

## RISIKO KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT PADA KLIEN STROKE DI RUMAH SAKIT ISLAM JEMURSARI SURABAYA

Linda Nur Widiyanti\*

\*Klinik Rawat Inap Permata Gading Gresik

### ABSTRAK

Kerusakan integritas kulit merupakan komplikasi dari penyakit akibat gangguan persyarafan, injuri tulang belakang dan klien dengan penurunan kesadaran sedangkan stroke merupakan 10 penyakit terbanyak di masyarakat yang disebabkan oleh beberapa faktor dan dapat terjadi secara berulang kali atau kekambuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan melakukan observasi terhadap klien. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien stroke yang di rawat di Ruang Azzara 1 Rumah Sakit Jemursari Surabaya dengan besar sampel 15 orang dengan menggunakan *accidental sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi terhadap klien stroke. Variable bebas dalam penelitian ini adalah klien kelumpuhan stroke variable terikat adalah risiko kerusakan integritas kulit

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 5 dari 15 klien stroke tidak ditemukan kelumpuhan baik wajah maupun ekstermitas, dan 4 klien masing –masing mengalami kelumpuhan hemiplegia dan monoplegia; 8 dari 15 klien stroke memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit , 5 klien berisiko sedang dan 2 klien berisiko tinggi . Klien stroke yang mengalami kelumpuhan cenderung berisiko tinggi mengalami kerusakan kulit dibandingkan dengan klien stroke yang tidak mengalami kelumpuhan. Disarankan klien stroke yang mengalami kelumpuhan dilakukan mobilisasi yang terjadual oleh tenaga kesehatan, dan pengkajian kulit untuk mendeteksi adanya kerusakan

Kata Kunci : Kerusakan integritas kulit, Stroke

## RISK OF LEATHER INTEGRITY DAMAGE IN STROKE CLIENTS IN ISLAMIC HOSPITAL JEMURSARI SURABAYA

Linda Nur Widiyanti

### ABSTRACT

Damage to skin integrity is a complication of diseases caused by neurological disorders, spinal injury and clients with decreased consciousness, while stroke is the 10 most common disease in society which is caused by several factors and can occur repeatedly or recur. This study aims to determine the risk of damage to skin integrity in the spleen stroke at the Jemursari Islamic Hospital, Surabaya.

This type of research is a descriptive study by observing clients. The population in this study were all stroke clients who were treated in the Azzara 1 Room at Jemursari Hospital Surabaya with a sample size of 15 people using accidental sampling. Data collection was carried out by observing stroke clients. The independent variable in this study was the client with stroke paralysis, the dependent variable was the risk of damage to skin integrity

The results of this study indicate that 5 out of 15 stroke clients had no facial or limb paralysis, and 4 clients each had hemiplegic and monoplegia paralysis; 8 out of 15 stroke clients had a low risk of damage to skin integrity, 5 clients were at moderate risk and 2 clients were at high risk. Stroke clients who experience paralysis tend to have a higher risk of skin damage compared to stroke clients who do not experience paralysis. It is recommended that stroke clients who are paralyzed should carry out scheduled mobilization by health personnel and skin assessments to detect any damage

Keywords: Damage to skin integrity, Stroke

### PENDAHULUAN

Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka. Luka dideskripsikan sebagai cedera fisik yang menyebabkan kerusakan kulit atau membran mukosa. Jenis luka yang paling umum

adalah luka trauma (tidak disengaja atau dibuat oleh diri sendiri), insisi bedah, dan beberapa jenis ulkus. Ulkus eksternal adalah defek atau kerusakan di kulit yang disebabkan oleh peluruhan jaringan inflamasi yang telah mati,

ulkus juga dapat terjadi dalam membran mukosa (Widiarti, Anastasia 2015).

Kerusakan integritas kulit jika di biarkan tanpa adanya perawatan yang khusus akan berkembang menjadi ulkus dekubitus yang merupakan masalah global, tidak hanya di negara berkembang tapi juga di negara – negara maju (Maryunani, 2015). Dekubitus juga akan memperpanjang lama perawatan sehingga akan meningkatkan biaya perawatan. Berdasarkan hasil survei di Amerika Serikat, biaya yang dibutuhkan untuk perawatan klien yang mengalami luka tekan berkisar antara 2000 – 11000 US\$ tergantung dari derajat luka tekan serta komplikasi yang di alami (NPUAP, EPUAP&PPPIA, 2014). Kerusakan integritas kulit jika dibiarkan akan menjadi luka dekubitus merupakan masalah serius yang sering terjadi pada klien klien yang mengalami gangguan mobilitasi seperti stroke (Maryunani, 2015).

Stroke merupakan sindroma klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa deficit neurologis fokal, atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Rendy, 2012). Menurut Muttaqin (2008), stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan kecacatan terutama kelumpuhan anggota gerak sebagai akibat gangguan fungsi otak.

Data dari Depkes RI (2009), insiden stroke di Indonesia sebesar 8,3 per 1000 penduduk. Dekubitus di Indonesia sebesar 33,3 % (Suriadi, 2006), dimana angka ini sangat tinggi Yusuf, S (2010) menyebutkan bahwa hasil penelitian yang menunjukkan insidens apabila dibandingkan dengan insidens dekubitus di ASEAN yang hanya berkisar 2,1 – 31,3 %. Prevalensi terjadinya kerusakan integritas kulit pada klien stroke berdasarkan pada penelitian yang dilakukan oleh Langhorne dan kawan kawan tahun 2010 di Inggris adalah dari 265 klien stroke, 56 klien mengalami kerusakan integritas kulit. Laporan rekam medis RS Islam Jemursari Surabaya jumlah penderita seluruh klien stroke yang dirawat inap pada tahun 2016 yaitu sebanyak 670 klien, diantaranya berjumlah 54 klien pada bulan April 2016. Pada bulan April 2016 berjumlah 16 klien dengan stroke di Ruang Azzara 1 (RSI, 2016).

Salah satu faktor risiko terjadinya luka dekubitus yaitu penyakit gangguan persyarafan, seperti penyakit stroke, yang dapat menyebabkan imobilisasi sehingga memiliki kemungkinan besar klien bedrest terlalu lama, serta memiliki gangguan sirkulasi. Imobilisasi pada tempat tidur secara pasif dan berbaring (lebih dari 2 jam), tekanan pada daerah tulang yang menonjol dapat mengalami iskemik dan nekrosis jaringan kulit (Maryunani, 2015).

Dampak terjadinya dekubitus dapat menyebabkan nyeri berkepanjangan, rasa tidak nyaman, serta komplikasi berat seperti sepsis infeksi kronis, sellulitis, osteomilitis, dan peningkatan mortalitas. Braden dan Bergstrom tahun 1987 dan 2000 mengembangkan skema faktor risiko terjadinya luka tekan atau dekubitus yang menggabungkan faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik antara lain nutrisi, usia, tekanan arteriolar, mobilitas sedangkan faktor ekstrinsik antara lain kelembaban, friksi (gesekan), shear (pergesekan/ tenaga yang merobek), persepsi sensori (Maryunani, 2015).

Upaya dalam pencegahan kerusakan kulit menurut Rosdahl (2015) yaitu membagi menjadi 3 katagori antara lain perlindungan kulit, membran mukosa yakni dengan memperhatikan kebersihan dan kelembaban kulit secara cermat, serta memberikan bantalan di daerah yang menonjol sebagai bantalan. Kedua teknik penurunan tekanan dengan memindahkan posisi klien minimal setiap 2 jam sekali, meninggikan kepala tidak lebih dari 30 derajat untuk mencegah gesekan, meninggikan tumit hingga tidak menyentuh tempat tidur (lebih baik daripada memberi bantalan di tumit). Ketiga alat penurunan tekanan yaitu dengan memberikan tempat tidur dan kasur yang khusus. Selain itu perawat juga harus melakukan pengkajian risiko adanya kerusakan integritas kulit pada saat masuk di lingkungan pelayanan kesehatan, yakni dengan mengkaji adanya faktor risiko intrinsik dan ekstrinsik, menginspeksi kulit dari kepala sampai kaki secara teratur, mengkaji adanya mobilitasi, mengkaji adanya friksi dan shearing (pergesekan dan pergeseran), mengkaji status nutrisi, mengkaji parameter laboratorium terhadap status nutrisi, mengkaji adanya riwayat ulkus (Maryunani, 2015). Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke yang menjalani perawatan di Ruang Azzara 1 RSI Jemursari Surabaya

## BAHAN DAN METODE

Penelitian deskriptif bertujuan mendapatkan gambaran yang akurat dari sejumlah karakteristik masalah yang diteliti. Penelitian deskriptif berguna untuk mendapatkan makna baru, menggambarkan katagori suatu masalah, menjelaskan frekuensi suatu kejadian dari sebuah fenomena. Oleh karena itu, data dapat dikumpulkan dengan menggunakan interview, observasi, atau kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien stroke yang di rawat di Ruang Azzara 1 Rumah Sakit Jemursari Surabaya pada bulan April 2017 dengan target populasi berjumlah 16 klien . Besar sampel adalah 15 klien stroke yang dirawat di ruang Azzara 1 RSI

Jemur sari Surabaya dengan kriteria , usia > 45 tahun, lama tirah baring klien 3 hari atau lebih. Variabel dependen atau bebas adalah risiko terjadinya kerusakan integritas kulit dan variabel independen adalah klien dengan jenis kelumpuhan stroke. Jenis kelumpuhan dikaji dengan observasi kondisi klien, yang selanjutnya dikelompokkan menjadi , tidak Mengalami Kelumpuhan, Hemiplegia, Monoplegia, Paraplegia dan Tetraplegia. Instrumen yang digunakan dalam pengukuran resiko kerusakan kulit adalah menggunakan kuesioner skala braden yang terdiri dari 1 indikator, dengan jumlah sub indikator 8. Setiap sub indikator diberi skoring, dengan skor maksimal 4 dan minimal 1. Kemudian nilai dari sub indikator tersebut dijumlah dan ditarik kesimpulan dimana Jumlah skor 15 – 23 termasuk risiko rendah, skor 13 – 14 termasuk risiko sedang, skor 10 – 12 termasuk risiko tinggi, skor < 10 termasuk risiko sangat tinggi. Data yang sudah terkumpul disajikan dalam bentuk table, dihitung distribusi frekuensinya.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**1. Karakteristik Klien Stroke**

Hasil penelitian didapatkan 8 klien stroke berusia > 60 tahun, 2 klien stroke berusia < 45 tahun dan antara 50 – 60 tahun; 11 dari 15 klien berjenis kelamin laki – laki; 10 dari 15 klien mengalami stroke haemoragic, dan 8 dari 15 klien menjalani hari perawatan kurang dari 7 hari (table 1) . sebagian kecil (30%) klien stroke di ruang Azzahra adalah jenis stroke infark.

Tabel 1 Karakteristik Klien Stroke di Ruang Azzara 1 RSI Jemursari

Karakteristik	Katagori	f	%
Usia	< 45 tahun	2	14
	45 – 50 tahun	3	21
	50 – 60 tahun	2	14
	60 – 65 tahun	8	51
	>60 tahun		
Jenis Kelamin	Laki laki	11	72
	Perempuan	4	28
Jenis Stroke	Infark	5	30
	Haemoragik	10	70
Lama Hari Rawat	< 7 hari	8	51
	7 - 10 hari	4	28
	> 10 hari	3	21
<b>Jumlah</b>		<b>15</b>	<b>100</b>

**2. Jenis Kelumpuhan**

Hasil penelitian didapatkan 5 dari 15 klien stroke tidak ditemukan kelumpuhan baik wajah maupun ekstermitas, dan 4 klien masing –

masing mengalami kelumpuhan hemiplegia dan monoplegia (tabel 2)

Tabel 2 Distribusi Jenis Kelumpuhan Klien Stroke di Ruang Azzahra RSI Jemursari Surabaya

Jenis Kelumpuhan	f	%
Hemiplegia	4	27
Monoplegia	4	27
Paraplegia	2	14
Tidak ada kelumpuhan	5	32
<b>Jumlah</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Dalam penelitian yang dilakukan Fatkhurrahman (2011) bahwa disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis satu sisi tubuh) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. hemiplegi atau kelemahan pada satu sisi tubuh merupakan gejala yang lain dari disfungsi motorik (smeltzer, bare 2005). Hemiplegi merupakan komplikasi yang paling sering terjadi setelah serangan stroke. ditemukan 70 – 80% pasien terkena serangan stroke mengalami hemiparesis, sekitar 20% pasien stroke mengalami peningkatan fungsi motorik, terapi pemulihan pasien yang mengalami hemiparesis bervariasi dan lebih dari 50% mengalami gejala sisa sisa fungsi motorik (Rydwk, rliason, akner, 2005)

Berdasarkan studi pendahuluan di ruang rawat inap neurologis RSSN Bukittinggi 2014 hampir seluruhnya (92%) pasien pasca stroke mengalami hemiparesis. Hemiparesis merupakan gejala yang paling banyak terjadi dibandingkan gejala stroke lainnya seperti disfagia (Mulyatsih, 2007).Dampak yang diakibatkan oleh stroke tergantung otak bagian mana yang mengalami kerusakan, namun secara umum stroke menyebabkan kelumpuhn sebelah tubuh (hemiplegi). Apabila stroke menyerang bagian kiri otak maka akan menyebabkan hemiplegi kanan yaitu kelumpuhan yang terjadi dari wajah sebelah kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Apabila stroke menyerang bagian kanan otak maka akan terjadi hemiplegi kiri. Jika dampaknya lebih ringan biasanya hanya dirasakan tidak bertenaga pada bagian tubuh yang lesi atau hemiparesis (Yastroki, 2012).

Kelumpuhan merupakan salah satu akibat pasca stroke baik infark maupun haemoragic, oleh sebab itu tindakan yang harus dilakukan yaitu melakukan kolaborasi dengan fisioterapi untuk menjadwalkan latihan menggerakkan bagian tubuh yang lumpuh, untuk mencegah terjadinya kekakuan otot.

**3 Risiko Kerusakan Integritas Kulit**

Hasil penelitian didapatkan 8 dari 15 klien stroke memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit (skor 15 – 23), 5 klien berisiko sedang (skor 13 – 14) dan 2 klien berisiko tinggi (skor 10 – 12 ) (table 3)

Tabel 3 Distribusi Risiko Kerusakan Integritas Kulit Pada Klien Stroke Di Ruang Azzahra RSI Jemursari Surabaya

Risiko Kerusakan Kulit	f	%
Rendah	8	56
Sedang	5	30
Tinggi	2	14
<b>Jumlah</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Klien stroke yang dirawat di ruang rawat sangat rentan terhadap terjadinya risiko kerusakan integritas kulit seperti yang ditunjukkan pada hasil penelitian ditemukan bahwa sebagian besar (56%) klien stroke memiliki risiko rendah, 30% klien stroke memiliki risiko sedang, 14% klien stroke memiliki risiko tinggi. Risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke berkaitan dengan beberapa faktor risiko yang menyebabkan kerusakan integritas kulit. Menurut Hastuti, Nosi & Bahar (2013) bahwa faktor risiko utama penyebab terjadinya kerusakan integritas kulit adalah status gizi, kelembaban kulit, usia, perfusi dan oksigenasi. Faktor lain yang menyebabkan kerusakan integritas kulit adalah mobilisasi dan lama hari rawat. Dibawah ini penjelasan dari faktor diatas menurut Maryunani (2015) adalah :

1) Usia

Usia tua penyembuhan luka akan lebih lambat dibandingkan pada usia muda. Dalam hal ini luka dekubitus pada lanjut usia terjadi karena berkurangnya jaringan subkutan, regenerasi sel yang lemah, terjadinya perubahan kualitas kulit dimana terjadi penurunan elastisitas dan berkurangnya sirkulasi pada dermis.

Dari hasil penelitian, di dapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah, dengan rata – rata usia antara < 45 – 50 tahun, klien stroke yang memiliki risiko sedang, dengan rata – rata usia 45 – 60 tahun, sedangkan klien stroke yang mengalami risiko tinggi, dengan rata – rata usia lebih dari 60 tahun. Hal ini sejalan dengan pendapat Mubarak (2015) bahwa usia anak dan orang dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

2) Persepsi sensori

Terdapat tiga fungsi kulit yang penting adalah sebagai pelindung, sensori/ sensasi dan termoregulasi, kurangnya kemampuan kulit untuk melaksanakan fungsi termoregulasi dapat menyebabkan kelembaban kulit meningkat.

Dari hasil penelitian, didapatkan bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah dan risiko sedang rata – rata berespon pada perintah verbal, tidak mengalami defisit sensori yang akan membatasi kemampuan untuk mengeluh nyeri atau rasa tidak nyaman, sedangkan klien yang memiliki risiko tinggi tidak dapat berespon dengan stimulus nyeri disebabkan karena terbatasnya tingkat kesadaran. Maryunani (2015) menegaskan bahwa adanya sesuatu yang mengganggu fungsi kulit ini dapat mengurangi integritas kulit.

3) Status Nutrisi

Keberlangsungan hidup sel – sel jaringan tubuh dapat terus terjadi apabila terdapat keseimbangan nutrisi, baik makronutrient maupun mikronutrient. Tidak adanya keseimbangan nutrisi dapat mengkontribusi terjadinya kerusakan integritas kulit.

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah dapat menghabiskan porsi makanannya, klien stroke yang memiliki risiko sedang dapat menghabiskan ½ porsi makanan sedangkan klien stroke dengan risiko tinggi mendapatkan terapi enteral melalui Naso Gastik Tube (NGT) yaitu diet susu TKTP 200 cc setiap 6 jam. Hal ini sejalan dengan Vaughans (2011) bahwa diet yang seimbang dan asupan cairan yang adekuat penting untuk memelihara kulit yang sehat. Malnutrisi mengakibatkan hilangnya jaringan subkutan dan juga kurangnya mineral dan vitamin yang dibutuhkan untuk memelihara kesehatan kulit. Jika seseorang kekurangan makanan, kulit akan kering dan rentan terhadap kerusakan kulit.

Oleh karena itu klien stroke yang memiliki risiko rendah sampai dengan risiko tinggi dianjurkan untuk menjaga asupan makanan atau diet yang telah di rencanakan oleh ahli gizi di rumah sakit untuk meregenerasi sel – sel yang ada didalam tubuh sehingga kerusakan integritas kulit dapat dicegah

4) Tekanan

Bila tekanan terjadi dalam jangka waktu yang lama menyebabkan jaringan mengalami iskemik. Tekanan tersebut disebabkan karena imobil atau terpancang pada tempat tidurnya secara pasif dan berbaring (lebih dari 2 jam), biasanya rentan terjadi pada daerah tonjolan tulang seperti daerah sakrum dan tumit, sehingga dapat mengakibatkan iskemi dan nekrosis jaringan kulit (Maryunani, 2015). Tekanan berhubungan dengan lama hari perawatan klien. Braden dan Bergstrom tahun 1987 dan 2000 dalam Maryunani 2015 menyatakan bahwa kerusakan integritas kulit biasanya terjadi dalam waktu 72 jam sejak terpaparnya kulit terhadap tekanan.

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah rata –

rata lama hari perawatan < 4 hari, klien stroke yang memiliki risiko sedang lama hari perawatan antara 4 – 7 hari, sedangkan klien stroke dengan risiko tinggi lama hari perawatan > 7 hari. Hal ini sependapat dengan Stechmiller et al, 2008 bahwa luka tekan biasanya terjadi dalam 2 minggu pertama dirawat di rumah sakit. Toleransi jaringan merupakan faktor lainnya yang menentukan efek patologis dari tekanan yang berlebihan terutama bila tekanan terjadi dalam jangka waktu yang lama yang dapat menyebabkan jaringan mengalami iskemi. Tekanan dipengaruhi oleh faktor intensitas tekanan, lamanya tekanan, toleransi tekanan

Masalah tekanan pada klien yang berisiko tinggi mengalami kerusakan integritas kulit tidak dapat dihindari namun dapat dicegah dengan memberikan penghalang misalnya bantal kecil pada kaki dan daerah sakrum, serta memberikan penghalang pada area lipatan telinga misalnya kasa steril pada klien dengan penurunan kesadaran yang memakai oksigen.

#### 5) Mobilitas

Klien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik akan menyebabkan klien mengalami tirah baring yang lama (Hastuti, Nosi & Bahar, 2013).

Hasil penelitian, didapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit dapat mobilisasi dengan atau tanpa bantuan, klien stroke yang memiliki risiko sedang kerusakan integritas kulit dengan keadaan terbaring di tempat tidur tidak mampu bergerak secara mandiri, sedangkan klien stroke yang memiliki risiko tinggi kerusakan integritas kulit mengalami penurunan kesadaran terbaring di tempat tidur tidak dapat bergerak secara mandiri.

Imobilisasi merupakan penyebab utama tekanan yang terlokalisir yang menyebabkan terjadinya penyumbatan pembuluh darah dan ulkus tekan, imobilisasi tersebut bisa disebabkan oleh disfungsi atau kerusakan neurologis, fisik atau kognitif. Pada klien stroke untuk mengurangi kebutuhan oksigen serebrum melalui penurunan rangsang eksternal diterapi dengan tirah baring/mobilisasi (Corwin, 2001). Keadaan seperti ini klien perlu dibantu untuk menjaga kemampuan bergerak serta untuk mencegah penyulit-penyulit yang dapat timbul akibat keadaan kurang bergerak diantaranya mempengaruhi keutuhan kulit yang dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit atau luka tekan. Penggantian posisi secara teratur dan sering merupakan salah satu tindakan keperawatan yang perlu dilakukan karena dapat mencegah komplikasi yang dapat timbul akibat baring posisi klien sebaiknya dirubah setiap 2 jam bila tidak ada kontraindikasi (Priharjo, 1993 dalam Prasty, 2013).

Oleh sebab itu klien stroke yang mengalami beberapa tingkat imobilisasi perlu pemantauan yang lebih sering untuk meminimalkan risiko terjadinya kerusakan integritas kulit.

#### 6) Kelembaban

Kurangnya kemampuan kulit untuk melaksanakan fungsi termoregulasi dapat menyebabkan kelembaban kulit meningkat sehingga dapat meningkatkan risiko kerusakan integritas kulit (Maryunani 2015).

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit memiliki kelembaban kulit kering sampai kadang lembab, klien stroke yang memiliki risiko sedang kerusakan integritas kulit yaitu lembab sampai sangat lembab, sedangkan klien stroke yang memiliki risiko tinggi kerusakan integritas kulit yaitu selalu terpapar oleh keringat.

Kondisi kulit pada klien stroke yang sering mengalami lembab akan mengkontribusi kulit menjadi measerasi kemudian dengan adanya gesekan dan pergeseran memudahkan kulit mengalami kerusakan (Maryunani, 2015). Kelembaban ini dapat terjadi akibat dari incontinence fecal, urine, drain luka, banyak keringat, saliva yang keluar. Peningkatan kelembaban kulit yang berasal dari incontinence (fecal atau uri) dapat meningkatkan PH kulit, kondisi ini dapat mengakibatkan kerusakan stratum corneum dan memungkinkan lebih berkembangnya mikroflora patogen yang berujung pada perkembangan luka kronis termasuk dekubitus

#### 7) Gesekan

Gesekan merupakan kekuatan mekanis pada dua permukaan yang bergerak saling melintas satu sama lain, termasuk jaringan kulit yang menyebabkan blister atau abrasi/ lecet.

Dari hasil penelitian, didapatkan data bahwa klien stroke yang memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit dapat melakukan mobilisasi dengan atau tanpa bantuan, klien stroke yang memiliki risiko sedang kerusakan integritas kulit klien tidak dapat mobilisasi secara mandiri, sedangkan klien stroke yang memiliki risiko tinggi kerusakan integritas kulit tidak dapat melakukan mobilitas secara mandiri dengan keadaan penurunan kesadaran.

Pada klien stroke yang tidak dapat mengangkat dirinya sendiri selama merubah posisi dan pindah posisi berisiko tinggi terhadap trauma friksi/ pergesekan, friksi dapat mengganggu fungsi barrier/ penghalang pada stratum corneum yang dapat mempengaruhi integritas kulit

#### 8) Kebersihan tempat tidur :

Kebersihan tempat tidur dan lingkungan sekitar pasien sangat berpengaruh terhadap perkembangbiakan kuman dan mencegah terjadinya komplikasi lain.



Dari hasil penelitian, di dapatkan klien stroke yang memiliki risiko rendah sampai risiko tinggi kerusakan integritas kulit lama hari mengganti laken rata – rata 3 – 7 hari sekali tergantung kebersihan laken, keadaan tempat tidur dan lingkungan sekitar klien bersih dan rapi.

Vaughans (2011) menyatakan bahwa kulit yang sehat membutuhkan pembersihan yang rutin. Kegagalan dalam membersihkan kulit mengakibatkan penumpukan keringat, bakteri, kotoran, semuanya dapat menyumbat pori – pori kulit dan menyebabkan infeksi.

Pada klien stroke yang memiliki risiko tinggi terjadinya kerusakan integritas kulit harus selalu dipantau kondisi lingkungan klien, karena lingkungan yang kotor akan menjadi tempat perkembangbiakan bagi kuman, bakteri yang akan mempengaruhi peningkatan status

kesehatan klien stroke baik yang sadar maupun yang tidak sadar.

#### 4 Jenis Kelumpuhan Terhadap Risiko Kerusakan Integritas Kulit

Hasil Tabulasi Silang Jenis Kelumpuhan dan risiko kerusakan kulit didapatkan 4 dari 5 klien yang tidak mengalami kelumpuhan memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit. 2 dari 4 klien yang memiliki kelumpuhan monoplegia memiliki risiko rendah dan sedang. Dua klien stroke mengalami paraplegi masing-masing memiliki risiko sedang dan berat kerusakan jaringan kulit (table 4). Tabel ini menunjukkan bahwa klien stroke yang mengalami kelumpuhan lebih berat berisiko juga mengalami kerusakan integritas kuit yang lebih tinggi.

Tabel 4 Tabulasi Silang Jenis Kelumpuhan Strokedan Risiko Kerusakan Integritas Kulit di Ruang Azzahra RSI Jemursari Surabaya

Jenis Kelumpuhan	Risiko Kerusakan integritas kulit						Jumlah	
	Rendah		Sedang		Tinggi			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Hemiplegia	2	50	1	25	1	25	4	100
Monoplegia	2	50	2	50	0	0	4	100
Paraplegia	0	0	1	50	1	50	2	100
Tidak ada kelumpuhan	4	80	1	20	0	0	5	100
Jumlah	8	56	5	30	2	14	15	100

Tabulasi silang table 4, juga menunjukkan bahwa semakin ringan gangguan pembuluh darah maka akan semakin ringan pula jenis kelumpuhan sehingga semakin rendah pula risiko kerusakan integritas kulit. Sedangkan semakin berat gangguan pembuluh darah maka akan semakin berat pula jenis kelumpuhan, sehingga semakin tinggi pula risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke. Gejala neurologis tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, dalam penelitian ini sebagian besar 51% klien stroke berusia lebih dari 60 tahun sedangkan usia sangat mempengaruhi terhadap elastisitas pembuluh darah yang dapat mengakibatkan gangguan peredaran darah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspaningrum (2013) bahwa usia dan status perkembangan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang, (49,35%) klien stroke mengalami hemiparesis sinistra maupun dekstra. Hal ini juga di dukung oleh hasil penelitian yang dilakukan Misbach dan Soertidewi (2011) di 28 Rumah Sakit di Indonesia bahwa 90,5% pasien dengan stroke mengalami gangguan motorik.

Menurut Sjaifoellah Noer dalam Hernanta (2013) menyatakan salah satu

komplikasi dari penyakit stroke adalah luka dekubitus yang disebabkan karena pasien stroke seringkali tidak dapat berpindah atau bergerak secara teratur akibat dari kelemahan fisik. Apabila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak maka akan terjadi penurunan kemampuan koordinasi gerakan tubuhnya. Semua itu akan menyebabkan pasien mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari hari seperti bangun dari tidur, berjalan, berpakaian, makan dan minum (Yastroki, 2011).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspaningrum (2013) di RSUD Dr Moewardi Surakarta yang merupakan salah satu Rumah Sakit yang memiliki bangsal neurologis jumlah pasien dengan stroke adalah 606 dan yang mengalami kelumpuhan sebanyak 80 orang. Kelumpuhan akibat stroke berakibat pada rendahnya kemampuan mobilitas pasien sehingga berisiko mengalami dekubitus.

Klien pasca stroke yang memiliki kelumpuhan akan mengalami gangguan dalam mobilitas fisik sehingga berisiko mengalami kerusakan integritas kulit. Sehingga penatalaksanaan yang harus dilakukan oleh perawat adalah menjadwalkan miring kanan dan kiri klien minimal 2 jam sekali secara teratur. Memberikan bantalan pada daerah – daerah

tonjolan tulang, seperti tumit, pantat, dan kepala.

#### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penelitian dan pembahasan tentang risiko kerusakan integritas kulit pada klien stroke dapat disimpulkan bahwa 5 dari 15 klien stroke tidak ditemukan kelumpuhan baik wajah maupun ekstermitas, dan 4 klien masing-masing mengalami kelumpuhan hemiplegia dan monoplegia; 8 dari 15 klien stroke memiliki risiko rendah kerusakan integritas kulit, 5 klien berisiko sedang dan 2 klien berisiko tinggi. Klien stroke yang mengalami kelumpuhan cenderung berisiko tinggi mengalami kerusakan kulit dibandingkan dengan klien stroke yang tidak mengalami kelumpuhan. Disarankan klien stroke yang mengalami kelumpuhan dilakukan mobilisasi yang terjadual oleh tenaga kesehatan, dan pengkajian kulit untuk mendeteksi adanya kerusakan.

#### DAFTAR PUSTAKA

Corwin, EJ. (2009). *Buku Saku Patofisiologis*. Jakarta. EGC.

Dinata, Cyntia. dkk (2013). Gambaran faktor risiko dan tipe stroe pada pasien rawat inap di RSUD Solok Selatan. [Jurnal.fk.unand.ac.id](http://jurnal.fk.unand.ac.id)

Fatkhurrahman, Mohammad. 2011. *Pengaruh latihan motor imagery terhadap kekuatan otot ekstermitas pada klien stroke dengan hemiparesis di rsud bekasi*. Jakarta:FKUI

Gamel.2006. *Panduan Belajar Ilmu Penyakit Saraf*. <http://gamel.fk.ugm.ac.id>

Hernanta, Iyan. 2013. *Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains*. Jogjakarta. D-Medika

Maryunani, Anik. 2015. *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare) Terkini Dan Terlengkap*. Jakarta. In Media

Mulyatsih E. (2007). *Petunjuk Praktis bagi Pengasuh dan Keluarga Pasca Stroke*. Jakarta: FKUI

Mubarok, Said. 2016. *Efektifitas Terapi Topikal Virgin Coconut Oil dan Alih Baring Terhadap Risiko Dekubitus Pada Pasien Stroke RSUD Kota Semarang*. <http://jurma.unimus.ac.id>

Mubarok, Wahit Iqbal. Lilis Indrawati. Joko Susanto. 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta. Salemba Medika

NANDA International. 2012. *Diagnosis Keperawatan 2012 – 2014*. Jakarta: EGC

Nursalam. 2003. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 01. Jakarta. Salemba Medika

Notoatmojo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Patricia. 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Jakarta:EGC

Prastya. Anddy. (2013). *Pengaruh Mobilisasi Miring Kanan Dan Miring Kiri Terhadap Pencegahan Klien Stroke*. Stikes Majapahit. Mojokerto

Purnomo, Heru. 2009. *Pencegahan&Pengobatan Penyakit yang Paling Mematikan*. Jakarta. BuanaPustaka

Puspaningrum, Yetiana V. 2013. *Hubungan Antara Status Nutrisi dan Mobilitas Fisik dengan Risiko Terjadinya Dekubitus Pada Klien Stroke di RSUD Dr Moewardi Surakarta*. FKM: UNMU Surakarta

Rendy, Clevo. Margareth TH. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta. NuhaMedika

Rosdahl, Caroline Bunker. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Alih bahasa Widiarti. Vol 3. Ed 10. Jakarta. EGC

Scholar.unand.ac.id. Latar Belakang Stroke. Diakses tanggal 07 Agustus 2017

Supariasa, I Dewa Nyoman. dkk. 2012. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta. EGC

Vaughans, Benita W. 2013. *Keperawatan Dasar*. Yogyakarta. Rapha Publishing

Yastroki. 2011. *Kelumpuhan Pasien Stroke*. <http://www.yastroki.com>