

PERBEDAAN SIRIRAJ STROKE SCORE (3S) & DAVE AND DJOENAIIDI STROKE SCORE SYSTEM (3S2D) TERHADAP DURASI PENENTUAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PASIEN STROKE DI IGD

Siti Jamilah^{1*}, M. Sobirin Mohtar², Cynthia Eka Fayuning Tjomiadi³,
Bagus Rahmat Santoso⁴

^{1, 2, 3, 4}Universitas Sari Mulia, Jl. Pramuka No.2, Pemurus Luar, Banjarmasin, Kalimantan Selatan, Indonesia

*E-mail: siti.jamilahphone@gmail.com

Article History

Received: 14-12-2023

Revision: 19-12-2023

Accepted: 23-12-2023

Published: 25-12-2023

Abstract: Stroke patient service in the emergency room provided by nurses and must do it quickly, effectively, and efficiently, this can be achieved with the right assessment instrument. Knowing the difference in the assessment of Siriraj Stroke Score (3S) and Dave and Djoenaidi Stroke Score System (3S2D) on the duration of determining the nursing diagnosis of stroke patients in the emergency room. Quantitative research with one group post test only design, and sampling using purposive sampling of 30 respondents. The statistical test uses the Paired Sample T-test test. The results of the Paired Sample T-test test showed that the average difference in the duration of determining nursing diagnoses in 3S and 3S2D assessment was 7.6 minutes. The lowest difference is 7.1 minutes, and the highest difference is 8.1 minutes. It is known that the t value is $29.135 > t$ table 2.045 and Sig. value of $0.000 < 0.05$. The use of the 3S assessment method is more compatible to be used during emergencies because the assessment method is simple and fast, while the 3S2D assessment is quite time consuming so that this assessment will be easier if it is carried out by 2 nurses.

Keywords: Dave and Djoenaidi Stroke Score System (3S2D), Duration, Siriraj Stroke Score (3S)

Abstrak: Pelayanan pasien stroke di IGD yang di berikan oleh perawat dan di haruskan melakukan nya secara cepat, efektif dan efisien, hal ini bisa di capai dengan adanya instrument pengkajian yang tepat. Mengetahui Perbedaan Pengkajian Siriraj Stroke Score (3S) Dan Dave And Djoenaidi Stroke Score System (3S2D) Terhadap Durasi Penentuan Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke Di IGD. Penelitian kuantitatif dengan desain rancangan *one group post test only design*, dan pengambilan sampel menggunakan purposive sampling sebanyak 30 responden. Uji stastiktik menggunakan uji Paired Sampel T-test. Hasil uji Paired Sampel T-test diketahui bahwa rata-rata perbedaan durasi penentuan diagnosa keperawatan pada pengkajian 3S dan 3S2D adalah sebesar 7,6 menit. Perbedaan paling rendah yaitu 7,1 menit dan perbedaan paling tinggi adalah 8,1 menit. Diketahui bahwa nilai t hitung $29,135 > t$ tabel 2,045 dan nilai Sig. sebesar $0,000 < 0,05$. Penggunaan metode pengkajian 3S lebih compatible digunakan pada saat kegawatdaruratan karena metode pengkajian nya yang sederhana dan cepat, sedangkan pengkajian 3S2D cukup memakan waktu sehingga pengkajian ini akan lebih mudah jika dilakukan oleh 2 orang perawat.

Kata Kunci: Dave and Djoenaidi Stroke Score System (3S2D), Durasi, Siriraj Stroke Score (3S)

How to Cite: Jamilah, S., Mohtar, M. S., Tjomiadi, C. E. F., & Santoso. (2023). Perbedaan Siriraj Stroke Score (3S) & Dave and Djoenadi Stroke Score System (3S2D) Terhadap Durasi Penentuan Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke di IGD. *Indo-MathEdu Intellectuals Journal*, 4 (3), 2830-2842. <http://doi.org/10.54373/imeij.v4i3.598>

PENDAHULUAN

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasukan darah ke otak terganggu karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Sekitar 15 juta orang menderita stroke pertama setiap tahun, dimana sepertiganya atau sekitar 6,6 juta meninggal (3,5 juta wanita dan 3,1 juta pria). Stroke menurut manifestasi klinis disfungsi otak, baik lokal maupun global (umum), berlangsung cepat, lebih dari 24 jam, atau fatal, tanpa sebab selain penyakit pembuluh darah dengan gejala klinis yang kompleks (Rosmary & Handayani, 2020). Waktu emas (*golden window*) dalam penanganan stroke adalah ± 3 jam, artinya dalam 3 jam awal setelah mendapatkan serangan stroke, pasien harus segera mendapatkan terapi secara komprehensif dan optimal dari tim gawat darurat rumah sakit untuk mendapatkan hasil pengobatan yang optimal (Mohtar *et al.*, 2021). Keputusan rujukan dan kecepatan dalam pelaksanaan melakukan tindakan rujukan sangat membantu dalam meminimalkan mortalitas dan kecacatan salah satunya dalam pengkajian komprehensif yang berorientasi pada neurologi kegawatdaruratan. Ini karena ruang lingkup penelitian sistem saraf lebih spesifik dalam jangka pendek dan dapat mengidentifikasi situasi di mana nyawa pasien (Mohtar *et al.*, 2021)

Perawat sebagai praktisi kesehatan yang mana pengkajian merupakan langkah utama dalam melakukan asuhan keperawatan guna menentukan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien stroke melalui beberapa skor, namun dengan banyaknya model pengkajian skor stroke yang memiliki karakteristik tersendiri membuat para perawat menjadi ragu manakah skor stroke yang lebih efektif dalam menetapkan suatu diagnose keperawatan yaitu diantaranya *Siriraj Stroke Score (3S)*, dan *Dave and Djoenadi Stroke Score System (3S2D)*, yang merupakan suatu alat penilaian deficit neurologis terkait dengan stroke dan dirancang dengan alat yang mudah, valid dan dapat diandalkan dalam mengevaluasi pasien stroke (Mohtar *et al.*, 2021). Kedua metode tersebut memiliki kekurangan dan kelebihan nya masing-masing, diperlukan adanya perbandingan dalam penggunaan instrument tersebut demi mengetahui mana yang lebih efektif dalam menentukan diagnosa keperawatan.

Siriraj Stroke Score (SSS) adalah sistem penilaian yang dikembangkan oleh Pongvarin dan Viriyavejakul pada tahun 1991 untuk menilai jenis stroke hemoragik atau iskemik. Penilaian SSS muncul sebagai latar belakang ketika CT scan tidak dilakukan di daerah terpencil. CT scan adalah cara paling akurat untuk membedakan stroke dari stroke iskemik dan hemoragik. Namun, diagnosis dini penderita stroke melalui penilaian klinis dan informasi diperlukan untuk menentukan jenis stroke dan memberikan penanganan yang tepat pada penderita stroke pada momen emas. SSS dibuat dengan tujuan untuk menyediakan alat yang sederhana, andal, aman, dan siap dikembangkan untuk diagnosis klinis stroke di area tanpa

fasilitas CT scan kepala. Keunggulan dari penilaian *Siriraj Stroke Score (3S)* adalah sistem penilaian yang sederhana, murah, dan akurat untuk mengidentifikasi jenis stroke tanpa memerlukan penilaian radiologis. Studi Pujiastuti & Azaria (2018) menemukan bahwa *Siriraj Stroke Score (3S)* memiliki akurasi yang tinggi sehingga dapat membedakan jenis stroke dan dapat menjadi penilaian awal untuk mendiagnosis stroke pada pasien yang tidak dapat menjalani CT scan. *Siriraj Stroke Score (3S)* secara efektif mengidentifikasi jenis stroke dini pada pasien stroke, memungkinkan perawatan yang cepat dan tepat di ruang gawat darurat.

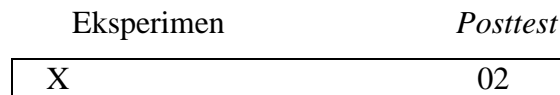
Berdasarkan Studi Pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 29 Maret 2023 di IGD RSUD DR. Moch Ansari Saleh Banjarmasin didapatkan data 8 bulan terakhir (Bulan Juli 2022 s.d Februari 2023) pasien kunjungan ke IGD pasien dengan Stroke Hemoragik sebanyak 111 orang, stroke Non Hemoragik sebanyak 316 orang dan stroke Unspecified sebanyak 39 orang. Saat ditanggal yang sama peneliti melakukan wawancara sederhana dengan 3 orang keluarga pasien dengan stroke didapatkan 1 orang keluarga mengatakan saat tiba IGD lebih dari >5 jam dari terjadinya serangan dan 2 orang keluarga yang lain mengatakan <5 jam namun masih belum pengkajian (anamnesa dan pemeriksaan).

Di negara berkembang, 85,5% kematian terjadi karena stroke dan di seluruh dunia angka kematiannya mencapai 4,4 juta per tahun (WHO, 2010). Di Indonesia stroke adalah penyebab utama kematian berdasarkan prevalensi stroke meningkat setiap tahun. Berdasarkan penelitian Kementerian Kesehatan RI (2013) stroke meningkat sebesar 8,3% per 1000 penduduk pada tahun 2007 menjadi 12,1 persen pada tahun 2013. Dari 14,5% meninggal di ruang gawat darurat krisis. Setiap menit keterlambatan tindakan pada penyakit stroke dapat menyebabkan kehilangan 1,9 juta jiwa, jika ada keterlambatan dalam penanganan pada penyakit ini, maka akan terjadi penuaan otak lebih cepat (Rachmawati, 2019).

Kedua metode pengkajian ini baik itu *Siriraj Stroke Score (3S)* maupun *Dave And Djoenadi Stroke Score System (3S2D)* memiliki perbedaan, yang dimana pengkajian *Siriraj Stroke Score (3S)* hanya menilai 5 komponen seperti (tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, tekanan darah diastolic, dan penanda atheroma), sedangkan *Dave And Djoenadi Stroke Score System (3S2D)* menilai seperti (tekanan darah, aktivitas, nyeri kepala, muntah, dan penurunan kesadaran) serta memiliki score berbeda-beda. Tujuan penelitian untuk mengetahui Perbedaan Pengkajian *Siriraj Stroke Score (3S)* Dan *Dave And Djoenadi Stroke Score System (3S2D)* Terhadap Durasi Penentuan Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke Di IGD

METODE

Metode penelitian yang digunakan pada metode *One Shot Case Study* dengan rancangan *one group post test only design*. Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin. Desain yang digunakan adalah *one group post test only design*, dalam rancangan ini perlakuan atau intervensi *telah* di lakukan (X) kemudian dilakukan pengukuran (observasi) atau posttest (O2). Selama tidak ada kelompok control, hasil O2 tidak mungkin dibandingkan sdengan yang lain. Rancangan ini disebut” *The One-Shot Case Study*”. Hasil observasi ini (O2) hanya memberikan informasi yang bersifat deskriptif. Rancangan tersebut dapat di gambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. *One Group Posttest Design*

Keterangan:

- X : treatmen yang di berikan (variable independent)
- O : observasi (variable dependen)

Dalam rancangan ini sama sekali tidak ada control dan tidak ada internal validitas. Sifatnya yang cepat dan mudah, menyebabkan rancangan ini sering digunakan untuk meneliti suatu program yang inovatif, misalnya di bidang kesehatan. Pada penelitian ini, pasien stroke akan dikaji menggunakan dua pengkajian secara langsung, sehingga dari dua pengkajian tersebut maka akan mendapatkan hasil penentuan durasi terhadap diagnosa. Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke di IGD RSUD DR.H.Moch Ansari Saleh dari data 8 bulan terakhir, yaitu Juli 2022-Februari 2023. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *non probabilitas* dengan *purposive sampling* Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah 30 orang responden, pengambilan sampel ini sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan oleh peneliti.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini lembar pengkajian 3S dan 3S2D serta jam/*stopwatch*. Analisis data yang pada penelitian ini yaitu analisa univariat dan analisa bivariat menggunakan uji *Paired Sampel T-test*. Instrument penelitian alat-alat yang akan di gunakan dalam pengumpulan data (Soekidjo, 2016) Instrument penelitian ini yaitu instrument 3S dan 3S2D menggunakan panduan dan lembar pengkajian metode keperawatan (1) komponen 3S dan 3S2D terdiri dari 5 penilaian, dan (2) Klinis yang dinilai tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, tekanan diastolic darah, penada atheroma.

Skore 3S2D yaitu:

- Tekanan darah diukur di IGD dengan tensimeter air raksa sebanyak 3 kali kemudian diambil reratanya. Nilai $\geq 200/100$ mmHg diberi skor 7,5 dan $< 200/100$ mmHg di beri skor 1.
- Aktivitas: menjelang saat serangan: jika ada aktivitas diberi skor 6,5, bila tidak beraktivitas sama sekali, yaitu belum bangun dari tempat tidur, diberi skor 1.
- Nyeri kepala. saat serangan/saat pasien diperiksa di IGD dinilai secara kuantitatif menggunakan *Numeric Pain Rating Scale* (NPRS) untuk pasien dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15, dan pemeriksaan kualitatif disetarakan dengan NPRS bagi pasien dengan GCS 3-14.
- Muntah proyektil dengan klasifikasi dari onset: langsung muntah sampai ≤ 1 jam diberi skor 10, muntah setelah >1 jam sampai 24 jam diberi skor 7,5, muntah terjadi >24 jam diberi skor 1, tidak muntah diberi 0.
- Penurunan kesadaran, hilang kesadaran langsung sampai 1 jam setelah onset diberi skor 10, hilang kesadaran >1 jam sampai 24 jam setelah onset diberi skor 7,5, hilang kesadaran >24 jam setelah onset diberi skor 1, tidak mengalami penurunan kesadaran (GCS 15) diberi skor 0.

Hasil ukur 3S

Apabila skor yang didapatkan < 1 maka diagnosis stroke non perdarahan dan apabila didapatkan skor ≥ 1 maka diagnosis stroke perdarahan (Pujiastuti, 2017)

Hasil ukur 3S2D

Hasil uji lima variabel menghasilkan titik potong terbaik 17, yaitu jika jumlah skor ≥ 17 maka diagnosis cenderung SH dengan odds ratio 76,53, dan jika jumlah skor < 17 diagnosis cenderung SI. Nilai sensitivitas 90,3%, spesifisitas 89,1%, nilai prediksi positif 89,4%, nilai prediksi negatif 90,1%, dan akurasi 87,5%, serta AUC 97,3% (Umbas, 2015). (1) instrument *Durasi Penentuan Diagnosa Keperawatan* untuk mengukur dan membandingkan kedua metode pengkajian keperawatan, dan (2) waktu/arlogi/stopwatch untuk menentukan durasi pengkajian dan penetapan diagnosa

HASIL**Analisis Univariat***Siriraj Stroke Score (3S)***Tabel 1.** Distribusi frekuensi hasil skor 3S

Hasil Skor (3S)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
<1 (SNH)	12	40
>1 (SH)	18	60
Total	30	100

Tabel 2. Distribusi frekuensi durasi pengkajian 3S

Durasi Pengkajian (3S)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Cepat (≤20 Menit)	26	86,7
Lamba (>20 Menit)	4	13,3
Total	30	100

Mean: 15,73 menit

Tabel 1. Distribusi frekuensi durasi penetapan diagnosa (3S)

Durasi Pengkajian (3S)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Cepat (≤40 Menit)	29	96,7
Lambat (>40 Menit)	1	3,3
Total	30	100

Mean: 29,27 menit

*Dave and Djoenadi Stroke Score System (3S2D)***Tabel 4.** Distribusi frekuensi hasil skor 3S2D

Hasil Skor (3S2D)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
<17 (SNH)	13	43,3
>17 (SH)	17	56,7
Total	30	100

Sumber: Data Primer 2023

Tabel 2 Distribusi frekuensi durasi pengkajian (3S2D)

Durasi Pengkajian (3S2D)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Cepat (≤ 20 Menit)	17	56,7
Lambat (> 20 Menit)	13	43,3
Total	30	100

Mean: 21,30 menit

Sumber: Data Primer 2023

Tabel 3 Distribusi frekuensi durasi penetapan diagnosa (3S2D)

Durasi Pengkajian (3S)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Cepat (≤ 40 Menit)	19	63,3
Lambat (> 40 Menit)	11	36,7
Total	30	100

Mean: 36,87 menit

Sumber: Data Primer, 2023

Analisis Bivariat

Tabel 4 Uji Normalitas

	Grup	Statistic	Shapiro-Wilk	
			Df	Sig.
Durasi	3S	.962	30	.346
	3S2D	.959	30	.297

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Sumber: Data Primer, 2023

DISKUSI

Siriraj Stroke Score (3S)

Ditemukan hasil (table 1) pada skor pengkajian 3S menyatakan terdapat pasien dengan SH (stroke hemoragik) yaitu sebanyak 18 orang (60%). Sementara pasien dengan SNH (stroke non hemoragik) terdapat sebanyak 12 orang (40%). Pemilihan pemakaian *Siriraj score* dikarenakan *Siriraj score* telah diterima secara luas dan diklaim memiliki tingkat sensitivitas tinggi, baik untuk stroke iskemik dan hemoragik yang masing-masing sebesar 89,3% dan 93,2%, sehingga tingkat akurasi rata-rata 90,3% (Nurhidayat *et al.*, 2019) Skor Siriraj juga menjadi suatu penilaian atau skoring yang dapat membantu dan diandalkan untuk mengetahui jenis stroke

secara efektif dari reaksi klinis yang dialami oleh pasien. Skor Siriraj digunakan untuk menentukan jenis stroke hemoragik dan iskemik. Skor Siriraj digunakan dengan melakukan observasi pada pasien dan menjumlahkan data yang mencakup tingkat kesadaran, muntahan selama 2 jam serangan, tekanan darah, nyeri kepala dan adanya atheroma. Skor Siriraj memiliki keuntungan dalam pengumpulan data secara tepat, cepat, sederhana dan sering digunakan dalam beberapa penelitian, serta memiliki keakurasian yang tinggi sebesar 91% dalam menentukan jenis stroke (Putri & Budi, 2023)

Berdasarkan hasil skor pada lembar penilaian Siriraj Stroke Score (3S) didapatkan hasil yang sama dengan CT Scan, yang dimana penilaian 3S dapat membantu tenaga medis dalam membedakan jenis stroke pada pasien. Penelitian Athar et al., (2023) mengungkapkan bahwa skor 3S sangat sensitive dan khusus untuk mengidentifikasi jenis stroke pada populasi Pakistan yang dimana tidak ada fasilitas pemeriksaan CT Scan. Kelebihan pengkajian 3S adalah mudah, hemat biaya dan sistem penilaian akurat dalam mengidentifikasi jenis stroke tanpa pemeriksaan radiologi. Penelitian Pujiastuti & Azaria (2018) mengungkapkan bahwa 3S memiliki akurasi tinggi dalam membedakan jenis stroke dan dapat menjadi penilaian awal (initial assessment) untuk mendiagnosis jenis stroke pada pasien saat CT-Scan yang belum dapat dilakukan. Siriraj Stroke Score (3S) efektif dalam mengidentifikasi secara dini jenis stroke pada pasien stroke agar mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat di IGD (Putri & Budi, 2023)

Penilaian *Siriraj Stroke Score* (3S). Apabila skor yang didapatkan <1 maka diagnosis stroke non perdarahan dan apabila didapatkan skor ≥ 1 maka diagnosis stroke perdarahan (Pujiastuti & Azaria, 2018). Berdasarkan pengalaman penggunaan instrumen metode pengkajian 3S peneliti merasa mampu melakukan sendiri dalam waktu yang singkat, dikarenakan jumlah pertanyaan atau jumlah komponen pengkajiannya yang sederhana, yaitu ada 5 point dan tidak memerlukan instrument/alat bantu tambahan.

Dave and Djoenadi Stroke Score System (3S2D)

Hasil penelitian pada (tabel 4.4) menunjukkan bahwa skor 3S2D pada pasien SH (stroke hemoragik) sebanyak 17 orang (56,7%), dan untuk pasien dengan SNH (stroke non hemoragik) terdapat sebanyak 13 orang (43,3%). Sistem skor *stroke Dave and Djoenadi* merupakan sistem perhitungan skor yang dapat digunakan untuk membedakan stroke hemoragik dan stroke iskemik oleh dokter layanan primer dan saraf di rumah sakit yang tidak mempunyai fasilitas CT scan. Tujuan khusus penggunaan sistem skoring ini yaitu menentukan variabel: kesadaran, nyeri kepala, tekanan darah, muntah, dan aktivitas sebagai komponen prediktor sistem skor stroke. Menemukan *cut-off point* skor yang bermakna untuk membedakan SH dan SI serta menemukan *area under the*

curve yang baik, selain itu dapat menemukan nilai prediksi positif, nilai prediksi negatif, sensitivitas, dan spesifisitas serta akurasi yang baik dalam membedakan diagnosis SH dan SI (Umbas, 2015).

Lima variabel untuk membedakan jenis *stroke*, yaitu tekanan darah saat masuk rumah sakit, aktivitas saat serangan *stroke*, nyeri kepala, muntah, dan kesadaran :

- Tekanan darah, seperti halnya pada penelitian ini, penelitian Gunawan D (1998) yang memiliki sensitivitas 91,83%, spesifisitas 87%, dan akurasi 88,65% dan Rauf N (2008) yang memiliki sensitivitas 82,4%, spesifisitas 86,8%, dan akurasi 85,2% juga menemukan bahwa tekanan darah $\geq 200/100$ mmHg lebih banyak ditemukan pada kasus SH.
- Aktivitas, ditemukan bahwa persentase pasien dengan riwayat beraktivitas pada penelitian ini lebih banyak pada SH dibanding SI ($p < 0,001$). Widjaja, Gunawan, dan Rauf juga mendapatkan bahwa aktivitas saat serangan SH lebih dominan.^{10,11,13} Aktivitas fisik sangat berhubungan dengan peningkatan fungsi saraf simpatis, terjadi peningkatan kadar norepinefrin, sehingga akan meningkatkan curah jantung dan kemudian menaikkan tekanan darah.¹³ Aktivitas berat meningkatkan tekanan intraabdominal (manuver Valsava) dapat meningkatkan risiko *stroke* perdarahan.
- Nyeri kepala, pada penelitian ini banyak ditemukan pada penderita SH (66,66%), dibanding SI (63,04%) ($p < 0,005$). Hasil ini tidak jauh berbeda dari penelitian Abadi V, *et al*, di mana pada 1411 pasien *stroke*, nyeri kepala ditemukan lebih banyak pada perdarahan intraserebral (46,3%) dibanding pada SI (13,5%). Pada kasus SI, nyeri kepala disebabkan stimulasi langsung dinding pembuluh darah dan reseptor nyeri di sekitarnya oleh pembuluh darah yang tersumbat yang mengaktivasi sistem trigeminovaskuler. Pada SH, nyeri kepala disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial akibat hematoma yang secara langsung atau tidak langsung menyebabkan traksi selaput meningen dan pembuluh darah di dalamnya
- Muntah ≤ 24 jam, didapatkan lebih banyak pada SH dibandingkan pada SI, yaitu 36,56% : 8,7% ($p < 0,005$). Sahni juga menemukan bahwa nyeri kepala dan muntah lebih banyak ditemukan pada *stroke* perdarahan intraserebral dibanding *stroke* iskemik. Mekanisme muntah dapat oleh rangsang pusat muntah di dasar ventrikel empat (fossa posterior) atau karena peningkatan tekanan intrakranial (sirkulasi anterior)
- Penurunan kesadaran ≤ 24 jam didapatkan lebih sering pada SH dibanding- kan pada SI, yaitu 87,1% : 20,65% ($p < 0,001$). Pada penelitian Widjaja (1988), kesadaran menurun langsung pada 18,2% kasus perdarahan intraserebral, sedangkan pada 31,8% kasus kesadaran menurun beberapa menit sampai beberapa jam.

Hasil uji lima variabel menghasilkan titik potong terbaik 17, yaitu jika jumlah skor ≥ 17 maka diagnosis cenderung SH dengan *odds ratio* 76,53, dan jika jumlah skor < 17 diagnosis cenderung SI. Nilai sensitivitas 90,3%, spesifisitas 89,1%, nilai prediksi positif 89,4%, nilai prediksi negatif 90,1%, dan akurasi 87,5%, serta AUC 97,3% (Umbas, 2015). Pada saat melakukan metode pengkajian 3S2D, peneliti agak merassa kesulitan menggunakan instrument ini dikarenakan ada pengkajian yang cukup memakan waktu salah satunya seperti (pengukuran TD) sehingga peneliti berpendapat bahwa penggunaan instrument ini akan lebih mudah jika dilakukan oleh 2 orang perawat.

Perbedaan Siriraj Stroke Score (3S) & Dave and Djoenadi Stroke Score System (3S2D)

Berdasarkan hasil uji Paired Sampel T-test diketahui bahwa Rata-rata perbedaan durasi penentuan diagnosa keperawatan pada pengkajian 3S dan 3S2D adalah sebesar 7,6 menit. Perbedaan paling rendah yaitu 7,1 menit dan perbedaan paling tinggi adalah 8,1 menit. Berdasarkan uji Paired Sampel T-test diketahui bahwa nilai t hitung $29,135 > t_{2839}$ $2,045$ dan nilai Sig. sebesar $0,000 < 0,05$. Maka, H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat perbedaan bermakna antara pengkajian 3S dan 3S2D terhadap penentuan diagnosa keperawatan pasien stroke.

Penelitian Mohtar et al., (2022) mengungkapkan bahwa metode pengkajian *Siriraj Stroke Score* dan *NIHSS* efektif dalam penetapan diagnosa keperawatan actual pada pasien stroke di IGD tetapi pengkajian *Siriraj Stroke Score* lebih efektif digunakan karena memiliki pengkajian yang simple dan sederhana dari pada *NIHSS* sehingga dalam pengkajian tidak menggunakan waktu yang lama. Pengkajian dengan *Siriraj Stroke Score* membutuhkan waktu < 10 menit (100%), sedangkan *NIHSS* > 10 hingga > 20 menit (96,7%). Nilai sensitivitas skor *Siriraj stroke score* dalam deteksi infark serebri sebesar 87,93% dan spesifisitas sebesar 77,27%. Nilai sensitivitas skor Siriraj dalam deteksi perdarahan serebri sebesar 77,27% dan spesifisitas sebesar 58,93%. Keseluruhan akurasi skor *Siriraj* adalah 85%. Menunjukkan 3S merupakan alat pengkajian sederhana untuk menilai penyebab dan tingkat kegawatan stroke, dengan nilai sensitivitas antara 68-87, 3% dan nilai spesifisitas antara 64-91, 13%. Hasil kesesuaian dengan CT-Scan mempunyai nilai yang baik yaitu 70-85%. Dan 3S merupakan alat kajian sederhana yang dapat mengkaji jenis stroke dan dapat digunakan petugas kesehatan dengan fasilitas CT-Scan terbatas (Pujiastuti & Azaria, 2018)

Nilai skor *Siriraj* lebih dari 1 (satu) mengindikasikan perdarahan intraserebral supratentorial, sedangkan nilai di bawah -1 (minus satu) mengindikasikan infark serebri. Nilai antara 1 dan -1 menunjukkan hasil belum jelas, sehingga membutuhkan CT scan kepala.

Akpunonu et al, mengevaluasi efikasi skor *Siriraj* pada populasi Amerika Serikat, melibatkan 302 pasien stroke di Ohio. Skor *Siriraj* dapat mengklasifikasikan 254 pasien dari 302 pasien dengan sensitivitas 36% untuk stroke perdarahan dan 90% untuk stroke iskemik. Nilai duga positif 77% untuk stroke perdarahan dan 61% untuk stroke iskemik, menunjukkan bahwa skor *Siriraj* kurang reliabel dalam membedakan jenis stroke di populasi Amerika. Skoring *Siriraj* memiliki kelebihan lain yaitu, lebih mudah dalam penghitungan, sederhana, cepat dan lebih efisien. Sehingga tepat untuk diterapkan dalam pemeriksaan awal pada pasien dengan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien, Peneliti merekomendasikan penggunaan skor *Siriraj* sebagai instrumen untuk membantu memprediksi jenis stroke pada pemeriksaan awal dengan performa yang baik, skoring stroke dapat digunakan untuk penilaian di IGD yang menuntut penentuan diagnosa secara cepat (Meilyana & Yunita, 2023).

Untuk Sistem Skor *Stroke Dave & Djoenadi* memiliki Sensitivitas 90,3%, Spesifitas 89,1%, Akurasi 89,75, dan *area under the curve* (AUC) 97,3% Dari tabel tersebut, dapat disimpulkan bahwa sistem skor oleh Dave dan Djoenadi lebih akurat karena memiliki keandalan yang tinggi dan juga sudah diterapkan di Indonesia (Sutarwi, Bakhtiar, & Rochana, 2020). Hal ini disebabkan karena metode pengkajian 3S yang sederhana dan cepat, tidak memiliki skor yang berbeda pada setiap pengkajiannya, sementara itu untuk metode pengkajian 3S2D harus memerlukan *cut off point* (membedakan skor pada setiap 5 komponen pengkajian) terlebih dahulu sehingga pengkajian 3S2D ini lebih komprehensif dibandingkan dengan 3S. Menurut peneliti, penggunaan metode pengkajian 3S lebih compatible digunakan pada saat kegawatdaruratan karena metode pengkajiannya yang sederhana dan cepat untuk penatalaksanaan awal dalam melakukan pengkajian terhadap diagnosa utama keperawatan.

KESIMPULAN

Pada penelitian skor pengkajian 3S menyatakan terdapat pasien dengan SH (stroke hemoragik) yaitu sebanyak 18 orang (60%). Sementara pasien dengan SNH (stroke non hemoragik) terdapat sebanyak 12 orang (40%). Hasil penelitian skor 3S2D menunjukkan bahwa skor 3S2D pada pasien SH (stroke hemoragik) sebanyak 17 orang (56,7%), dan untuk pasien dengan SNH (stroke non hemoragik) terdapat sebanyak 13 orang (43,3%). Rata-rata perbedaan durasi penentuan diagnosa keperawatan pada pengkajian 3S dan 3S2D adalah sebesar 7,6 menit. Perbedaan paling rendah yaitu 7,1 menit dan paling tinggi adalah 8,1 menit. Berdasarkan uji Paired Sampel T-test diketahui bahwa nilai t hitung $29,135 > t$ tabel $2,045$ dan nilai Sig. sebesar $0,000 < 0,05$. Maka, H_0 ditolak dan H_a diterima yang berarti terdapat

perbedaan bermakna antara pengkajian 3S dan 3S2D terhadap penentuan diagnosa keperawatan pasien stroke.

REKOMENDASI

Dari pengalaman peneliti menggunakan metode pengkajian 3S dan 3S2D, peneliti menyarankan pada metode pengkajian 3S2D agar biasanya di lakukan oleh 2 orang perawat, dikarenakan penelitian nya yang memerlukan pemilihan skor (*cut off point*) terlebih dahulu, sehingga cukup memakan waktu yang lama pada saat melakukan penelitian.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Bapak M. Sobirin Mohtar, Ns., M.Kep, Ibu Cynthia Eka Fayuning Tjomiadi, Ns., MNS dan Bapak Bagus Rahmat Santoso, Ns., M.Kep yang telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyelesaian penelitian ini.

REFERENSI

- Athar, I., Malik, A. M., Khattak, N. N., Anis, A., Iqbal, M., Majid, H., & Badshah, M. (2023). Reliability of Siriraj stroke score to distinguish between hemorrhagic and ischemic stroke. *Brain Hemorrhages*, 4(1), 13–16. Diambil dari [10.1016/j.hest.2022.07.002](https://doi.org/10.1016/j.hest.2022.07.002)
- Meilyana, B. D., & Yunita, A. (2023). Akurasi Skor Siriraj dalam Memprediksi Jenis Stroke. *Indonesian Journal on Medical Science*, 10(1), 1–7. Diambil dari <http://ejournal.poltekkesbhaktimulia.ac.id/index.php/ijms/article/view/375>
- Mohtar, M. S., Rahman, S., Apriannor, A., & Auliyah, G. R. (2021). Efektifitas Metode Pengkajian Siriraj Stroke Score (SSS) dan National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) dalam Penetapan Diagnosa Keperawatan Aktual Pasien Stroke di Ruang IGD. *DINAMIKA KESEHATAN: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 12(2), 529–547. Diambil dari <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/741>
- Nurhidayat, S., Andarmoyo, S., Widiyati, W., & Kusumaningsih, D. (2019). Hubungan antara Penilaian Hasil Siriraj Score dengan Jenis Stroke di Dr. Harjono S Ponogoro. *Ist Prosiding Seminar Nasional Fakultas Ilmu Kesehatan*, 7–13.
- Pujiastuti, D., & Azaria, A. D. (2018). Pentingnya Siriraj Stroke Score Di Area Keperawatan Gawat Darurat. *Jurnal Kesehatan*, 5(1).
- Putri, E. B. W., & Budi, A. W. S. (2023). Penentuan Stroke Ditinjau Dengan Siriraj Stroke Score (SSS) Determination of Stroke Reviewed With the Siriraj Stroke Score (SSS). *Journal Nursing Army*, 4(1), 76–82.
- Rachmawati, D. (2019). Peran Perawat dalam Assessment Pengenalan Dini untuk Meningkatkan Outcome Pasien Stroke di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 6(2), 163–171.
- Rosmary, M. T. N., & Handayani, F. (2020). Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 32–39. Diambil dari <http://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.32-39>

- Sutarwi, S., Bakhtiar, Y., & Rochana, N. (2020). Sensitivitas dan Spesifitas Skor Stroke Literature Review. *Gaster*, 18(2), 186. Diambil dari <http://doi.org/10.30787/gaster.v18i2.521>
- Umbas, D. G. (2015). Aplikasi Sistem Skor Stroke Dave dan Djoenaidi (SSSDD) untuk Membedakan Stroke Hemoragik dan Stroke Iskemik. *CDK-222*, 42(9), 647–652.