

EFEKTIVITAS METODE SIRIRAJ STROKE SCORE DAN ALLEN STROKE SCORE DALAM MEMBUAT DIAGNOSA KEPERAWATAN AKTUAL PADA PASIEN STROKE

EFFECTIVENESS OF THE SIRIRAJ STROKE SCORE AND ALLEN STROKE SCORE METHODS IN MAKING AN ACTUAL NURSING DIAGNOSIS ON STROKE PATIENTS

Annalia Wardhani¹, Insana Maria², Rusdi³

¹Program Studi D3 Keperawatan, Stikes Intan Martapura, Indonesia

²Program Studi Sarjana Keperawatan, Stikes Intan Martapura, Indonesia

³Program Studi Sarjana Administrasi Rumah Sakit, Stikes Intan Martapura, Indonesia

email: wardhani.annalia86@gmail.com

Abstrak

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kondisi klinis pada kepala khususnya otak berupa gangguan fungsi neurologis akibat gangguan pada sirkulasi darah sehingga menimbulkan gejala berupa penurunan kemampuan neurologis. Siriraj Stroke Score (SSS) dan Allen Stroke Score (ASS) merupakan suatu alat penilaian deficit neurologis dan dikembangkan menggunakan alat yang sederhana, valid, dan dapat dipercaya untuk evaluasi. Kebaruan dalam penelitian karena menganalisis efektivitas metode *Siriraj Stroke Score* dan *Allen Stroke Score* dalam membuat diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke. Tujuan penelitian untuk melihat efektivitas metode Siriraj Stroke Score dan Allen Stroke Score dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai untuk pasien stroke. Desain dalam penelitian yaitu *Pra eksperimen (the one shot case study atau posttest only design)*. Subyek penelitian adalah pasien stroke dengan jumlah 20 responden tiap kelompok didapat dengan pendekatan *accidental sampling*. Analisis data yang digunakan yaitu dengan menggunakan *spearman rho test*. Hasil penelitian menggunakan uji korelasi *Spearman Rho* pada variabel pengkajian SSS, didapatkan data bahwa *P-value* untuk lama durasi pengkajian adalah $p=0,000$, jumlah diagnosa yang ditetapkan $p=0,001$, dan lama durasi penetapan $p=0,000$, yang semuanya $< \alpha (0,05)$. Kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara metode SSS dengan durasi pengkajian. Metode SSS juga berhubungan dengan jumlah diagnosa yang ditetapkan serta lama durasi penetapan diagnosa. Selain itu, terdapat hubungan antara metode ASS dengan durasi pengkajian dan jumlah diagnosa yang ditetapkan. Tidak ada hubungan metode ASS dengan lama durasi penetapan diagnosa.

Kata kunci : Allen Stroke Score; Stroke; Diagnosa keperawatan aktual; Siriraj Stroke Score.

Abstract

Stroke or cerebrovascular injury (CVA) is a clinical condition in the head, especially the brain, in the form of neurological dysfunction due to impaired blood circulation, causing symptoms in the form of decreased neurological abilities. Siriraj Stroke Score (SSS) and Allen Stroke Score (ASS) are neurological deficit assessment tools and are developed using simple, valid, and reliable tools for evaluation. The novelty of the study is that it analyzes the effectiveness of the Siriraj Stroke Score and Allen Stroke Score methods in making actual nursing diagnoses in stroke patients. The purpose of the study was to see the effectiveness of the Siriraj Stroke Score and Allen Stroke Score methods in formulating appropriate nursing diagnoses for stroke patients. The design in the study was Pre-experiment (the one-shot case study or posttest-only design). The subjects of the study were stroke patients, with 20 respondents in each group, who were obtained using the accidental sampling approach. Data analysis was used using the Spearman Rho test. The results of the study using the Spearman Rho correlation test on the SSS assessment variable obtained data that the P-value for the duration of the assessment was $p = 0.000$, the number of diagnoses determined $p = 0.001$, and the duration of the determination $p = 0.000$, all of which were $< \alpha (0.05)$. The conclusion is that there is a relationship between the SSS method and the duration of the assessment. The SSS method is also related to the number of diagnoses determined and the duration of the diagnosis determination. In addition, there is a relationship between the ASS method and the duration of the assessment, and the number of diagnoses determined. There is no relationship between the ASS method and the duration of the diagnosis determination.

Keywords: *Allen Stroke Score; Stroke; Actual nursing diagnosis; Siriraj Stroke Score.*

Received: June 28th, 2024; 1st Revised July 15th, 2024; 2nd Revised August 14th, 2024

Accepted for Publication: September 11th, 2024

© 2024 *Annalia Wardhani, Insana Maria, Rusdi*
Under the license *CC BY-SA 4.0*

1. PENDAHULUAN

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kondisi klinis pada otak yang berupa gangguan fungsi saraf fokal akibat gangguan pada peredaran darah sehingga menyebabkan timbulnya gejala seperti defisit neurologis. Defisit neurologis dapat bersifat permanen bahkan berdampak pada kematian jika penanganannya terlambat (lebih dari 3 sampai dengan 4,5 jam). Untuk itu diperlukan kecepatan dan ketepatan dalam penanganan pasien stroke (1)(2). Seseorang dapat mengalami stroke setiap 40 detik, dan stroke bisa menyebabkan kematian setiap 3 menit 45 detik. Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian ke-5. penyebab kematian, hampir 133.000 orang meninggal akibat stroke per tahun. Stroke merupakan penyebab kematian kedua yang paling umum (11,8%) mayoritas terjadi di Negara berkembang setelah penyakit jantung iskemik (3). Jumlah kejadian stroke di Indonesia mengalami kenaikan dari 7% menjadi 10,9 % (3). Prevalensi stroke berdasarkan Diagnosis Dokter menurut provinsi tertinggi adalah provinsi Kalimantan Timur sebanyak 14,7% dan selanjutnya yaitu Yogyakarta sebesar 14,6% sedangkan di provinsi Kalimantan Selatan tahun 2018 yaitu sebanyak 12,7 % dengan usia lebih dari 15 tahun, pada kelompok usia lebih dari 75 tahun yaitu sebesar 50,2%, Jenis kelamin laki-laki

memiliki kecenderungan lebih tinggi sebesar 11,0%, dan penduduk yang tinggal di perkotaan memiliki angka yang lebih tinggi sebesar 12,6% dibandingkan dengan mereka yang tinggal di pedesaan (3)(4).

Stroke dapat dikategorikan berdasarkan penyebabnya menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi akibat berkurangnya pasokan darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba. Hal ini disebabkan oleh adanya penyumbatan di pembuluh darah yang mengalirkan oksigen ke otak. Sementara itu, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah akibat tekanan darah yang terlalu tinggi atau kelainan vaskuler di otak (5). Penentuan jenis stroke umumnya masih mengandalkan alat CT Scan, namun tidak semua rumah sakit, termasuk rumah sakit tipe C, dapat menjalankan CT Scan secara 24 jam. Banyak rumah sakit hanya memiliki layanan CT Scan pada shift pagi, sehingga pasien stroke yang datang di luar jam tersebut harus menunggu hingga keesokan harinya untuk pemeriksaan. Oleh karena itu, alat bantu tambahan sangat dibutuhkan untuk memprediksi jenis stroke agar penanganan pasien dapat dilakukan dengan tepat. Jumlah kasus stroke di provinsi Kalimantan selatan pada akhir tahun 2021 sejumlah 2.015 kasus dan pada awal tahun 2022 sejumlah 486 kasus

baru, sedangkan data untuk kota Banjarmasin sendiri sejumlah 741 kasus pada akhir tahun 2021 dan 57 kasus baru pada awal tahun 2022, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini di rumah sakit Ansari Saleh Banjarmasin, karena rumah sakit ini adalah RS rujukan pertama di kota Banjarmasin.

Pemeriksaan awal dan penilaian diagnostik yang akurat dan teliti sangat penting untuk menentukan penanganan yang tepat, dengan tujuan mencegah perburukan kondisi, komplikasi, dan kecacatan pada pasien (6). Sistem penilaian stroke memiliki fungsi tambahan untuk memprediksi jenis stroke, yang dapat membantu dalam menegaskan diagnosis dan menentukan pengelolaan perawatan bagi pasien stroke (7). Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan guna menentukan diagnosa keperawatan aktual pada pasien stroke dapat melakukan pengkajian awal dalam menentukan jenis stroke yang diderita pasien untuk memudahkan dalam penatalaksanaan selanjutnya. Terdapat beberapa jenis pengkajian stroke yang dapat digunakan perawat Namun, seringkali perawat masih merasa ragu tentang metode pengkajian stroke mana yang paling efektif dalam menentukan diagnosis keperawatan. Tujuan pada penelitian ini yaitu melihat efektivitas metode siriraj stroke score dan Allen stroke score dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai untuk pasien stroke.

2. METODE

Desain penelitian yang diterapkan dalam studi ini adalah penelitian pra-

eksperimental (the one shot case study atau posttest only design). Desain ini sering dipilih oleh peneliti untuk mengevaluasi efek dari perlakuan yang diberikan kepada kelompok (8). Penelitian ini dilaksanakan di IGD Rumah Sakit Ansari Saleh Banjarmasin dengan Subyek penelitian adalah pasien stroke dengan jumlah 15 responden tiap kelompok diambil dengan menggunakan *accidental sampling* Penelitian ini melibatkan dua kelompok subjek dengan mengisi pengkajian SSS dan ASS.

Dalam rancangan penelitian ini, variabel dependen adalah SSS dan ASS, sementara variabel independen meliputi skor pengkajian, lama durasi pengkajian, diagnosa yang ditetapkan, jumlah diagnosa yang ditetapkan, dan lama durasi penetapan diagnosa. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa lembar observasi yang mencakup skor pengkajian, lama durasi pengkajian, diagnosa yang ditetapkan, jumlah diagnosa yang ditetapkan, dan lama durasi penetapan diagnosa untuk setiap pengkajian ASS dan SSS. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei tahun 2024 di IGD Rumah sakit Moch Ansari Saleh Banjarmasin. Siriraj stroke score (SSS) dan Allen stroke score (ASS) merupakan alat penilaian defisit neurologis yang dirancang untuk menjadi mudah digunakan, valid, dan dapat diandalkan dalam mengevaluasi pasien stroke (9). Berdasarkan hal tersebut, peneliti berminat untuk mengevaluasi efektivitas metode Siriraj Stroke Score dan Allen Stroke Score dalam merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat untuk pasien stroke.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	SSS		ASS	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin				
Pria	9	60	9	60
Wanita	6	40	6	40
Total	15	100	15	100
Usia				
17-25 tahun	0	0	0	0
26-35 tahun	1	6.7	1	6.7
36-45 tahun	0	0	0	0
46-55 tahun	2	13.3	2	13.3
56-65 tahun	7	46.7	7	46.7
>65 tahun	5	33.3	5	33.3
Total	15	100	15	100
Pendidikan				
SD	1	6.7	1	6.7
SMP	6	40	6	40
SMA	3	20	3	20
PT	5	33.3	5	33.3
Total	15	100	15	100
Pekerjaan				
PNS	3	20	3	20
Swasta	6	40	6	40
IRT/Tidak bekerja	1	6.7	1	6.7
Lain-lain	5	33.3	5	33.3
Total	15	100	15	100

Sumber: *Data primer, 2024*

Pada tabel 1 didapatkan hasil bahwa sebagian besar jenis kelamin responden yaitu pria pada kedua kelompok sebanyak 9 responden (60%). Pada usia mayoritas responden berusia antara 56-65 tahun pada kedua kelompok yaitu sebanyak 7 responden

(46,7%). Pada pendidikan mayoritas responden berpendidikan SMP pada kedua kelompok yaitu sebanyak 6 responden (40%). Pada pekerjaan mayoritas responden bekerja swasta pada kedua kelompok yaitu sebanyak 6 responden (40%).

Tabel 2. Sebaran Skor Pengkajian, Lama Durasi Pengkajian, Nama dan Jumlah Diagnosa yang Ditetapkan, Serta Lama Durasi Penetapan Diagnosa

Variabel yang Diukur		N Sss	%	N Ass	%
Nilai / Skor Pengkajian					
SSS	ASS				
<1 (SNH)	<4 (stroke iskemik)	15	100	15	100
>1 (SH)	>24 (SH)	0	0	0	0
	4-24 (kondisi tidak pasti)	0	0	0	0
Total		15	100	15	100
Lama Durasi Dilakukan Pengkajian					
10-20 menit (cepat)		15	100	15	100
>20 menit (lambat)		0	0	0	0
Total		15	100	15	100
Diagnosa yang Ditetapkan					
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial		5	33.3	5	33.3
Gangguan mobilitas fisik		4	26.7	4	26.7
Gangguan menelan		1	6.7	1	6.7
Gangguan komunikasi verbal		2	13.3	2	13.3
Risiko perfusi serebral tidak efektif		3	20	3	20
Total		15	100	15	100
Jumlah Diagnosa yang Ditetapkan					
0-2 Diagnosa aktual		8	53.3	8	53.3
3-5 Diagnosa aktual		7	46.7	7	46.7
Total		15	100	15	100
Lama Durasi Penetapan Diagnosa					
15-40 menit (cepat)		15	100	15	100
Total		15	100	15	100

Sumber: *Data primer, 2024*

Pada tabel 2 didapatkan hasil bahwa semua responden pada skor pengkajian SSS dan ASS berada pada kategori SNH / stroke iskemik sebanyak 15 responden (100%). Pada lama durasi pengkajian berada pada kategori cepat (10-20 menit) pada kedua kelompok sebanyak 15 responden (100%). Pada diagnosa yang ditetapkan mayoritas diagnosa keperawatan responden yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada kedua

kelompok sebanyak 5 responden (33.3%). Pada jumlah diagnose yang ditetapkan mayoritas responden memiliki 0-2 diagnosa aktual pada kedua kelompok yaitu sebanyak 8 responden (53.3%). Pada lama durasi penetapan diagnosis semuanya berada pada kategori cepat (15-40 menit) pada kedua kelompok yaitu sebanyak 15 responden (100%).

Tabel 3. Korelasi Antara Skor SSS dan NIHSS dengan Waktu Penetapan Diagnosis Keperawatan yang Aktual

Variabel Bebas	Variabel Terikat	P value
Pengkajian SSS	Lama Durasi Pengkajian	0.000
	Jumlah Diagnosa yang ditetapkan	0.001
	Lama durasi penetapan	0.000
Pengkajian ASS	Lama Durasi Pengkajian	0.000
	Jumlah Diagnosa yang ditetapkan	0.587
	Lama durasi penetapan	0.000

Uji statistik: Spearman Rho

Pada Tabel 3, data menunjukkan bahwa hasil analisis menggunakan uji korelasi Spearman Rho pada variabel pengkajian SSS menghasilkan *P-value* untuk lama durasi pengkajian sebesar $p=0,000$ yang artinya H_0 diterima atau ada nya hubungan yang signifikan, Jumlah diagnosa yang ditetapkan memiliki *P-value* sebesar $p=0,001$, dan lama durasi penetapan memiliki *P-value* sebesar $p=0,000$, yang keduanya $< \alpha (0,05)$. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa semua variabel saling berhubungan, atau hipotesis alternatif diterima. Pada pengkajian ASS, *P-value* untuk lama durasi pengkajian adalah $p=0,000$, sehingga hipotesis alternatif diterima (menunjukkan adanya hubungan). Untuk jumlah diagnosa yang ditetapkan, *P-value* adalah $p=0,587$, sehingga hipotesis alternatif ditolak (tidak ada hubungan). Sedangkan untuk lama durasi penetapan, *P-value* adalah $p=0,000$, yang berarti hipotesis alternatif diterima (ada hubungan).

Skor SSS dan ASS

Hasil analisa data didapatkan hasil semua responden pada kedua kelompok pengkajian berada pada kondisi SNH (pada pengkajian SSS) dan stroke iskemik (pada pengkajian ASS) sebanyak 15 responden (100%). Hal ini menunjukkan bahwa pasien mengalami stroke ringan. Dalam pengkajian

SSS, jika skor SSS lebih dari 1, berarti pasien mengalami stroke hemoragik (perdarahan). Jika skor SSS kurang dari -1, pasien mengalami stroke iskemik. Jika skornya berada di antara -1 dan 1, hasilnya tidak jelas dan memerlukan pemeriksaan CT-Scan segera untuk evaluasi lebih lanjut. Sedangkan pada ASS jika skor totalnya <4 merupakan indikasi stroke iskemik, jika skornya >24 merupakan indikasi stroke hemoragik dan jika antara 4-24 merupakan kondisi tidak pasti (10). Pada ASS jika skor nilai berada diatas 24 sangat berisiko untuk terjadi perdarahan, gangguan neurologi seperti penurunan kesadaran, hemiparese, hemipeplegia, ataksia, dysphagia, aphasia, kehilangan memori dll (11). apabila hal ini terjadi, pasien harus segera mendapatkan penatalaksanaan di ruang ICU atau unit stroke dan dievaluasi secara terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi lanjutan (12). Pada pengkajian dengan menggunakan Siriraj Stroke Score (SSS) tidak memerlukan tindakan pemeriksaan CT scan atau MRI.

Lama Durasi Pengkajian

Hasil analisis didapatkan data bahwa lama durasi pengkajian pada kedua kelompok yaitu 10-20 menit (cepat) sebanyak 15 responden (100%). Hal ini sesuai dengan klasifikasi kecepatan waktu pengkajian stroke menurut ASA (2018) (10), yang menyatakan

bahwa pengkajian dianggap cepat jika memerlukan waktu 10-20 menit, dan lambat jika memerlukan waktu lebih dari 20 menit. SSS memiliki keunggulan karena perawat dapat melakukan pengkajian awal dengan cepat menggunakan skor penilaian ini. Prosesnya tidak memerlukan waktu lama karena perawat hanya perlu melakukan pengkajian dan menilai dengan interpretasi yang mudah dihafal, sehingga tidak memerlukan pelatihan khusus untuk menggunakan alat ukur SSS ini (13). Sementara dengan metode ASS perawat akan memerlukan waktu agak lama karena perlu beberapa item variabel memerlukan perhitungan khusus dengan perkalian dan penjumlahan serta pengurangan serta skor yang ditetapkan bukan angka bulat.

Diagnosa yang Ditetapkan

Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas diagnosis pada kedua kelompok yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial yaitu sebanyak 5 responden (33.3%). Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah kondisi di mana individu mengalami atau berisiko mengalami penurunan nutrisi dan pernapasan pada jaringan otak, yang disebabkan oleh berkurangnya suplai darah ke jaringan serebral (14). Menurut Hirarki Maslow, perfusi serebral berkaitan erat dengan oksigenasi jaringan otak. Oksigen adalah kebutuhan dasar yang sangat penting untuk menjaga homeostasis biologis dan kelangsungan hidup manusia. Jika diagnosis ini tidak segera ditangani, risiko penurunan respon verbal, motorik, dan sensorik, serta perubahan pada tanda-tanda vital akan

meningkat (15). Selanjutnya, diagnosis keperawatan aktual yang paling umum kedua pada kedua kelompok skoring adalah Gangguan Mobilitas Fisik, dengan jumlah 4 responden (24,7%) Menurut referensi, gangguan mobilitas fisik merujuk pada keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tertentu dari tubuh, terutama pada ekstremitas (16). Jika diagnosis ini tidak ditangani segera, risiko terjadinya kontraktur dan luka tekan akan meningkat.

Jumlah Diagnosa yang Ditetapkan

Hasil analisis didapatkan data bahwa semua kelompok mayoritas menetapkan diagnosis yaitu 0-2 diagnosa aktual sebanyak 8 responden (53.3%). Jumlah diagnosis keperawatan aktual pada pasien stroke sangat terkait dengan hasil pengkajian menggunakan metode SSS dan ASS. Semakin tinggi nilai SSS, semakin banyak diagnosa aktual yang dapat diperoleh, dan semakin tinggi nilai ASS, semakin banyak pula diagnosis aktual yang diperoleh. Namun, semakin banyak poin yang dinilai, semakin banyak diagnosis yang dapat dihasilkan, dalam hal ini SSS maupun ASS memiliki skor ringan sehingga penetapan diagnosa berada pada kategori 0-2 diagnosa. ini menunjukkan bahwa meskipun secara logis pengkajian yang lebih lengkap seharusnya menghasilkan banyak diagnosis, hal tersebut tidak selalu efektif atau relevan. Meskipun banyak diagnosis yang dihasilkan, diharapkan waktu penetapannya dapat lebih cepat dibandingkan dengan pengkajian yang sederhana. Analisis sebelumnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengkajian ASS dan jumlah diagnosis yang ditetapkan.

Kondisi pasien dapat berpengaruh terhadap penetapan jumlah diagnosa, Misalnya, pada kondisi pre koma dan koma, komponen penilaian yang mengalami gangguan meliputi derajat kesadaran, gerakan mata horizontal, lapangan pandang, paresis wajah, motorik lengan dan kaki, ataksia anggota badan, sensasi, bahasa, disartria, dan unilateral neglect. Jika semua komponen SSS dan ASS dinilai penuh dengan nilai maksimal, maka dapat diperoleh lebih dari lima diagnosis keperawatan aktual. Sebaliknya, pada kondisi compos mentis, meskipun semua komponen SSS dan ASS terisi penuh, nilai yang diperoleh tidak maksimal, sehingga diagnosis yang dihasilkan hanya 1-2 buah (11). Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran meliputi gangguan pola napas, perubahan dalam persepsi atau sensasi (seperti penglihatan, perabaan, dan sinestesia), gangguan komunikasi verbal, masalah mobilitas fisik, gangguan pola eliminasi urin, gangguan proses berpikir, dan ketidakmampuan untuk merawat diri sendiri.

Lama Durasi Penetapan Diagnosa

Hasil analisis didapatkan data bahwa pada kedua kelompok semua responden ditetapkan diagnosa dengan cepat (15-40 menit) yaitu sebanyak 15 responden (100%). Kecepatan waktu penetapan diagnosis keperawatan seharusnya tidak melebihi waktu emas pertolongan saat pasien tiba di IGD. Berdasarkan standar ASA (10), periode emas untuk penanganan stroke adalah antara 3 hingga 4,5 jam. Idealnya, dalam 20 menit pertama sejak kedatangan di rumah sakit

(IGD), pasien sudah harus menjalani CT Scan, dan dalam 60 menit pertama setelah serangan, terapi (needle) sudah harus diberikan. Artinya, dalam 20 menit di IGD harus dilakukan pengkajian dan CT Scan, dan sisa waktu 40 menit atau lebih digunakan untuk menentukan diagnosis serta memberikan intervensi, termasuk tindakan operasi jika diperlukan, hingga pasien dirawat di ruang perawatan (ICU atau rawat inap). Diagnosis keperawatan yang akurat dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi proses mengidentifikasi diagnosis yang tepat sangat sulit dilakukan karena respon manusia yang kompleks dan unik.

Efisiensi Metode Pengkajian Siriraj Stroke Score (SSS) dan Allen Stroke Scale (ASS)

Hasil analisis menunjukkan bahwa dalam pengkajian, terdapat hubungan antara metode SSS dengan lama durasi pengkajian ($p=0,000$), jumlah diagnosa yang ditetapkan ($p=0,001$), dan lama durasi penetapan diagnosa ($p=0,000$). Sedangkan pada pengkajian dengan metode ASS, terdapat hubungan dengan lama durasi pengkajian ($p=0,000$) dan lama durasi penetapan diagnosa ($p=0,000$), namun tidak ditemukan hubungan antara metode ASS dengan jumlah diagnosa yang ditetapkan ($p=0,587$). Dapat disimpulkan bahwa berdasarkan diagnosis yang ditetapkan, metode SSS lebih efektif dibandingkan dengan ASS. Teori mendukung bahwa SSS adalah metode yang berguna untuk menilai defisit neurologis dan menentukan jenis stroke serta penyebabnya. Metode ini juga bermanfaat untuk evaluasi awal diagnosis klinis stroke. Penilaian dengan instrumen ini meliputi

evaluasi tingkat kesadaran (kewaspadaan, stupor, koma), muntah, sakit kepala dalam 2 jam terakhir, pengukuran tekanan darah diastolik, dan indikator atheroma (seperti diabetes atau angina). Siriraj Stroke Score memiliki kelebihan dan kekurangan.

Kelebihan Siriraj Stroke Score adalah petugas kesehatan, khususnya perawat, tidak memerlukan waktu lama untuk menggunakannya karena proses pengkajian dan interpretasinya cukup mudah dihafal. Namun, kekurangan dari instrumen ini adalah kemampuannya untuk menghasilkan skor dalam rentang -1 hingga 1, yang dapat menyamakan hasil dan memerlukan pemeriksaan CT-Scan segera. Salah satu keterbatasan SSS adalah bahwa hasil yang berada dalam rentang skor -1 hingga 1 dapat menghasilkan hasil yang tidak jelas, sehingga perlu dilakukan CT-Scan untuk mengidentifikasi penyebab stroke.

Penilaian ASS melibatkan beberapa komponen, termasuk onset apoplektik, derajat kesadaran, respon plantar, tekanan darah diastolik, indikator atheroma, riwayat hipertensi, riwayat TIA/stroke, dan penyakit kardiovaskular. Total skor ASS mencerminkan tingkat keparahan stroke; semakin tinggi skor, semakin parah tingkat stroke yang dialami.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada variabel metode SSS, *P-value* untuk jumlah diagnosis keperawatan adalah $p=0,000$. Ini mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan dengan kekuatan hubungan yang cukup antara penggunaan pengkajian SSS dan jumlah diagnosis keperawatan aktual. Hal ini didukung oleh fakta bahwa pengkajian SSS

lebih sederhana, fokus pada masalah neurologis, memerlukan waktu yang minimal, dan efektif dalam menggali masalah pasien. Penelitian oleh Saudin (2020) menyebutkan bahwa Siriraj Score memiliki tingkat akurasi mencapai 90%, sementara akurasi Algoritma Gajah Mada hanya mencapai 60%. Selain itu, tingkat akurasi Siriraj Stroke Score berkisar antara 80-91%, dan dianggap efektif untuk menilai jenis stroke (12).

4. KESIMPULAN

Kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara metode SSS dengan durasi pengkajian. Metode SSS juga berhubungan dengan jumlah diagnosa yang ditetapkan serta lama durasi penetapan diagnosa. Selain itu, terdapat hubungan antara metode ASS dengan durasi pengkajian dan jumlah diagnosa yang ditetapkan. Tidak ada hubungan metode ASS dengan lama durasi penetapan diagnosa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada Stikes Intan Martapura yang sudah memberikan hibah institusi untuk menjalankan penelitian ini sehingga bisa berjalan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

1. AHA. Heart Disease and Stroke Statistics 2018 At-a-Glance. In 2018. Available from: https://www.heart.org/-/media/dataimport/downloadables/heart-disease-andstroke-statistics-2018-at-a-glanceucm_498848.pdf
2. Mobiliu S, Tomayahu M. Effect of Progressive Mobilization on Blood Pressure Changes in Stroke Patients in Icu Room. Jambura J Heal Sci Res

- [Internet]. 2021 Jul 2;3(2):195–205. Available from: <https://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jjhsr/article/view/10133>
3. Riskesdas. Riset Kesehatan Dasar [Internet]. 2018. Available from: http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil_Riskesdas_2018.pdf
 4. Kabir R, Pramanik MAH, Haque SE, Tabassum M, Sultana F. Superiority of Siriraj Stroke Score Over Guy's Hospital Score in Diagnosing Acute Hemorrhagic Stroke at Bedside. *KYAMC J* [Internet]. 2021 Nov 27;12(3):142–6. Available from: <https://www.banglajol.info/index.php/KYAMCJ/article/view/56556>
 5. Bahrudin M, Aisy SR. Sensitivity, Specificity, and Diagnosting Value of Bahrudin's Score in Diagnosing Stroke Compared to CT-Scan. *J Ilmu Kesehat dan Kedoteran Kel* [Internet]. 2020;16(2). Available from: <https://ejournal.umm.ac.id/index.php/sainmed/article/view/15044>
 6. Edzie EKM, Gorleku PN, Dzeffi-Tetty K, Idun EA, Amankwa AT, Aidoo E, et al. Incidence Rate and Age of Onset of First Stroke from CT Scan Examinations in Cape Coast Metropolis. *Heliyon* [Internet]. 2021 Feb;7(2):e06214. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405844021003194>
 7. Gerber Y, Rana JS, Jacobs DR, Yano Y, Levine DA, Nguyen-Huynh MN, et al. Blood Pressure Levels in Young Adulthood and Midlife Stroke Incidence in a Diverse Cohort. *Hypertension* [Internet]. 2021 May;77(5):1683–93. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16535>
 8. Boke U et al. Original Research Paper General Medicine Study For Comparison of Siriraj Stroke Score With Computerised Tomography in Deciding the Type of Stroke Among The Patients. *Glab J Res Anal*. 2021;
 9. Muttaqin A. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika; 2018.
 10. ASA. *Heart Disease and Stroke Statistics 2018 At-a-Glance*. [Internet]. 2018. Available from: https://www.heart.org/-/media/dataimport/downloadables/heart-disease-andstroke-statistics-2018-at-a-glanceucm_498848.pdf
 11. Bs M, K R. Validity of Siriraj Stroke Score in Diff erentiation of Acute Ischemic and Hemorrhagic Stroke in a Tertiary Care Centre. *J Assoc Physicians India* [Internet]. 2020 Jan;68(1):62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31979663>
 12. Athar I et al. Reliability of Siriraj Stroke Score to Distinguish Between Hemorrhagic and Ischemic Stroke. *Brain Hemotthagages*. *Brain*

- Hemotthagages. 2023;
13. Neethi AS, Niyas S, Kannath SK, Mathew J, Anzar AM, Rajan J. Stroke Classification from Computed Tomography Scans Using 3D Convolutional Neural Network. *Biomed Signal Process Control* [Internet]. 2022 Jul;76:103720. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1746809422002427>
 14. Cetinoglu YK, Koska IO, Uluc ME, Gelal MF. Detection and Vascular Territorial Classification of Stroke on Diffusion-Weighted MRI by Deep Learning. *Eur J Radiol* [Internet]. 2021 Dec;145:110050. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0720048X21005313>
 15. Pujiastuti D, Azaria AD. Pentingnya Siriraj Stroke Score di Area Keperawatan Gawat Darurat. *J Kesehat* [Internet]. 2018 Feb 9;5(1). Available from: <http://jurnal.stikesbethesda.ac.id/index.php/jurnalkesehatan/article/view/75>
 16. Saudin D, Rajin M, Kriswanto Y. Perbandingan Siriraj Skor (SS) dan Algoritma Gajah Mada (AGM) kasus stroke di IGD RSUD Dr. Soedono Madiun. *J Edunursing*. 2020;4(1).