sel didalam otak. Penyebab utama stroke hemoragik adalah hipertensi, yang dapat melemahkan arteri di otak dan membuatnya pecah. Hipertensi ini yang merupakan resiko terbesar terjadinya stroke hemoragik [8]. Stroke hemoragik dapat dibagi lagi menjadi perdarahan intraserebral (ICH) dan perdarahan subaraknoid (SAH). ICH adalah perdarahan ke dalam parenkim otak, dan SAH adalah perdarahan ke dalam ruang subaraknoid. Stroke hemoragik dikaitkan dengan morbiditas yang parah dan mortalitas yang tinggi. Perkembangan stroke hemoragik dikaitkan dengan hasil yang lebih buruk. Mortalitas 30 hari tetap sekitar 30% hingga 40%, dan setengah dari semua kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Diagnosis dan pengobatan dini sangat penting, mengingat biasanya terjadi perluasan perdarahan yang cepat, yang menyebabkan penurunan kesadaran secara tiba-tiba dan disfungsi neurologis.

Hipertensi adalah penyebab utama stroke hemoragik. Tekanan arteri tinggi kronis mendorong protein plasma ke dinding arteriol, menyebabkan arteriosklerosis hialin. Seiring waktu, hipertensi menyebabkan degenerasi media, ruptur lamina elastis, dan fragmentasi otot polos arteri. Pengamatan pada arteriol meliputi lipohialinosis, nekrosis fibrinoid subendotelium, mikroaneurisma, dan dilatasi fokal; mikroaneurisma dikenal sebagai aneurisma Charcot-Bouchard. Lokasi umum perdarahan intraserebral terkait hipertensi adalah arteri penetrasi kecil yang berasal dari arteri basilar, anterior, tengah, atau posterior serebral. Cabang arteri kecil ini, berdiameter 50 hingga 700 µm, seringkali memiliki beberapa titik ruptur yang terkait dengan lapisan trombosit dan gumpalan fibrin. Perubahan hipertensi biasanya menyebabkan perdarahan intraserebral

nonlobar. Selain itu, eklampsia dapat menyebabkan perdarahan intrakranial (ICH) karena hilangnya autoregulasi serebrovaskular; hal ini lebih sering mengakibatkan Sindrom Ensefalopati Reversibel Posterior (PRES) dan edema vasogenik, tetapi perdarahan intraserebral juga dapat terjadi [9].

Perdarahan intraserebral yang diakibatkan hipertensi berdampak langsung terhadap peningkatan tekanan intrakranial dan gangguan perfusi serebral. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak tertangani dapat memperparah kerusakan jaringan otak dan menurunkan tingkat kesadaran pasien. Oleh karena itu, berbagai intervensi keperawatan dikembangkan untuk membantu mengurangi tekanan intrakranial dan mengoptimalkan aliran darah serebral. Salah satu intervensi keperawatan yang direkomendasikan dalam keperawatan gawat darurat dan kritis adalah pemberian posisi head up 30°. Posisi kepala yang lebih tinggi dari jantung dapat mempermudah aliran balik vena dari otak ke jantung, sehingga membantu menurunkan tekanan intrakranial dan menjaga sirkulasi darah di area kepala tetap adekuat [10]

Posisi head up 30° banyak diterapkan pada pasien stroke hemoragik dengan tujuan mengoptimalkan venous return ke jantung, sehingga dapat mengurangi edema intraserebral akibat perdarahan. Selain itu, posisi ini berperan dalam meningkatkan metabolisme jaringan serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga mendukung perbaikan fungsi otak secara bertahap [11]

Hasil dari penelitian [12] menunjukkan bahwa penerapan posisi head up 30° dapat meningkatkan GCS dari sebelum diberikan intervensi head up 30° nilai GCS 6 setelah diberikan intervensi selama 4 hari nilai GCS meningkat jadi 9. Hasil penelitian yang dilakukan oleh [13] juga menunjukkan bahwa penerapan posisi head up 30° dapat meningkatkan tingkat kesadaran pasien stroke hemoragik, dari kondisi apatis menjadi compos mentis. Peningkatan kesadaran ini dikaitkan dengan efektivitas posisi head up 30° dalam memfasilitasi aliran balik vena serebral. Penelitian [2] juga menyatakan bahwa Penerapan evidence based practice nursing yaitu pemberian posisi head up 30° terbukti efektif dalam menaikkan kadar saturasi pasien stroke hemoragik yang meningkat dari 94-98%. Penelitian [14] menyatakan bahwa posisi head up 30° dapat memaksimalkan venous return, melancarkan aliran darah serebral, meningkatkan metabolisme jaringan otak, serta mengoptimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga mendukung pemulihan fungsi neurologis pasien secara bertahap

3. METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi dan evaluasi. Subjek pada penelitian ini adalah pasien Ny. M dengan stroke hemoragik yang dirawat di ruang ICU, penelitian dilakukan selama 5 hari dari mulai pengkajian sampai evaluasi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan keluarga pasien, dengan perawat, observasi langsung terhadap kondisi pasien, serta telaah dokumentasi pelayanan kesehatan yang relevan dan sudah disetujui oleh pihak pelayanan kesehatan dan keluarga.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh pada Ny. M, tingkat kesadaran pasien berada pada kondisi sopor dengan nilai GCS 5 (E1V2M2). Pasien terpasang oropharyngeal airway (OPA) dan non-rebreathing mask (NRM) dengan aliran oksigen 15 lpm. Pasien juga terpasang kateter urin dan nasogastric tube (NGT), disertai muntah sebanyak ±100 cc dalam 8 jam, dengan output urin 150 cc dalam 8 jam. Pada pemeriksaan sistem pernapasan, terdengar suara napas tambahan berupa ronki. Pasien tampak sesak dengan pola napas abnormal (takipnea), disertai pernapasan cuping hidung dan retraksi interkostal. Keadaan umum pasien tampak lemah, serta ditemukan kekakuan pada tubuh bagian kanan.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 178/93 mmHg, nadi 56 kali/menit, frekuensi napas 28 kali/menit, suhu tubuh 37,3°C, dan saturasi oksigen 97% dengan penggunaan NRM. Indeks Massa Tubuh (IMT) pasien adalah 24,97. Berdasarkan hasil pengkajian keluarga, pasien memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Dari data pengkajian tersebut, ditetapkan empat diagnosa keperawatan prioritas, yaitu: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran, bradikardi, dan peningkatan tekanan darah. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, ditandai dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, dan adanya suara napas tambahan (ronki). Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, ditandai dengan penurunan kekuatan otot dan hemiparesis.

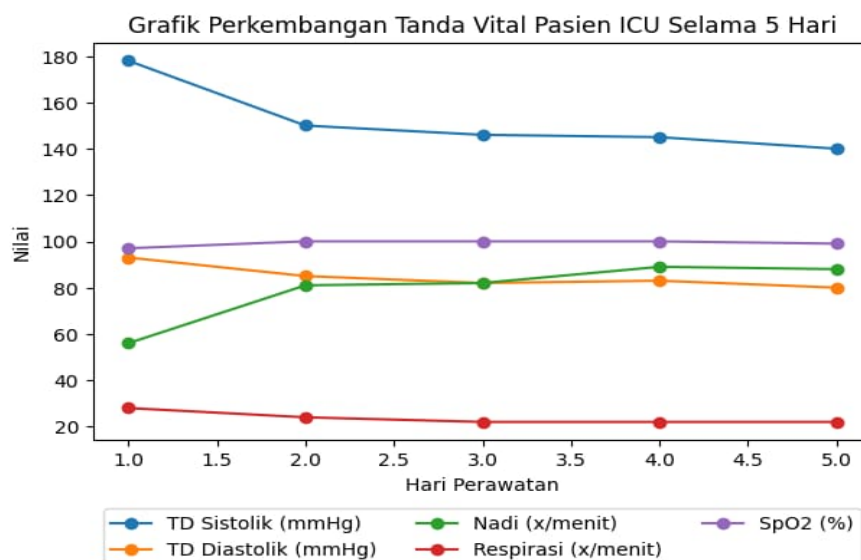
Intervensi keperawatan yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan. Pada diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial, intervensi yang diberikan adalah manajemen tekanan intrakranial, meliputi observasi tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan tingkat kesadaran, pemantauan Mean Arterial Pressure (MAP), observasi status pernapasan dan adanya bradikardi, serta pemantauan intake dan output cairan. Selain itu, pasien diposisikan head up 30° untuk membantu aliran balik vena serebral. Intervensi ini juga dikolaborasikan dengan pemberian terapi cairan diuretik seperti manitol sesuai indikasi medis.

Pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif, intervensi yang dilakukan adalah manajemen jalan napas, meliputi observasi pola napas pasien, pemantauan bunyi napas tambahan, pemberian posisi head up 30°, serta tindakan penghisapan lendir (suction) dengan durasi kurang dari 15 detik. Selain itu, pasien diberikan terapi oksigen untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigenasi.

Pada diagnosa pola napas tidak efektif, intervensi keperawatan yang diberikan juga berupa manajemen jalan napas, yaitu dengan memantau pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas), memonitor bunyi napas tambahan, memposisikan pasien head up 30°, memberikan terapi oksigen, serta memastikan ketersediaan dan fungsi alat oksigen dengan baik.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, intervensi yang dilakukan adalah dukungan mobilisasi, meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pemantauan frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, serta pemantauan kondisi umum pasien selama aktivitas mobilisasi. Perawat juga memfasilitasi mobilisasi dengan menggunakan alat bantu seperti pagar tempat tidur, menganjurkan mobilisasi dini sesuai kemampuan pasien, serta mengajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan secara bertahap.

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Pelaksanaan asuhan keperawatan difokuskan pada pemberian posisi head up 30°, pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan tingkat kesadaran, identifikasi adanya muntah, serta tindakan penghisapan lendir (suction) untuk menjaga patensi jalan napas. Selain itu, edukasi juga diberikan kepada keluarga mengenai latihan Range of Motion (ROM) untuk membantu mencegah kekakuan sendi dan mempertahankan fungsi ekstremitas pasien.



Gambar 1. Grafik Hasil intervensi Head Up 30°

Hasil evaluasi menunjukkan kondisi hemodinamik pasien relatif stabil. Tekanan darah masih dalam batas tinggi namun terkontrol, serta saturasi oksigen dapat dipertahankan dalam rentang normal (SpO₂ 99–100%)

dengan bantuan oksigen. Pola pernapasan tampak teratur dan tidak ditemukan tanda-tanda distress napas akut. Output urine adekuat, tidak terdapat muntah, dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Fungsi neurologis pasien menunjukkan perbaikan yang bermakna, ditandai dengan peningkatan tingkat kesadaran menjadi *compos mentis*. Kondisi hemiplegia sisi kanan juga menunjukkan perbaikan secara bertahap, dengan peningkatan kemampuan gerak dan rentang gerak yang berada dalam fase pemulihan.

Dalam mendukung keberlanjutan asuhan keperawatan, home visit menjadi bagian penting dalam perawatan lanjutan pasien stroke. Home visit bertujuan untuk memantau kondisi pasien secara berkala, mengevaluasi kemampuan fungsional, serta memastikan latihan ROM dan mobilisasi dilakukan dengan benar dan konsisten di rumah. Pada pelaksanaan home visit, dilakukan edukasi dan demonstrasi latihan ROM pasif dan aktif kepada keluarga, dengan penekanan pada pentingnya mobilisasi dini yang teratur dan bertahap untuk mencegah kekakuan sendi, dekubitus, serta mempercepat pemulihan fungsi. Dilakukan panduan sederhana agar keluarga dapat melanjutkan latihan secara mandiri di rumah, minimal dua hingga tiga kali sehari dengan durasi 15–20 menit per sesi, disesuaikan dengan kondisi fisik klien. Dalam buku Brunner & Suddarth's *Textbook of Medical-Surgical Nursing* menjelaskan bahwa latihan ROM yang dilakukan secara rutin dapat membantu mengurangi kekakuan otot, mempertahankan fleksibilitas sendi, serta mencegah terjadinya kontraktur dan atrofi otot akibat imobilisasi.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. M dengan stroke hemoragik, ditemukan kesesuaian antara tinjauan teoritis dan kondisi kasus. Stroke hemoragik yang dialami pasien disebabkan oleh riwayat hipertensi yang tidak terkontrol. Hal ini sejalan dengan pendapat [6] yang menyatakan bahwa stroke hemoragik umumnya disebabkan oleh hipertensi kronis, aneurisma serebral, atau malformasi arteri vena. Pada kasus Ny. M, pasien mengalami penurunan tingkat kesadaran, peningkatan tekanan darah, serta muntah, yang merupakan tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial pada stroke hemoragik dapat menimbulkan sakit kepala, muntah, dan penurunan derajat kesadaran. Apabila tidak disertai mekanisme kompensasi yang adekuat, peningkatan tekanan intrakranial dapat menyebabkan herniasi otak serta kerusakan jaringan otak yang bersifat ireversibel. Sebagai respons kompensasi, tubuh berusaha meningkatkan tekanan darah sistemik guna mempertahankan perfusi serebral [15].

Diagnosa utama yang ditegakkan pada Ny. M adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial, yang ditandai dengan penurunan kesadaran, bradikardi, peningkatan tekanan darah, serta muntah. Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena berkaitan langsung dengan fungsi vital otak. Apabila tekanan intrakranial terus meningkat dan melebihi tekanan perfusi serebral, maka suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak akan terganggu, sehingga dapat menyebabkan iskemia hingga kematian sel saraf. Selain itu, ditemukan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif dan pola napas tidak efektif. Kondisi ini terjadi akibat penumpukan sekret yang menimbulkan suara napas tambahan dan menghambat jalan napas, sehingga frekuensi serta pola pernapasan menjadi tidak normal. Penurunan tingkat kesadaran menyebabkan pasien tidak mampu melakukan batuk efektif dan mengeluarkan sekret secara mandiri. Pecahnya pembuluh darah di otak juga mengganggu aliran darah serebral, sehingga pasokan oksigen ke otak berkurang. Akibatnya, banyak pasien stroke mengalami gangguan pernapasan atau oksigenasi karena suplai oksigen ke otak yang tidak adekuat. Diagnosa gangguan mobilitas fisik pada Ny. M terjadi akibat kelumpuhan yang disebabkan oleh kerusakan pada area motorik korteks frontal, sehingga pasien mengalami penurunan kekuatan otot dan keterbatasan gerak.

Intervensi dan implementasi keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) [16] dengan fokus utama pada penurunan tekanan intrakranial. Salah satu intervensi yang diterapkan adalah posisi head up 30°, yang bertujuan untuk memfasilitasi aliran balik vena serebral sehingga dapat membantu menurunkan tekanan intrakranial dan mempertahankan perfusi otak secara optimal.

Implementasi keperawatan dilakukan secara berkala dan dikolaborasi dengan pemantauan tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, intake dan output cairan, observasi suara napas tambahan, serta pemantauan status neurologis pasien. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana intervensi keperawatan dengan memprioritaskan pemberian posisi head up 30°. Posisi head up 30° bertujuan untuk mengoptimalkan venous return (aliran balik vena) ke jantung, sehingga dapat membantu mengurangi edema intraselebral akibat perdarahan. Selain itu, posisi ini berperan dalam meningkatkan metabolisme jaringan serebral serta memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, sehingga fungsi otak dapat bekerja kembali secara lebih optimal.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa penerapan posisi head up 30° memberikan dampak positif terhadap kondisi pasien. Pasien tampak lebih stabil, tingkat kesadaran menunjukkan perbaikan secara bertahap, tanda-tanda vital mulai stabil, serta tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial mengalami penurunan. Hasil ini sejalan dengan teori [1] yang menyatakan bahwa posisi head up 30° efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial dan memfasilitasi aliran vena serebral.

Pada fase pemulihan melalui pelaksanaan home visit yang berfokus pada latihan ROM dan mobilisasi. Latihan Range Of Motion merupakan latihan yang difokuskan pada upaya menjaga serta meningkatkan kelenturan dan kekuatan otot. Latihan ini memiliki peran penting dalam mencegah komplikasi, kekakuan sekaligus mempertahankan fungsi sendi agar tetap baik serta meningkatkan kemandirian pasien. [17]. Ada dua jenis ROM, yaitu ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif dilakukan dengan menggerakkan sendi menggunakan kekuatan otot secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Sementara ROM pasif dilakukan dengan bantuan perawat atau keluarga yang menggerakkan pasien. Dalam keperawatan latihan ROM menjadi salah satu intervensi untuk mencegah terjadinya kecacatan dan membantu mengembalikan fungsi anggota gerak yang mengalami kekakuan [18]

Latihan ini tidak hanya berfungsi sebagai tindak lanjut kontrol kondisi pasien setelah masa perawatan di rumah sakit, tetapi juga menjadi langkah penting dalam pelaksanaan program rehabilitasi fisik lanjutan di rumah. Salah satu fokus utama dalam home visit ini adalah latihan *Range Of Motion* (ROM) dan dilakukan secara berkala sesuai kemampuan pasien. Latihan ini tidak hanya membantu otot untuk memperbaiki diri dari kekakuan dan kelemahan, tetapi juga berperan penting dalam mencegah komplikasi jangka panjang, seperti kontraktur sendi (kekakuan sendi permanen), atrofi otot (pengcilan otot karena tidak digunakan), dan gangguan sirkulasi darah. Studi dan laporan kasus keperawatan menunjukkan bahwa latihan ROM secara teratur dapat meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekakuan otot pada pasien stroke, baik hemoragik maupun iskemik. ROM yang dilakukan secara aktif maupun pasif dengan intens terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan otot untuk berkontraksi dan berkoordinasi [19]

Dalam buku dalam Medical-Surgical Nursing [20] menyatakan mobilisasi dini dan terkontrol pada pasien stroke berperan dalam meningkatkan sirkulasi darah, memperbaiki fungsi neuromuskular, serta mencegah komplikasi seperti atrofi otot dan dekubitus. Latihan ROM yang konsisten membantu memulihkan fungsi sendi, mempertahankan fleksibilitas otot, serta memfasilitasi pemulihan kemampuan motorik pasien untuk bergerak lebih mandiri dalam menjalani aktivitas sehari-hari setelah stroke.

Home visit yang pertama yaitu melakukan edukasi terhadap pasien dan keluarga terkait Range Of Motion (ROM) edukasi ini dilakukan agar pasien dan keluarga memahami pentingnya ROM dan manfaat ROM untuk proses pemulihan pada pasien stroke dan melakukan ROM itu sendiri di rumah. Keluarga juga diberikan edukasi terkait latihan ROM agar membantu keluarga memahami teknik yang tepat untuk melakukan dan membantu klien saat latihan ini. Edukasi yang diberikan yaitu mengenai frekuensi, durasi, manfaat dari latihan ROM, jenis latihan yang sesuai dengan tingkat kemampuan pasien serta cara menyesuaikan latihan saat menghadapi batasan tertentu seperti rasa nyeri atau kelelahan. Hal ini sangat penting dilakukan karena keberhasilan rehabilitasi sangat bergantung pada partisipasi aktif pasien dan keterlibatan keluarga dalam menjaga konsistensi latihan di rumah. Pertemuan selanjutnya dilakukan penilaian kemampuan pasien melakukan latihan ROM dan mobilisasi. Ini dilakukan untuk menilai perkembangan motorik dan kemampuan pasien yang telah dilakukan secara berkala dari hari kehari.

Dengan demikian, home visit yang dilakukan secara terstruktur dan fokus pada latihan ROM serta mobilisasi tidak hanya dapat membantu proses pemulihan fisik pasien setelah fase akut, tetapi juga mendukung peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh. Integrasi kembali pasien ke dalam aktivitas normal, dan pencegahan kecacatan permanen yang sering terkait dengan stroke. Latihan ini merupakan bagian dari rehabilitasi yang berkesinambungan dan harus dilakukan terus menerus oleh pasien dan keluarga di rumah untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Pada fase akhir pemulihan melalui pelaksanaan home visit yang berfokus pada latihan ROM dan mobilisasi tidak hanya membantu otot memperbaiki diri dari kekakuan, tetapi juga berperan dalam mencegah komplikasi jangka panjang, meningkatkan fungsi motorik, serta mendukung kualitas hidup pasien stroke secara keseluruhan [20] dalam Medical-Surgical Nursing menyatakan mobilisasi dini dan terkontrol pada

pasien stroke berperan dalam meningkatkan sirkulasi darah, memperbaiki fungsi neuromuskular, serta mencegah komplikasi seperti atrofi otot dan dekubitus. Mobilisasi yang dilakukan secara konsisten di rumah dapat membantu pasien meningkatkan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa penerapan intervensi posisi head up 30° terbukti efektif dalam menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial pada Ny. M dengan stroke hemoragik. Intervensi ini memberikan manfaat nyata dalam stabilisasi hemodinamik, perbaikan tingkat kesadaran, serta optimalisasi perfusi dan oksigenasi serebral. Oleh karena itu, posisi head up 30° dapat terpakai dan dijadikan sebagai salah satu intervensi keperawatan dalam penatalaksanaan pasien stroke hemoragik dengan peningkatan tekanan intrakranial.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Keseluruhan mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan stroke hemoragik dari segi tinjauan teoritis maupun kasus sebagai berikut : Pada tahap pengkajian klien dengan stroke hemoragik secara umum sesuai antara teori dan kasus. Ada beberapa masalah keperawatan yang diambil pada Ny. M yaitu : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial, bersihan jalan nafas tidak efektif, pola nafas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik. Dalam pelaksanaan intervensi, sebagian besar tindakan keperawatan telah dilakukan secara terencana dan sesuai kebutuhan klinis pasien. Intervensi keperawatan disini berfokus pada head up 30° dalam penurunan kapasitas adaptif intrakranial atau penurunan tekanan intrakranial yang terbukti efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial dan memperbaiki perfusi serebral.

Selain intervensi selama perawatan, pelaksanaan home visit juga memiliki peran penting dalam keberlanjutan asuhan keperawatan. Kunjungan rumah dilakukan untuk memantau perkembangan kondisi pasien setelah fase akut atau kritis di rumah sakit. Home visit ini juga dilakukan untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap terapi, serta memastikan lingkungan rumah mendukung proses pemulihan. Melalui home visit ini kita juga memberikan edukasi kepada keluarga mengenai perawatan pasien stroke di rumah, seperti mempertahankan posisi kepala saat tirah baring, latihan rentang gerak ROM untuk mencegah kekakuan sendi, mobilisasi untuk mencegah terjadinya dekubitus, pengaturan diet rendah garam untuk mengontrol hipertensi, serta pentingnya kepatuhan minum obat.

Kegiatan home visit juga membantu mengidentifikasi secara dini kemungkinan komplikasi seperti gangguan pernafasan, penurunan kesadaran, serta peningkatan tekanan darah yang tidak terkontrol. Dengan adanya pemantauan berkelanjutan dan dukungan keluarga yang kuat, proses rehabilitasi pasien dapat berjalan lebih optimal dan risiko kekambuhan maupun komplikasi dapat diminimalkan atau dicegah.

Hasil evaluasi menunjukkan tingkat keberhasilan yang signifikan, ditandai dengan adanya peningkatan kesadaran pasien dari sopor menjadi composmentis, penurunan tekanan darah, tidak ada muntah, pola nafas kembali normal, tidak terdengar bunyi nafas tambahan, serta saturasi oksigen yang stabil pada kisaran 98-99%. Tanda vital lainnya juga dalam batas normal untuk nadi 88 x/menit dan frekuensi nafas 22 x/menit. Selain itu pasien juga menunjukkan kemampuan untuk melakukan mobilisasi dan gerakan sederhana. Dengan demikian kombinasi intervensi asuhan keperawatan melalui penerapan posisi head up 30° selama perawatan dan tindak lanjut melalui home visit menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan stabilitas kondisi pasien serta mendukung proses pemulihan secara menyeluruh, baik dari aspek fisiologis maupun dukungan keluarga di lingkungan rumah. Intervensi head up 30° terbukti efektif dalam menurunkan tekanan intrakranial, terutama ketika dikolaborasikan dengan intervensi keperawatan lainnya pada pasien stroke hemoragik di ruang ICU.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk memilih intervensi lain dalam menangani pasien dengan stroke hemoragik, melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar agar hasil yang diperoleh lebih representatif dan dapat diterapkan secara umum, peneliti selanjutnya juga dapat melakukan observasi dalam waktu yang lebih panjang guna mengetahui dampak jangka panjang intervensi terhadap pemulihan fungsi neurologis dan kualitas hidup pasien. Dengan demikian diharapkan penelitian selanjutnya dapat memberikan kontribusi yang lebih signifikan dalam pengembangan praktik keperawatan khususnya dalam penatalaksanaan pasien dengan stroke hemoragik di ruang ICU.

5.2.2 Bagi Pasien Ny. M

Bagi pasien disarankan agar lebih waspada terhadap tanda-tanda awal stroke hemoragik, seperti sakit kepala hebat yang mendadak, kekakuan atau kelemahan pada satu sisi tubuh, dan gangguan bicara. Lakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mengontrol tekanan darah, patuhi pengobatan, lakukan latihan ROM secara berkala untuk mempercepat pemulihan serta terapkan pola hidup sehat seperti diet rendah garam agar risiko stroke berulang dapat dicegah.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak yang telah membantu penelitian ini, kepada dosen pembimbing, pihak RS yang telah memberikan izin, serta seluruh tim kesehatan di ruang ICU yang telah memberikan izin juga, bimbingan dan dukungan selama penelitian, serta terimakasih juga kepada pasien beserta keluarga atas ketersediaan dan kerja samanya selama proses keperawatan berlangsung. Semoga penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan praktik keperawatan yang lebih efektif dan berbasis eviden, khususnya pada pasien dengan stroke hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] J. M. Black and J. H. Hawks, *Keperawatan Medikal Bedah*, 8th ed. Salemba Medika, 2014.
- [2] Mustikarani Afiff and Mustofa Akhmad, "Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up," *J. unimus, nersmuda*, 2020, doi: 10.26714/nm.v1i2.5750.
- [3] I. P. P. Salman, Y. Haiga, and S. Wahyuni, "Perbedaan Diagnosis Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik dengan Hasil Transcranial Doppler di RSUP Dr. M. Djamil Padang," *Sci. J.*, vol. 1, pp. 393–402, 2022, [Online]. Available: <http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/5>
- [4] R. Safithri, J. H. Siregar, T. Makmur, and S. Veronica, "ANALISIS PERBEDAAN TEKANAN DARAH PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DAN STROKE HEMORAGIK DI RSU BINA KASIH MEDAN," *J. Kedokt. STM (Sains dan Teknol. Med.)*, vol. VIII, no. li, pp. 165–172, 2025, [Online]. Available: <https://jurnal.fk.uisu.ac.id/index.php/stm%0AJurnal>
- [5] V. D. Lestari, A. Tang, and M. Thahir, *Fisioterapi Neurologi Sistem Saraf Pusat*, 1st ed. makassar: Nasmedia, 2025.
- [6] L. R. Caplan, *Caplan's stroke : A Clinical Approach*. Elsevier/Saunders, 2009.
- [7] Brunner & Suddarth, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, 8th ed. Jakarta: EGC, 2013.
- [8] P. A. Setiawan, "DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA STROKE HEMORAGIK," *J. Med. Hutama*, vol. 03, no. 01, pp. 1660–1665, 2021.
- [9] A. K. A. U. Das and J. M., *Nationa Library Of Medicine Nationa Center Of Biotechnology Information Stroke Hemoragik*. StatPearls, 2025. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559173/>
- [10] Potter and Perry, *Fundamentals of Nursing*, 7th ed. 2017.
- [11] H. A. K. Hasan, *Buku Ajar Keperawatan Darurat*, 1st ed. Jakarta: Mahakarya Citra Utama, 2023.
- [12] A. Sulistiyawati, J. Fikri, and U. R. Jannah, "Penerapan Head Up 30° Position Untuk Mengatasi Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Pada Tn. R Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Igd Rsud Kota Bandung," *Adiguna Nurs. Jounra*, vol. 1, no. 1, pp. 9–16, 2025.
- [13] R. D. Hapsari and C. Janes, "Analisis Asuhan Keperawatan Menggunakan Intervensi Head Up 30 Derajat pada Pasien CVA Hemorrhagic dengan Masalah Penurunan Kapasitas Adaftif Intrakranial," 2024.
- [14] Y. S. Izzah and M. Achwandi, "Analisis Asuhan Keperawatan Pada Stroke Hemoragik Dengan Masalah Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial melalui Posisi Elevasi 30 Derajat di RSUD Bangil," 2023.
- [15] E. J. Corwin, *Buku Saku Patofisiologi (Handbook of Pathophysiology)*, 3rd ed. Jakarta: EGC, 2009.
- [16] T. P. S. D. PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, 1st ed. Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI, 2018.
- [17] K. D. Janwaryani, N. Made, D. Yunica, and G. B. Widiartana, "EFEKTIFITAS PEMBERIAN TERAPI RANGE OF MOTION (ROM) PADA PASIEN STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN," vol. 6, no. September, pp. 10139–10143, 2025.
- [18] S. D. Purba, B. Sidiq, I. K. Purba, E. Hutapea, K. L. Silalahi, and D. Sucahyo, "Efektivitas ROM (Range off Motion) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun

- 2021,” vol. 7, no. 1, 2022, doi: 10.30829/jumantik.v7i1.10952.
- [19] E. S. Wulan and S. Wahyuni, “PENGARUH RANGE OF MOTION (ROM) TERHADAP KEKUATAN OTOT PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT MARDI RAHAYU KUDUS,” *J. Profesi Keperawatan*, vol. 9, no. 2, pp. 62–79, 2022, [Online]. Available: <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id>
- [20] S. L. Lewis, L. Bucher, M. M. Heitkemper, and M. M. Harding, *Medical Surgical Nursing assessment and management clinical problems*, 10th ed. Belanda: Elsevier, 2017.