

**MODUL PANDUAN  
PENGUNAAN E-SKRISTROKE  
(ELEKTRONIK SKRINING STROKE)  
UNTUK MELAKUKAN PENGKAJIAN AWAL  
PADA PASIEN STROKE**

Oleh  
Suhartini, S.Kp., MNS., Ph.D  
Ns. Ricky Prawira, S.Kep  
Ns. Maya Dwi Yustini, M.Kep

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
2022**

**MODUL PANDUAN**  
**PENGUNAAN E-SKRISTROKE**  
**(ELEKTRONIK SKRINING STROKE)**  
**UNTUK MELAKUKAN PENGKAJIAN AWAL**  
**PADA PASIEN STROKE**

**Oleh:**

**Suhartini, S.Kp., MNS., Ph.D**

**Ns. Ricky Prawira, S.Kep**

**Ns. Maya Dwi Yustini, M.Kep**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS DIPONEGORO**

**2022**

## **PRAKATA**

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena Modul Panduan Penggunaan E-Skistroke (Elektronik Skrining Stroke) Untuk Melakukan Pengkajian Awal Pada Pasien Stroke ini selesai disusun. Modul ini disusun sebagai panduan dalam melakukan pengkajian awal pada pasien stroke yang dapat digunakan perawat diruang IGD.

Penulis menyadari apabila dalam penyusunan modul ini terdapat kekurangan, tetapi penulis meyakini sepenuhnya bahwa sekecil apapun modul ini tetap memberikan manfaat.

Semarang, Desember 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	ii
PRAKATA .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL .....	v
DAFTAR GAMBAR .....	vi
KONSEP PASIEN STROKE.....	1
KONSEP PROGRAM SKRINING STROKE MELALUI E-SKRISTROKE. ....	2
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGGUNAAN E-SKRISTROKE .....	11
DAFTAR PUSTAKA .....	13

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1.	Standar Operasional Prosedur Penggunaan E-Skistroke	Hal 11
----------	---	--------

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1	Halaman Depan	2
Gambar 2	Penilaian Tingkat Kesadaran	3
Gambar 3	Penilaian Menjawab Pertanyaan	4
Gambar 4	Penilaian Melakukan Perintah	4
Gambar 5	Penilaian Gerakan Mata	5
Gambar 6	Penilaian Lapang Pandang	5
Gambar 7	Penilaian Paresi Wajah	6
Gambar 8	Penilaian Motorik Lengan	6
Gambar 9	Penilaian Motorik Tungkai	7
Gambar 10	Penilaian Ataksia	7
Gambar 11	Penilaian Sensorik	8
Gambar 12	Penilaian Bahasa	8
Gambar 13	Penilaian Disatria	9
Gambar 14	Penilaian Pengabaian	9
Gambar 15	Tampilan Hasil Penilaian	10

## A. Konsep Pasien Stroke

Penurunan kesadaran merupakan masalah yang sangat sering dijumpai petugas kesehatan terutama di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Penentuan status kesadaran pasien biasanya akan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) <sup>1</sup>. Penyebab penurunan kesadaran terbagi menjadi dua yaitu karena trauma dan non trauma. Penyebab penurunan kesadaran karena non trauma yang terkadang membuat petugas kesulitan dalam mencari penyebabnya.

Salah satu penyebab kasus penurunan kesadaran pada kasus non trauma yaitu gangguan metabolik, intoksikasi, iskemik, perdarahan, stroke, tumor otak, infeksi sistem syaraf pusat, hipoglikemi, serta psikogenetik <sup>2</sup>. Stroke merupakan penyebab kematian ke tiga di Indonesia setelah penyakit jantung dan kanker dan merupakan penyakit dengan tanda dan gejala adanya penurunan kesadaran.

Penyebab stroke pada pasien sangatlah bervariasi antara lain dikarenakan hipertensi yang tidak terkontrol dan peningkatan kadar gula darah yang berlebih. Kematian mendadak pada pasien stroke merupakan komplikasi yang sering terjadi, hal ini dikarenakan *golden prioed* pada pasien stroke adalah <3 jam. Pasien yang datang ke IGD tidak jarang telah melewati *golden prioed* tersebut, hal ini dikarenakan jarak ke rumah sakit yang jauh, kurangnya pengetahuan keluarga tentang tanda gejala stroke, serta pasien yang ditinggal sendiri dan tidak diketahui bahwa sedang mengalami tanda gejala dari stroke.

Pengkajian pasien stroke hendaklah dilakukan dengan cepat mengingat *golden prioed* pasien stroke >3 jam sehingga memerlukan tatalaksana yang cepat. Pengkajian pasien stroke yang cukup dikenal yaitu Pengkajian *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) dimana pengkajian ini merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada <sup>3</sup>.

Skala NIHSS merupakan instrument untuk menilai gangguan neurologis. Kecepatan penilaian ini yang merupakan tindakan dasar menangani kasus stroke <sup>4</sup>. Semakin tinggi nilai NIHSS pada pasien stroke berarti semakin berat derajat keparahannya <sup>5</sup>.

## **B. Konsep Program Skrining Stroke Melalui E-Skristroke**

E-Skristroke merupakan program skrining awal pasien stroke menggunakan aplikasi berbasis android yang memudahkan petugas kesehatan terutama perawat dalam melakukan pengkajian awal dan skoring pasien stroke di ruang instalasi gawat darurat (IGD). Adapun detail dari program E-Skristroke ini merupakan penggabungan pengkajian *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) dengan program aplikasi berbasis android, dengan beberapa fitur sebagai berikut:

### **1. Halaman Depan**

Pada halaman depan terdapat menu “Mulai” untuk memulai menggunakan program ini, menu “Petunjuk Penggunaan” untuk membaca cara menggunakan program ini, menu “Artikel” untuk membaca artikel seputar stroke, dan menu “Algoritma” untuk membaca algoritma penanganan pasien stroke.



**Gambar 1. Halaman Depan**



## 2. Halaman Penilaian 1 (Tingkat Kesadaran)

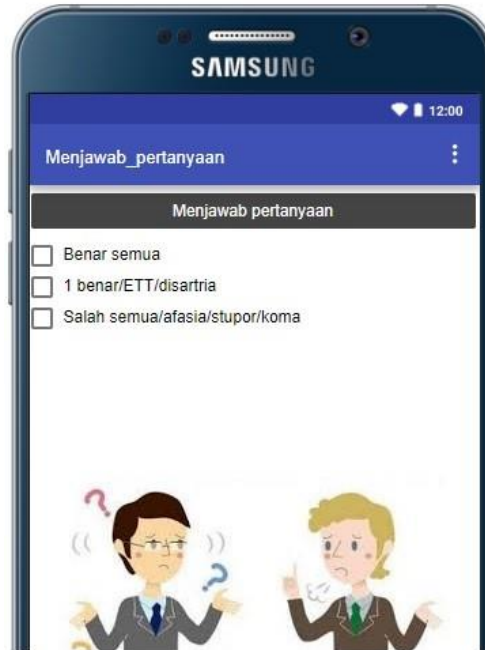
Halaman penilaian pertama pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian tingkat kesadaran pasien meliputi: Sadar penuh, Dapat dibangunkan dengan suara, Dapat berespon dengan stimulasi nyeri, atau Tidak sadar (koma).



**Gambar 2. Penilaian Tingkat Kesadaran**

## 3. Halaman Penilaian 2 Menjawab Pertanyaan

Halaman penilaian kedua pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian pasien dengan cara memberikan pertanyaan, dengan nilai benar semua, 1 benar/ terpasang ETT/ disatria, atau Salah Semua/ afasia/ stupor/ koma.



**Gambar 3. Penilaian Menjawab Perintah**

4. Halaman Penilaian 3 Mengikuti Perintah

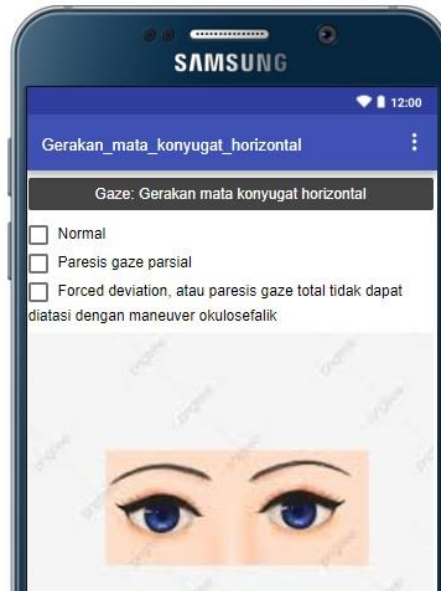
Halaman penilaian ketiga pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian pasien dengan cara memberikan perintah, dengan nilai mampu melakukan 2 perintah, mampu melakukan 1 perintah, atau tidak mampu melakukan perintah.



**Gambar 4. Penilaian Melakukan Perintah**

5. Halaman Penilaian 4 Gerakan Mata

Halaman penilaian keempat pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian gerakan mata pasien dengan hasil: Normal, Parasis gaze partial, atau Forced deviation, atau Parasis total.



**Gambar 5. Penilaian Gerakan Mata**

6. Halaman Penilaian 5 Lapang Pandang

Halaman penilaian kelima pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian lapang pandang dengan hasil: tidak ada gangguan, paralisis minor, paralisis parsial, paralisis komplit.



**Gambar 6. Lapang Pandang**

7. Halaman Penilaian 6 Paresis Wajah

Halaman penilaian keenam pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian paresis wajah dengan hasil: Normal, Paralisis minor, Paralisis parsial, atau Paralisis komplit.



**Gambar 7. Penilaian Paresis wajah**

8. Halaman Penilaian 7 Motorik Lengan

Halaman penilaian ketujuh pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian motorik lengan baik lengan kiri maupun lengan kanan.



**Gambar 8. Penilaian Motorik Lengan**

### 9. Halaman Penilaian 8 Motorik Tungkai

Halaman penilaian kedelapan pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian motorik tungkai baik tungkai kiri maupun tungkai kanan.



**Gambar 9. Penilaian Motorik Tungkai**

### 10. Halaman Penilaian 9 Ataksia

Halaman penilaian kesembilan pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian ataksia pada pasien, dengan nilai: Tidak ada ataksia, Ataksia satu ekstremitas, atau ataksia 2 atau lebih ekstremitas.



**Gambar 10. Penilaian Ataksia**

### 11. Halaman Penilaian 10 Sensorik

Halaman penilaian kesepuluh pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian sensorik pada pasien, dengan nilai: Normal, Gangguan sensorik ringan-sedang, atau Gangguan sensorik berat.



**Gambar 11. Penilaian sensorik**

### 12. Halaman Penilaian 11 Bahasa

Halaman penilaian kesebelas pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian bahasa pada pasien, dengan nilai: Normal, Afasia ringan-sedang, Afasia berat, atau Mutisme/ afasia global.



**Gambar 12. Penilaian Bahasa**

### 13. Halaman Penilaian 12 Disartia

Halaman penilaian kedua belas pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian disartia pada pasien, dengan nilai: Normal, Ringan-sedang, Berat, atau Mutisme.



**Gambar 13. Penilaian Disartia**

### 14. Halaman Penilaian 13 Pengabaian

Halaman penilaian ketiga belas pada skrining ini yaitu dengan melakukan penilaian pengabaian dan inatensi pada pasien, dengan nilai: tidak ada neglect, tidak ada atensi pada satu modalitas, atau tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas.



**Gambar 14. Penilaian Pengabaian**

## 15. Halaman Hasil Penilaian

Pada halaman ini terdapat hasil skoring akhir dari pengkajian pada pasien stroke dengan kesimpulan skor <5 defisit neurologis ringan, skor 6-14 defisit neurologis sedang, skor 15-24 defisit neurologis berat, skor >25 defisit neurologis sangat berat.



**Gambar 15. Tampilan Hasil Penilaian**



Tabel 1. Standar Operasional Prosedur Penggunaan E-Skistroke

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b>	<b>PENGAJIAN AWAL PASIEN STROKE (MENGUNAKAN E-SKRISTROKE)</b>
<b>PENGERTIAN</b>	Penilaian awal pasien stroke menggunakan program E-Skistroke.
<b>TUJUAN</b>	Penilaian dilakukan untuk melihat status neurologis pasien stroke.
<b>INDIKASI</b>	Pasien pada keadaan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dicurigai Stroke</li> <li>2. Pasien IGD yang mengalami penurunan kesadaran dan beresiko mengalami stroke</li> <li>3. Pasien stroke yang telah mendapatkan perawatan untuk evaluasi status neurologis</li> </ol>
<b>PETUGAS</b>	<b>Perawat</b>
<b>PERALATAN</b>	<i>Smartphone, handscoon, hand rub.</i>
<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>	A. Tahap Pra Interaksi Menyiapkan alat
	B. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Mengucapkan salam</li> <li>3. Menjelaskan tujuan pengkajian/penilaian</li> <li>4. Menjelaskan langkah dan prosedur</li> <li>5. Menanyakan kesiapan pasien</li> <li>6. Atur posisi pasien nyaman mungkin</li> <li>7. Lakukan penilaian dari awal sampai akhir sesuai petunjuk pada program E-Skistroke</li> <li>8. Catat hasil skoring menggunakan program E-Skistroke.</li> </ol>
	C. Tahap Terminasi

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merapikan alat</li> <li>2. Cuci tangan</li> <li>3. Dokumentasi tindakan yang dilakukan</li> </ol>	
	<p>D. Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat tanggal dan waktu pengkajian</li> <li>2. Catat hasil skoring dari pengkajian menggunakan program E-Skistroke</li> <li>3. Catat hasil observasi pasien selama dan setelah tindakan.</li> </ol>	
	<p><b>Sikap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematis</li> <li>2. Hati-hati</li> <li>3. Berkomunikasi</li> <li>4. Mandiri</li> <li>5. Teliti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tanggap terhadap respon pasien</li> <li>7. Rapih</li> <li>8. Menjaga privasi</li> <li>9. Sopan.</li> </ol>

## DAFTAR PUSTAKA

1. Marbun AS, Sinuraya E, Amila A, Simanjuntak GV. Glasgow Coma Scale (GCS) dan Tekanan Darah Sistolik Sebagai Prediktor Outcome Pasien Cedera Kepala: Glasgow Coma Scale and Systolic Blood Pressure As Outcome Predictors For Head Injury Patients. *Bali Med J.* 2020;7(2):146–53.
2. Aprilia M, Wreksoatmodjo BR. Pemeriksaan Neurologis pada Kesadaran Menurun. *Cermin Dunia Kedokt.* 2015;42(10):780–6.
3. Hartigan I, O’Connell E, O’Brien S, Weathers E, Cornally N, Kilonzo B, et al. The Irish national stroke awareness campaign: a stroke of success? *Appl Nurs Res.* 2014;27(4):e13–9.
4. Hudak; Gallo. Keperawatan kritis. pendekatan holistik. 10th ed. Hudak, editor. Jakarta: ECG; 2010.
5. Harding A. Stroke Scales You Can Use. *J Emerg Nurs.* 2010;36(1):40–52.