

# MODUL PEMBERDAYAAN KADER DALAM PERAWATAN STROKE BERBASIS KELUARGA



## **Tim Penulis:**

1. Dr. dr. Aisyah Lahdji, MM., MMR., FISPH., FISCAM
2. Wahyu Gito Putro, SKM., M.Kes
3. dr. Merry Tyas Anggraini, M.Kes., FISPH., FISCAM
4. dr. Lukman Faishal F., M.Biomed

FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG

## KATA PENGANTAR

Dengan penuh rasa syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat-Nya, sehingga "Modul Pemberdayaan Kader dalam Perawatan Stroke Berbasis Keluarga" ini dapat terselesaikan dengan baik. Modul pelatihan ini disusun berdasarkan kebutuhan Kader Kesehatan sebagai panduan dalam mendampingi dan memberikan edukasi kepada *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah. Peran Kader sangat strategis untuk menjembatani antara keluarga dan layanan kesehatan, serta membantu mencegah terjadinya komplikasi pada pasien stroke.

Isi modul ini mencakup berbagai informasi penting yang harus diajarkan dan didemonstrasikan oleh Kader kepada keluarga, seperti faktor risiko kekambuhan, strategi meningkatkan kesehatan mental *family caregiver*, panduan latihan yang perlu diberikan, serta rekomendasi makanan untuk mendukung proses pemulihan. Modul ini juga membekali Kader dengan kemampuan untuk memantau kondisi pasien dan keluarga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa modul ini tentu dapat terselesaikan dengan adanya dukungan dari berbagai pihak. Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang secara langsung maupun tidak langsung dalam membantu penyelesaian modul ini.

Semarang, Januari 2026

Penyusun

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1. LATAR BELAKANG .....	1
2. TUJUAN.....	2
3. RUANG LINGKUP.....	3
4. SASARAN.....	4
BAB II.....	7
TUGAS DAN FUNGSI KADER .....	7
BAB III MENGENAL STROKE .....	13
1. DEFINISI STROKE.....	13
2. PENYEBAB STROKE.....	13
3. FAKTOR YANG DAPAT MENYEBABKAN STROKE .....	13
4. GEJALA STROKE .....	14
5. PENANGANAN STROKE.....	15
6. PENCEGAHAN STROKE.....	15
BAB IV.....	16
1. PEMANTAUAN MINUM OBAT .....	16
2. KEBERSIHAN DIRI PASIEN STROKE.....	16
BAB IV.....	22
1. PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN MOBILITAS .....	22
2. PASIEN DENGAN SUSAH MENELAN .....	26
3. MELATIH KEMANDIRIAN PASIEN STROKE.....	27
4. PELATIHAN PEREGANGAN .....	31
5. PELATIHAN PENGUATAN OTOT.....	36
6. PELATIHAN FUNGSIONAL .....	39
BAB V.....	42
1. KEBUTUHAN ENERGI DAN GIZI.....	42
2. GIZI SEIMBANG.....	44
3. BENTUK DAN TEKSTUR MAKANAN .....	46
4. DIET BAGI PASIEN STROKE.....	47
5. DIET BAGI PASIEN STROKE DENGAN KESULITAN MENELAN .....	48
BAB VI.....	49

1.	PENGERTIAN.....	49
2.	PENTING UNTUK KADER.....	49
3.	KESEHATAN MENTAL YANG DIALAMI PASIEN STROKE.....	53
	BERDASARKAN KARAKTERISTIK.....	58
	CATATAN: .....	60
	BAB VII PENUTUP .....	61
	DAFTAR PUSTAKA.....	62

# BAB I PENDAHULUAN

## 1. LATAR BELAKANG

Stroke kini telah menjadi tantangan kesehatan global yang serius, menempati posisi sebagai salah satu penyebab utama kematian dan disabilitas jangka panjang di berbagai negara. Data *World Health Organization* (WHO) mengindikasikan beban yang tidak merata, di mana 79% kasus stroke terjadi di negara berpendapatan menengah ke bawah. Di Indonesia, urgensi penanganan stroke tergambar jelas dari prevalensi nasional yang mencapai 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Variasi insidensi terlihat antarwilayah, mulai dari yang terendah di Papua (4,1 per 1000) hingga tertinggi di Kalimantan Timur (14,7 per 1000). Secara khusus di Jawa Tengah, angka prevalensi tercatat sebesar 11,8 per 1000 penduduk, sebuah indikator yang menuntut perhatian lebih. Selain itu, pergeseran pola penyakit kini menunjukkan bahwa stroke tidak hanya menyerang lansia; insidensi pada usia produktif (45–49 tahun) cukup tinggi, bahkan ditemukan kasus pada kelompok usia muda (20–24 tahun), yang menandakan perlunya intervensi sedini mungkin.

Dampak klinis pasca-stroke sangat kompleks dan mengubah kualitas hidup penderitanya secara drastis. Mayoritas pasien mengalami gangguan motorik (80-85%) yang membatasi mobilitas, disusul gangguan bahasa atau afasia (20-25%), gangguan penglihatan, hingga defisit kognitif dan emosional. Akibatnya, tantangan terbesar dalam penanganan stroke sesungguhnya tidak berhenti pada fase akut di rumah sakit, melainkan berlanjut pada fase pemulihan jangka panjang pasca-rawat di rumah (*post-discharge phase*). Pada fase inilah pasien menghadapi risiko tinggi jatuh, nyeri kronis, hingga depresi yang menurunkan motivasi untuk pulih. Sayangnya, studi menunjukkan masih tingginya angka kejadian stroke berulang (*recurrent stroke*), yang sering kali disebabkan oleh diskontinuitas pelayanan kesehatan dan kurangnya modifikasi gaya hidup setelah pasien kembali ke komunitas.

Permasalahan mendasar dalam perawatan di rumah terletak pada ketidaksiapan keluarga atau *family caregiver* dalam mengambil alih tanggung jawab perawatan dari tenaga medis. Keluarga sering kali tidak memiliki pengetahuan teknis yang memadai mengenai cara mobilisasi fisik, pengaturan

diet, manajemen obat, hingga penanganan masalah psikologis pasien. Ketidaktahuan ini tidak hanya berpotensi memperburuk kondisi pasien, tetapi juga menimbulkan beban psikologis (*caregiver burden*) berupa kelelahan fisik dan stres emosional pada anggota keluarga. Tanpa pendampingan yang tepat, keluarga cenderung gagal mendorong perubahan perilaku sehat pada pasien, sehingga proses rehabilitasi menjadi tidak optimal dan risiko komplikasi meningkat.

Untuk menjembatani kesenjangan pelayanan antara fasilitas kesehatan dan perawatan di rumah tersebut, strategi pemberdayaan masyarakat melalui peran Kader Kesehatan menjadi sangat vital. Dalam kedokteran komunitas, kader memegang posisi strategis sebagai “jembatan” yang menghubungkan sistem layanan formal dengan dinamika keluarga di tingkat akar rumput. Oleh karena itu, modul ini disusun secara spesifik untuk membekali Kader Kesehatan dengan kompetensi sebagai edukator dan motivator. Melalui modul ini, kader diharapkan mampu melakukan pendampingan intensif, mentransfer pengetahuan perawatan praktis, serta membangun kepercayaan diri keluarga. Dengan demikian, tercipta sinergi perawatan berbasis keluarga yang efektif, yang pada akhirnya bertujuan untuk meningkatkan angka kesembuhan dan kualitas hidup pasien stroke di masyarakat.

## **2. TUJUAN**

### **a. Tujuan Umum**

Modul pelatihan ini bertujuan untuk memberdayakan dan meningkatkan kompetensi Kader Kesehatan agar mampu berperan sebagai edukator, motivator, dan fasilitator dalam mendampingi keluarga (*family caregiver*) melaksanakan perawatan pasien stroke secara mandiri dan benar di rumah.

### **b. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti pelatihan menggunakan modul ini, Kader Kesehatan diharapkan mampu:

- 1) Menjelaskan (Peran Edukator): Menjelaskan kembali konsep dasar stroke, faktor risiko, dan strategi pencegahan stroke berulang kepada keluarga dengan bahasa yang mudah dipahami.
- 2) Mendemonstrasikan Perawatan Dasar (Peran Fasilitator): Melatih keluarga melakukan perawatan harian (kebersihan diri, manajemen BAB/BAK, dan pencegahan luka baring/dekubitus) serta memastikan kepatuhan minum obat.

- 3) Melatih Rehabilitasi Sederhana (Peran Pelatih): Membimbing keluarga dalam melakukan teknik mobilisasi aman, latihan rentang gerak (ROM) sederhana, dan cara membantu pasien dengan gangguan menelan (disfagia) untuk mencegah tersedak.
- 4) Mengedukasi Gizi (Peran Konselor Diet): Memberikan panduan praktis kepada keluarga terkait penyusunan menu dan tekstur makanan yang sesuai dengan kebutuhan nutrisi dan kondisi pasien stroke.
- 5) Melakukan Deteksi Psikososial (Peran Pendukung): Mengidentifikasi tanda-tanda kelelahan perawat (caregiver burnout) atau depresi pada pasien, serta memberikan dukungan emosional awal dan motivasi bagi keluarga.
- 6) Memantau dan Merujuk (Peran Penghubung): Menggunakan instrumen pemantauan sederhana (checklist) untuk mengevaluasi kemandirian keluarga dan kondisi pasien, serta melakukan rujukan ke Puskesmas jika ditemukan tanda bahaya atau penurunan kondisi.

### **3. RUANG LINGKUP**

Modul pelatihan ini digunakan oleh Kader Kesehatan sebagai panduan dalam program pendampingan pasien stroke di wilayah kerjanya. Ruang lingkup kegiatan Kader meliputi:

- A. Pelatihan: Kader memberikan edukasi dan demonstrasi langsung kepada family caregiver di rumah pasien.
- B. Pendampingan: Kader melakukan kunjungan rumah secara berkala untuk memantau perkembangan pasien dan kemampuan keluarga.
- C. Deteksi Dini: Kader membantu mengenali masalah atau komplikasi yang dialami pasien (fisik maupun nutrisi) serta masalah kelelahan (burnout) pada family caregiver.
- D. Pencatatan dan Rujukan: Kader mencatat hasil pemantauan dan melaporkan/merujuk ke Petugas Kesehatan (Perawat/Bidan Desa/Puskesmas) jika diperlukan.

#### 4. SASARAN

- A. **Sasaran Utama (Pengguna Modul):** Sasaran utama pengguna modul ini adalah Kader Kesehatan (misalnya Kader Posyandu, Kader Posbindu PTM, Kader TPK, dll) yang telah dipilih dan dilatih oleh Puskesmas untuk melakukan pendampingan pasien stroke.
- B. **Sasaran Sekunder (Penerima Manfaat):** Penerima manfaat dari program ini adalah *family caregiver* (pendamping pasien stroke dari keluarga) dan pasien stroke itu sendiri.
- C. **Alur Penggunaan:** Modul ini digunakan oleh Petugas Kesehatan (Perawat/Dokter Puskesmas) sebagai materi *Training of Trainers* (ToT) untuk melatih Kader. Selanjutnya, Kader akan menggunakan modul ini sebagai panduan saat melakukan kunjungan rumah dan edukasi langsung kepada *family caregiver*.

#### 5. PEMBERIAN MODUL EDUKASI *FAMILY CAREGIVER*

Implementasi modul ini dibagi menjadi dua tahap: Pelatihan Kader (ToT) oleh fasilitator/petugas kesehatan, dan Pendampingan Keluarga oleh Kader.

**Tahap 1:** Pelatihan Kader (*Training of Trainers*) Kader dikumpulkan oleh Puskesmas untuk menerima pelatihan.

- Metode: Ceramah singkat, diskusi, dan role-play (praktik mendemonstrasikan).
- Setting Tempat: Puskesmas, Balai Desa, atau Aula Posyandu.
- Durasi: 2 Sesi (misal, 2x 120 menit).

Sesi 1: Pengetahuan Dasar dan Keterampilan Perawatan (120 Menit)

- Fasilitator menjelaskan Bab II (Mengetahui Stroke), Bab III (Perawatan Umum), dan Bab V (Pola Makan).
- Kader mempraktikkan/*role-play* cara mengajarkan keluarga tentang:
  - Tanda bahaya stroke berulang
  - Cara memandikan dan menjaga kebersihan.
  - Pentingnya kepatuhan obat.
  - Prinsip "Isi Piringku" untuk pasien stroke.

## Sesi 2: Keterampilan Khusus dan Kesehatan Mental (120 Menit)

- Fasilitator menjelaskan Bab IV (Perawatan Khusus) dan Bab VI (Kesehatan Mental).
- Kader mempraktikkan/*role-play* cara mengajarkan keluarga tentang:
  - Latihan gerak/peregangan sederhana (alih baring, latihan duduk).
  - Cara melatih makan pasien sulit menelan.
  - Mengenali tanda stres pada *family caregiver*.
  - Teknik nafas dalam.
  - Kader dilatih cara menggunakan Lembar Penilaian Kegiatan (Lampiran) sebagai alat pantau.

Tahap 2: Rencana Kerja Pendampingan oleh Kader (Kunjungan Rumah) Setelah dilatih, Kader memiliki rencana kerja untuk mendampingi keluarga. Kader diharapkan melakukan minimal 4 kali kunjungan pendampingan intensif pada bulan pertama.

Kunjungan 1 (Pemahaman & Perawatan Dasar): Fokus Kader adalah:

- Perkenalan dan membangun kepercayaan.
- Menilai pemahaman keluarga tentang stroke.
- Mengajarkan dan mendemonstrasikan Perawatan Harian (Bab III): Memandikan, kebersihan mulut, dan pemantauan obat.
- Memberikan edukasi awal Pola Makan (Bab V).

Kunjungan 2 (Pergerakan Pasien): Fokus Kader adalah:

- Memantau praktik Kunjungan 1 (menggunakan Lembar Penilaian).
- Mengajarkan dan mendemonstrasikan Perawatan Khusus (Bab IV): Alih baring, latihan pindah (tempat tidur ke kursi), dan latihan peregangan awal.

Kunjungan 3 (Nutrisi & Lingkungan): Fokus Kader adalah:

- Memantau praktik Kunjungan 2.
- Memvalidasi pemahaman keluarga tentang Nutrisi (Bab V), termasuk diet khusus (hipertensi/diabetes).
- Mengevaluasi lingkungan rumah (keamanan, risiko jatuh).

Kunjungan 4 (Manajemen Stres & Evaluasi): Fokus Kader adalah:

- Memantau seluruh aspek perawatan (menggunakan Lembar Penilaian).
- Membuka diskusi tentang Kesehatan Mental (Bab VI).
- Mengajarkan teknik manajemen stres (nafas dalam, hobi) kepada *family*

*caregiver.*

- Menyusun rencana pemantauan lanjutan (misal: sebulan sekali) dan kapan harus menghubungi Kader/Puskesmas.

## **BAB II**

### **TUGAS DAN FUNGSI KADER**

#### **1. TRANSFORMASI PERAN DAN FUNGSI KADER KESEHATAN**

Peran kader kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan primer di negara berkembang, termasuk Indonesia, telah mengalami evolusi yang signifikan dalam satu dekade terakhir. Secara tradisional, kader sering kali diposisikan hanya sebagai perpanjangan tangan administratif atau pelaksana kegiatan posyandu balita. Namun, seiring dengan transisi epidemiologi di mana penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke mendominasi beban kesehatan nasional, peran kader dituntut untuk bertransformasi menjadi lebih komprehensif dan klinis-sosial (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Dalam konteks perawatan stroke berbasis komunitas, kader tidak lagi sekadar pencatat data, melainkan berfungsi sebagai *Community Health Workers* (CHW) yang menjadi jembatan vital antara sistem kesehatan formal yang kaku dengan dinamika kehidupan pasien di rumah yang fleksibel dan kompleks. Studi global menunjukkan bahwa keterlibatan kader yang terlatih secara spesifik dalam manajemen penyakit kronis dapat menurunkan angka re-admisi rumah sakit hingga 30% melalui intervensi kunjungan rumah yang terstruktur (O'Donovan et al., 2020).

Transformasi ini menempatkan kader sebagai pendamping aktif yang memiliki otonomi terbatas untuk melakukan intervensi dasar. Dalam modul pemberdayaan ini, redefinisi peran kader difokuskan pada kemampuan mereka untuk menerjemahkan instruksi medis yang rumit menjadi bahasa dan tindakan praktis yang dapat dipahami oleh masyarakat awam. Hal ini krusial mengingat pasien stroke pasca-rawat sering kali pulang dengan daftar instruksi medis yang membingungkan bagi keluarga (Joshi et al., 2021). Oleh karena itu, kader harus memiliki kapasitas multidimensi: memahami aspek biomedis dasar stroke, memiliki kepekaan psikososial, dan keterampilan komunikasi persuasif. Keberadaan kader di tengah masyarakat memungkinkan deteksi dini masalah yang mungkin luput dari pengamatan tenaga medis di Puskesmas karena keterbatasan waktu dan jarak.

**Fungsi pertama** dan yang paling fundamental adalah Fungsi Edukasi (*Educator*). Sebagai edukator, kader berperan mentransfer pengetahuan dasar

kepada keluarga terkait perawatan harian yang esensial. Dalam fase pasca-akut, keluarga sering kali tidak siap menghadapi realitas fisik pasien, seperti risiko aspirasi saat makan atau risiko terjadinya luka tekan (*decubitus*) akibat imobilisasi (Powers et al., 2020). Kader bertugas mengajarkan teknik-teknik sederhana ini secara demonstratif, bukan sekadar teoritis. Misalnya, kader mengajarkan cara memiringkan posisi tidur pasien setiap dua jam atau cara mengatur tekstur makanan. Pendekatan edukasi yang dilakukan kader bersifat andragogi (pembelajaran orang dewasa) dan bertahap, menyesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan dan daya tangkap keluarga, sehingga informasi tidak diberikan sekaligus yang dapat menyebabkan *cognitive overload* pada keluarga.

Selain aspek fisik, fungsi edukasi kader juga mencakup pengenalan tanda bahaya stroke berulang (*recurrent stroke*). Data menunjukkan bahwa risiko serangan stroke kedua sangat tinggi pada tahun pertama pasca-serangan, terutama jika faktor risiko tidak dikelola (Feigin et al., 2021). Kader mengedukasi keluarga untuk mengenali gejala "FAST" (Face, Arms, Speech, Time) dan pentingnya kepatuhan minum obat. Edukasi ini harus dilakukan secara berulang-ulang (*reinforcement*) setiap kali kunjungan rumah, mengingat retensi informasi keluarga bisa menurun akibat stres. Literatur menekankan bahwa edukasi berbasis rekan sebaya (*peer-education*) yang dilakukan oleh kader sering kali lebih diterima oleh masyarakat dibandingkan penyuluhan formal, karena adanya kedekatan budaya dan bahasa (Smith et al., 2022).

**Fungsi kedua** yang sering kali terabaikan dalam intervensi konvensional adalah Fungsi Dukungan Psikososial (*Motivator*). Perawatan stroke jangka panjang menempatkan beban berat pada *family caregiver*, yang sering disebut sebagai "pasien kedua yang tersembunyi" (*the hidden patient*). Studi oleh Kusnanto et al. (2021) di Indonesia menemukan prevalensi tinggi *caregiver burnout* atau kelelahan fisik dan emosional pada keluarga yang merawat pasien stroke, yang jika dibiarkan dapat berujung pada penelantaran pasien. Di sinilah peran kader sebagai motivator menjadi krusial. Kader dilatih untuk melakukan "pendengaran aktif" (*active listening*), memberikan ruang bagi keluarga untuk menumpahkan keluh kesah tanpa dihakimi. Dukungan emosional ini memvalidasi perasaan lelah keluarga dan memberikan penguatan bahwa apa yang mereka lakukan adalah tugas mulia namun manusiawi jika merasa lelah.

Lebih jauh, sebagai motivator, kader juga berperan mendorong keluarga

untuk tetap menjaga kesehatan mental dan fisik mereka sendiri demi optimalisasi perawatan pasien. Kader dapat memfasilitasi pembentukan kelompok dukungan (*support group*) di tingkat desa, di mana antar-keluarga pasien stroke dapat saling berbagi pengalaman dan strategi coping. Dukungan sosial yang dimobilisasi oleh kader ini terbukti secara empiris mampu menurunkan tingkat depresi pada caregiver dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Lynch et al., 2019). Kader menanamkan keyakinan (*self-efficacy*) kepada keluarga bahwa mereka mampu merawat pasien, mengubah rasa putus asa menjadi optimisme yang realistis selama proses rehabilitasi yang panjang.

**Fungsi ketiga** adalah Fungsi Supervisi dan *Monitoring* (Monitor). Dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi, kader adalah “mata dan telinga” tenaga kesehatan. Kader bertugas melakukan pemantauan berkala (*surveilans*) terhadap kondisi pasien dan kepatuhan pengobatan. Ketidakpatuhan minum obat antihipertensi atau pengencer darah adalah penyebab umum stroke berulang, dan sering kali keluarga lupa atau sengaja menghentikan obat karena merasa pasien sudah membaik atau takut efek samping (Kripalani et al., 2019). Kader melakukan pengecekan sisa obat dan mengingatkan jadwal kontrol ke fasilitas kesehatan. Alat bantu seperti checklist pemantauan harian atau kartu kontrol obat menjadi instrumen yang digunakan kader dalam menjalankan fungsi ini.

Selain memantau pasien, fungsi *monitoring* juga mencakup penilaian lingkungan rumah (*home environment assessment*). Kader mengobservasi apakah kondisi rumah kondusif untuk pemulihan dan aman dari risiko jatuh, misalnya pencahayaan yang kurang, lantai licin, atau tata letak perabot yang menghalangi mobilisasi pasien. Jika ditemukan masalah kesehatan yang berada di luar kompetensi kader seperti tanda infeksi pada luka baring, kesulitan menelan yang parah, atau perubahan perilaku agresif, kader berfungsi sebagai inisiator rujukan. Mereka harus segera melapor ke bidan desa atau perawat Puskesmas. Dengan demikian, fungsi supervisi ini menjamin *continuum of care* (keberlanjutan perawatan) yang tidak terputus antara rumah sakit dan rumah tinggal. Sementara untuk tugas teknis kader dapat dijabarkan sebagai berikut:

- A. Pahami Modul Ini: Kuasai materi dalam modul ini sebelum berkunjung ke rumah pasien.
- B. Siapkan Alat Bantu: Bawa modul ini, lembar penilaian (Lampiran), dan alat peraga sederhana (jika ada) saat kunjungan rumah.

- C. Bina Hubungan: Saat bertemu keluarga, tunjukkan empati. Dengarkan keluhan mereka sebelum Anda mulai memberi arahan.
- D. Lakukan Asesmen (Penilaian) Awal: Cari tahu apa yang sudah keluarga ketahui dan lakukan. Gunakan "Lembar Penilaian Kegiatan" untuk memetakan kemampuan mereka.
- E. Ajarkan dan Demonstrasikan: Jangan hanya berceramah. Tunjukkan caranya. Misalnya, saat mengajarkan cara memandikan, praktikkan bersama keluarga. Minta keluarga mengulanginya.
- F. Fokus pada 1-2 Topik per Kunjungan: Jangan membanjiri keluarga dengan semua informasi sekaligus. Gunakan Rencana Kerja Kunjungan (Bab I) sebagai panduan.
- G. Identifikasi "Red Flags" (Tanda Bahaya): Tugas penting Anda adalah melihat masalah yang mungkin terlewat oleh keluarga. Misalnya:
- H. Pasien tampak sesak atau sangat lemas. \* Timbul luka di punggung/bokong (dekubitus). \* Family caregiver terlihat sangat stres, menangis, atau putus asa. \* Obat pasien tidak diminum teratur.
- I. Rujuk dan Laporkan: Jika menemukan "Red Flags", segera informasikan keluarga untuk ke Puskesmas atau hubungi Petugas Kesehatan/Bidan Desa Anda untuk tindak lanjut.

## 2. KONSEP DASAR PENDEKATAN *FAMILY-CENTERED CARE* (FCC)

Modul pemberdayaan kader ini dikembangkan dengan landasan filosofis yang kuat, yaitu *Family-Centered Care* (Perawatan Berpusat pada Keluarga). Secara historis, model medis konvensional menempatkan fokus eksklusif pada pasien sebagai individu biologis yang sakit, sering kali meminggirkan peran keluarga hanya sebagai pengamat. Namun, dalam konteks penyakit kronis seperti stroke yang membutuhkan rehabilitasi seumur hidup, pendekatan tersebut terbukti tidak efektif. *Family-Centered Care* (FCC) adalah pendekatan inovatif yang mengakui bahwa keluarga adalah konstanta dalam kehidupan pasien, sementara tenaga kesehatan hanya bersifat episodik (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2020). Dalam paradigma ini, keluarga dipandang sebagai mitra sejajar (*partners in care*) yang memegang kendali utama dalam proses pemulihan harian di rumah.

Penerapan FCC dalam perawatan stroke berbasis komunitas di Indonesia memiliki relevansi kultural yang tinggi, mengingat kuatnya budaya kekerabatan

dan gotong royong. **Prinsip pertama** FCC yang harus dipahami adalah Keluarga sebagai Unit Perawatan. Intervensi kesehatan tidak lagi hanya menargetkan perbaikan fisik pasien (seperti kekuatan otot atau kemampuan bicara), tetapi juga menargetkan ketahanan keluarga sebagai satu sistem. Stroke yang menyerang satu anggota keluarga akan mengguncang keseimbangan seluruh sistem keluarga, memicu perubahan peran ekonomi, sosial, dan domestik (Kokorelias et al., 2019). Oleh karena itu, kader diajarkan untuk melakukan *family assessment* dengan menilai siapa pengambil keputusan, siapa perawat utama, dan bagaimana dinamika dukungan semua anggota keluarga. Kesehatan mental *family caregiver* dianggap sama pentingnya dengan kesehatan fisik pasien, karena kualitas perawatan sangat bergantung pada kesejahteraan perawatnya.

**Prinsip kedua** adalah Pemberdayaan (*Empowerment*). Dalam konsep FCC, tujuan akhir dari pendampingan kader bukanlah menciptakan ketergantungan keluarga pada petugas kesehatan, melainkan memungkinkan (*enabling*) keluarga agar mandiri. Pemberdayaan didefinisikan sebagai proses transfer kekuasaan, pengetahuan, dan keterampilan sehingga keluarga memiliki kontrol atas keputusan kesehatan mereka (Gibson et al., 2021). Kader tidak mengambil alih tugas memandikan atau melatih gerak pasien, melainkan melatih keluarga untuk melakukannya (*coaching*). Hal ini membangun caregiver mastery atau penguasaan keterampilan merawat. Studi menunjukkan bahwa keluarga yang merasa "berdaya" memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dan mampu beradaptasi lebih baik terhadap situasi krisis yang mungkin timbul mendadak.

Proses pemberdayaan ini juga mencakup peningkatan literasi kesehatan keluarga. Sering kali, ketidakberdayaan keluarga muncul bukan karena ketidakmauan, tetapi ketidaktahuan. Dengan memberikan informasi yang relevan, akurat, dan tepat waktu, kader menghilangkan hambatan kognitif yang dialami keluarga. Misalnya, menjelaskan rasionalisasi di balik diet rendah garam atau pentingnya latihan gerak pasif. Ketika keluarga memahami "mengapa" mereka harus melakukan sesuatu, kepatuhan dan partisipasi mereka akan meningkat secara signifikan. Pemberdayaan dalam FCC mengubah posisi keluarga dari objek pasif penerima instruksi menjadi subjek aktif yang berpartisipasi dalam perencanaan perawatan.

**Prinsip ketiga** adalah Kolaborasi. FCC menekankan pentingnya

komunikasi dua arah dan pengambilan keputusan bersama (*shared decision-making*) antara keluarga, kader, dan tenaga kesehatan profesional. Kolaborasi ini menghapuskan hierarki kaku di mana tenaga kesehatan dianggap “paling tahu”. Dalam model ini, pengetahuan medis profesional dihargai setara dengan pengetahuan keluarga mengenai preferensi, nilai-nilai, dan kebiasaan harian pasien (Shields et al., 2020). Kader bertindak sebagai fasilitator kolaborasi ini. Misalnya, saat keluarga mengalami kesulitan menerapkan diet yang disarankan dokter karena faktor ekonomi atau selera, kader dapat memediasi diskusi untuk mencari solusi alternatif yang medisnya dapat dipertanggungjawabkan namun sosiologisnya dapat diterima.

Kolaborasi juga berarti menghormati keragaman budaya dan nilai yang dianut keluarga. Setiap keluarga memiliki cara unik dalam menghadapi sakit, yang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, agama, dan status sosio-ekonomi. Kader yang menerapkan prinsip FCC akan menghargai kearifan lokal yang tidak bertentangan dengan kesehatan, dan melakukan negosiasi budaya secara halus jika ada praktik yang merugikan. Pendekatan yang kolaboratif dan respekful ini membangun kepercayaan (*trust*) yang mendalam. Tanpa kepercayaan, intervensi medis sebaik apa pun akan sulit menembus dinding privasi keluarga.

Sebagai kesimpulan, integrasi pendekatan *Family-Centered Care* dalam tugas dan fungsi kader menciptakan model pelayanan yang humanis dan holistik. Kader tidak datang sebagai “tamu” yang memerintah, tetapi sebagai mitra yang mendukung. Dengan memandang keluarga sebagai unit perawatan, memberdayakan kemandirian mereka, dan menjalin kolaborasi yang setara, modul ini diharapkan dapat menjawab tantangan kompleksitas perawatan stroke pasca-rawat yang selama ini menjadi titik lemah dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Pendekatan ini memastikan bahwa pasien stroke mendapatkan lingkungan pemulihan terbaik, yaitu di tengah keluarga yang kompeten, percaya diri, dan penuh kasih sayang.

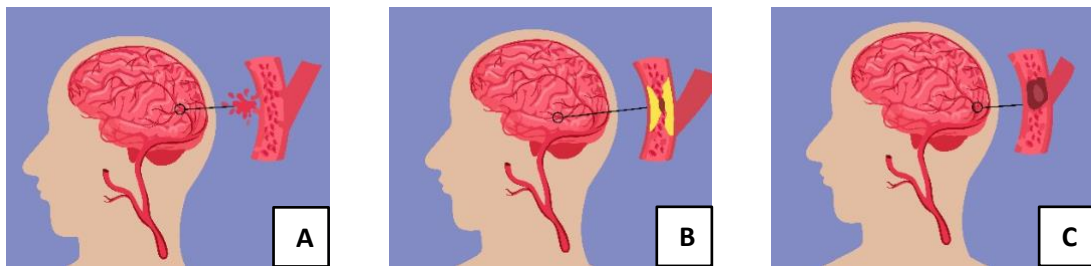
## BAB III MENGENAL STROKE

### 1. DEFINISI STROKE

Stroke adalah keadaan di mana pembuluh darah di otak terluka. Menurut definisi Badan Kesehatan Dunia (WHO), stroke adalah kondisi di mana tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa gangguan akibat kelainan di otak berlangsung selama lebih dari 24 jam, dan dapat menyebabkan kematian.

### 2. PENYEBAB STROKE

Stroke terjadi akibat adanya kerusakan pembuluh darah, namun secara spesifik stroke dapat terjadi akibat pecahnya pembuluh darah dan sumbatan pada pembuluh darah oleh lemak atau adanya trombus/emboli.



**Gambar 2.** Penyebab stroke (A. Pecahnya pembuluh darah; B. Sumbatan pembuluh darah oleh lemak; C. Trombus atau emboli pada pembuluh darah)

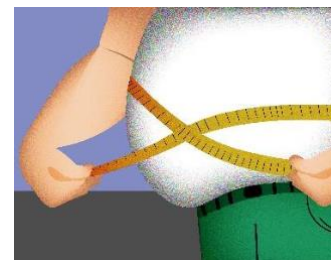
### 3. FAKTOR YANG DAPAT MENYEBABKAN STROKE



Tekanan darah tinggi



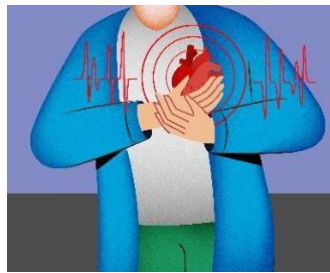
Penyakit kencing manis



Obesitas / gemuk



Kolesterol tinggi



Penyakit jantung



Merokok



Minum alkohol



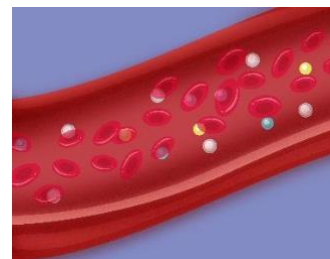
Kurang aktivitas



Stres



Penggunaan obat  
terlarang



Kelainan darah

**Gambar 3. Faktor Risiko Stroke**

#### **4. GEJALA STROKE**

- A. Kelemahan anggota gerak secara mendadak, mati rasa, kesemutan pada tangan, kaki dan wajah
- B. Sakit kepala hebat
- C. Sulit berbicara
- D. Kesulitan menelan
- E. Penurunan kesadaran
- F. Sering tersedak
- G. Gangguan emosi dan daya ingat

## **5. PENANGANAN STROKE**

### **A. Prinsip pengobatan penyakit stroke**

Pasien stroke harus berobat secara rutin. Tujuan pengobatan antara lain mencegah stroke kembali muncul, memperbaiki aliran darah di otak dan melindungi bagian otak.

### **B. Melakukan rehabilitasi**

Rehabilitasi mandiri bertujuan untuk meningkatkan fungsi tubuh agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Rehabilitasi yang dilakukan berupa latihan fisik seperti latihan anggota gerak atas dan latihan anggota gerak bawah. Rehabilitasi ini wajib dilakukan untuk meningkatkan kesembuhan pasien stroke.

### **C. Melakukan operasi**

Operasi dilakukan dengan tujuan membuka sumbatan atau menghentikan perdararahan. Operasi dilakukan apabila terjadi serangan stroke yang cukup parah, atau menyebabkan perdararahan yang hebat di kepala.

## **6. PENCEGAHAN STROKE**

### **A. Mengontrol tekanan darah secara rutin**

### **B. Melakukan olahraga minimal 3 kali dalam seminggu, minimal 30 menit**

### **C. Makan makanan yang seimbang dan bergizi**

### **D. Mengontrol kadar gula darah**

### **E. Mengontrol kadar kolesterol**

### **F. Pertahankan berat badan**

### **G. Berhenti merokok**

### **H. Kurangi stres**

## BAB IV PERAWATAN UMUM PASIEN STROKE

### 1. PEMANTAUAN MINUM OBAT

Dalam kerangka pemberdayaan, peran Kader Kesehatan sangat krusial untuk meningkatkan literasi pengobatan (*medication literacy*) keluarga guna mencegah kesalahan pemberian obat yang berisiko fatal. Kader bertugas melatih dan mendampingi *family caregiver* agar tidak hanya sekadar memberikan obat, tetapi mampu mengenali secara detail jenis dan fungsi obat-obatan yang dikonsumsi pasien. Melalui edukasi yang terstruktur, kader memastikan keluarga memiliki kompetensi manajemen obat yang mandiri, meliputi kemampuan memverifikasi tanggal kedaluwarsa, menerapkan standar penyimpanan obat yang tepat untuk menjaga stabilitas zat aktif, serta menguasai teknik pemberian obat yang benar sehingga dapat mengisi form pemantauan penggunaan obat pada pasien stroke. Dengan demikian, intervensi kader mengubah posisi keluarga dari sekadar pemberi obat pasif menjadi pengawas pengobatan yang kompeten di lingkungan rumah.

Tabel 2. Format Pemantauan Penggunaan Obat Pasien Stroke

Nama Obat	Cara Pakai	Waktu			Jumlah Obat	Waktu Kontrol
		Pagi	Siang	Malam		

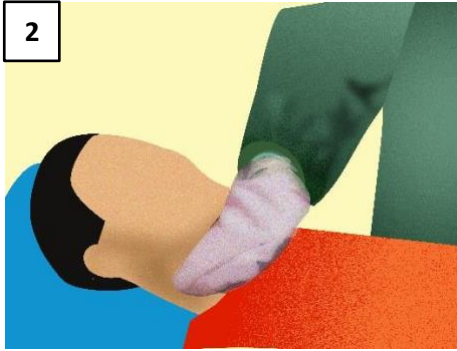
### 2. KEBERSIHAN DIRI PASIEN STROKE

#### A. Cara memandikan pasien stroke



Yang pertama, siapkan beberapa handuk untuk menjaga agar daerah sekitar tempat tidur tidak ikut basah.

Setelah itu usap wajah hingga merata



Setelah itu, usap bagian leher depan maupun belakang



Kemudian, usap lengan atas, lengan bawah dan tangan hingga bersih



Selanjutnya, usap bagian dada, perut dan daerah kelamin. Apabila pasien stroke seorang Perempuan, maka jangan lupa membersihkan lipatan payudara



Kemudian, bersihkan daerah paha, betis dan kaki. Setelah itu keringkan dengan handuk kering

**Gambar 4.** Cara memandikan pasien stroke

B. Cara melakukan keramas kepada pasien stroke



Langkah awal adalah memposisikan pasien tanpa bantal dan memastikan rambut terhelai di ujung kasur



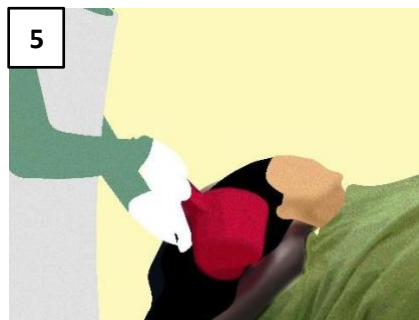
Selanjutnya menyiapkan handuk, dan meletakkan handuk pada dada pasien dan pada lantai



Kemudian siram rambut pasien hingga merata



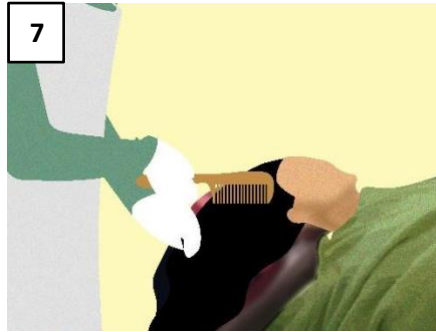
Beri shampoo dengan menggunakan kassa ke seluruh rambut, dan lakukan pijatan pada daerah kepala agar shampoo merata.



Kemudian bilas rambut dengan air



Selanjutnya, keringkan rambut dengan handuk yang kering



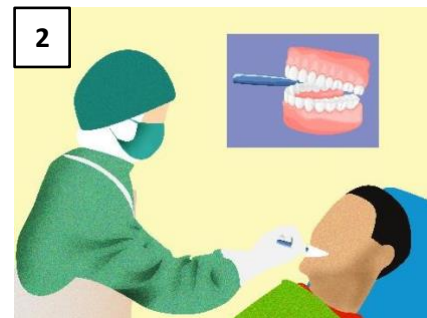
Kemudian sisir rambut secara perlahan, kemudian kembalikan kepala pada posisi yang nyaman untuk pasien.

**Gambar 5.** Tata cara membersihkan rambut

**C. Cara membersihkan gigi pasien stroke**



Langkah awal adalah siapkan alat-alat seperti sikat gigi, pasta, kasa, air dan handuk. Taruh handuk pada sekitar dagu pasien



Selanjutnya berikan pasta pada sikat gigi, lalu silahkan pasien diminta untuk membuka mulut. Apabila pasien kesulitan, maka bantu pasien untuk membuka mulut. Bagian pertama adalah gigi bagian depan. Selanjutnya gigi bagian kanan atas dan bawah.



Selanjutnya lakukan juga pada gigi bagian kiri



Kemudian, bersihkan gigi bagian dalam



Langkah selanjutnya adalah minta pasien untuk berkumur. Namun apabila kesulitan, maka bersihkan gigi menggunakan kasa yang basah



Langkah yang terakhir adalah bersihkan mulut bagian luar membereskan alat alat yang telah digunakan

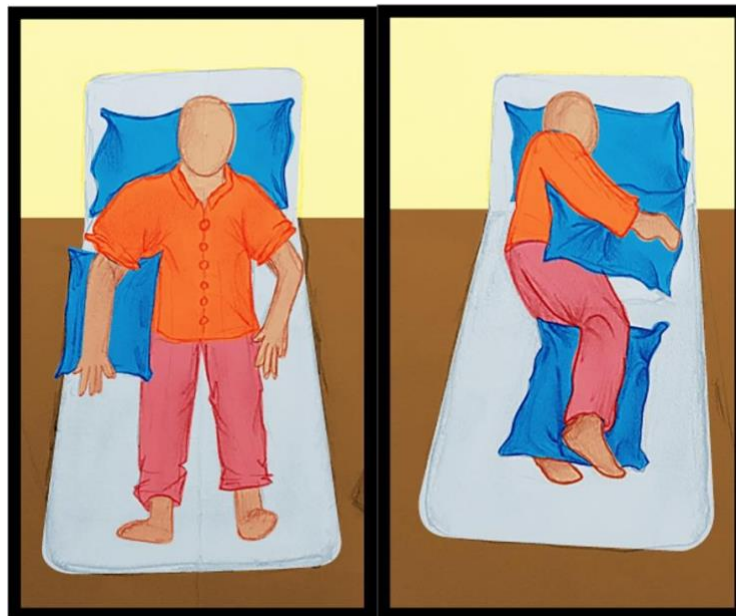
**Gambar 6.** Tata cara membersihkan gigi

## BAB IV PERAWATAN KHUSUS PASIEN STROKE

### 1. PASIEN STROKE DENGAN GANGGUAN MOBILITAS

#### A. Pasien Stroke yang Hanya bisa Berbaring di Tempat Tidur

Salah satu dampak yang dirasakan oleh pasien stroke adalah kesulitan bergerak yang disebabkan oleh kelemahan satu sisi atau bahkan seluruh anggota gerak. Hal tersebut mengakibatkan pasien stroke terkadang hanya bisa berada diatas tempat tidur. Kader perlu mengedukasi *family caregiver* untuk membantu memposisikan pasien saat ditempat tidur. Beberapa posisi yang nyaman untuk pasien stroke ketika ditempat tidur ditunjukkan pada gambar dibawah.



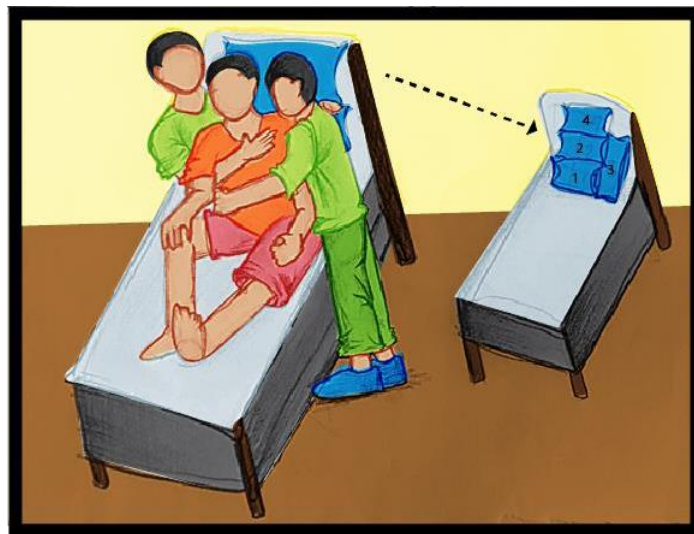
**Gambar 7.** Pasien stroke dengan posisi tidur

Posisi yang nyaman untuk pasien stroke adalah dengan berbaring dan memberikan bantal pada tangan yang sakit, serta pasien bisa miring ke kiri dengan kaki dan tangan menjempit bantal. Pastikan bagian punggung diberi bantal untuk membantu pasien stroke bisa memperatahkan posisi miring ditempat tidur. Pastikan merubah posisis setiap 2 jam karena apabila merubah lebih dari waktu yang ditentukan atau bahkan tidak merubah sama sekali maka dapat menyebabkan timbulnya luka.



**Gambar 8.** Posisi pasien stroke pada saat miring

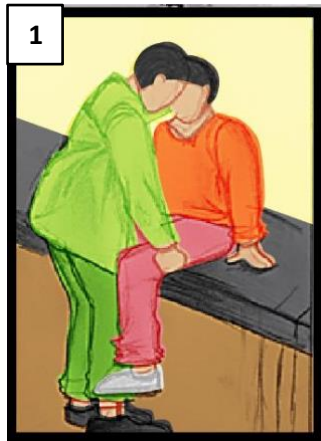
Pasien stroke yang hanya bisa berbaring ditempat tidur harus dilatih keseimbangan. Hal tersebut diharapkan dapat meningkatkan keseimbangan pasien. Kader perlu memberikan edukasi dan mempraktekkan kepada *family caregiver* agar mereka dapat membantu pasien untuk melatih keseimbangan dengan cara mendudukkan pasien dan dibantu 4 bantal sebagai sandaran.



**Gambar 9.** Perubahan posisi pasien stroke menjadi setengah duduk

B. Pasien Stroke Berpindah dari Tempat Tidur ke Kursi Roda

Pasien stroke yang kesulitan dalam bergerak, akan mengalami kesulitan juga pada saat ingin bangun dari tempat tidur. Kader perlu memberikan edukasi dan mempraktekkan kepada *family caregiver* agar mereka memahami tugasnya untuk membantu pasien stroke untuk berpindah.



1  
Diawali dengan *family caregiver* menurunkan kaki pasien yang lemah



2  
Selanjutnya pasien menurunkan kaki yang sehat



3  
Setelah itu pasien berusaha berdiri namun dibantu oleh *family caregiver*



4  
Setelah itu *family caregiver* mengambil kursi roda dan menaruh di belakang pasien stroke



5  
Kemudian pasien stroke memegang pegangan kursi roda sambil berusaha duduk dan dibantu oleh *family caregiver*



6  
Setelah itu pastikan pasien duduk dengan nyaman

**Gambar 10.** Tata cara memindah pasien dari tempat tidur ke kursi roda

C. Pasien Stroke berpindah dari Kursi Rodak ke Tempat Tidur

Untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, juga dapat dilakukan secara mandiri atau perlu bantuan. Kader bertugas memberikan pemahaman dalam bentuk edukasi dan praktik kepada *family caregiver* agar mereka dapat membantu pasien stroke berpindah dari kursi roda kekasur. Hal tersebut dijelaskan dengan tahapan sebagai berikut:



1  
*Family caregiver* memegang badan dari pasien stroke (seperti memeluk) dan pasien stroke juga memegang badan *family caregiver*



2  
 Kemudian angkat badan pasien dan tidurkan ke tempat tidur

**Gambar 11.** Tata cara memindah pasien dari kursi roda ke tempat tidur

#### D. Pasien Berjalan

Kader perlu memberikan edukasi dan mempraktekkan kepada *family caregiver* sehingga mereka memahami bahwa mereka perlu membantu pasien stroke untuk berlatih berjalan. Yang perlu dilakukan *family caregiver* adalah memfasilitasi alat bantu jalan seperti tongkat dengan berbagai macam kaki, walker atau bahkan kursi roda. *Family caregiver* perlu berada disamping pasien saat Latihan agar bisa memberikan bantuan dengan cepat. Sebaiknya, *family caregiver* berada dibelakang untuk membantu apabila pasien stroke jatuh.



**Gambar 12.** Cara *family caregiver* mendampingi pasien stroke berlatih berjalan

## 2. PASIEN DENGAN SUSAH MENELAN

Pasien stroke yang mengalami kesulitan menelan, pemberian nutrisi melalui selang makan dari hidung (NGT). Namun beberapa kasus pasien sudah tidak terpasang NGT saat pulang, dan masih mengalami kelemahan otot-otot menelan sehingga memerlukan Latihan khusus, antara lain:

### A. Latihan otot mengunyah

2. Latihan koordinasi bibir (buka mulut, senyum, bersiul, menyeringai)



3. Latihan koordinasi lidah (menjulurkan lidah, mendorong lidah ke pipi)



4. Latihan koordinasi rahang (membuka mulut lebar)



5. Latihan reflek menelan dan batuk (Tarik nafas dalam, tiup sedotan)



**Gambar 13.** Latihan penguatan otot mengunyah

### B. Teknik kompensatori

Teknik ini adalah Teknik perubahan posisi kepala agar membantu pergerakan makanan dan mencegah terjadinya aspirasi, antara lain:

- a. Posisi duduk tegak 60-90 derajat
- b. Saat memberikan suapan, posisi badan harus berhadapan langsung dengan pasien
- c. Gunakan sendok kecil dan letakkan pada mulut yang sehat

- d. Hindari sedotan pada awal Latihan
- e. Anjurkan pasien menoleh ke sisi yang lemah saat menelan
- f. Anjurkan pasien untuk menelan 2-3 kali untuk memastikan makanan tertelan semua
- g. Pertahankan posisi duduk 20-30 menit setelah makan
- h. Hentikan bila pasien batuk secara terus menerus dan merasa Lelah

### 3. MELATIH KEMANDIRIAN PASIEN STROKE

#### A. Cara Makan dan Minum



**Gambar 24.** Latihan makan dan minum secara mandiri

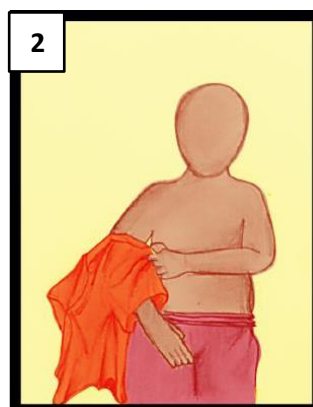
*Family caregiver* menginformasikan kepada pasien bahwa gerakan makan atau mengangkat sendok bisa dilakukan dan dibantu menggunakan tangan yang sehat.

#### B. Cara Berpakaian

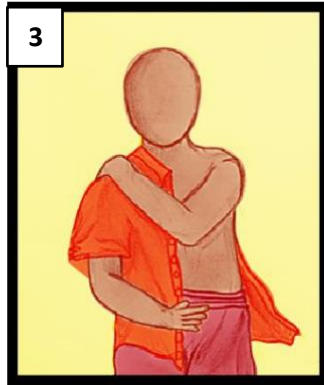
Berikut adalah cara berpakaian apabila pasien stroke mampu berdiri sendiri.



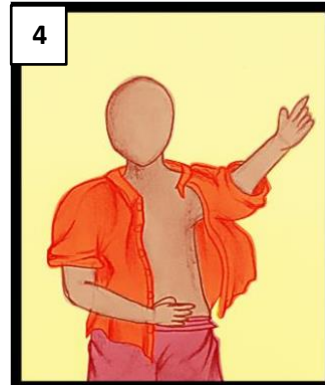
Memasukkan tangan yang sakit ke dalam baju dibantu dengan tangan yang sehat



Tarik baju keatas hingga lengan bawah masuk ke dalam baju



3  
Setelah itu, Tarik baju hingga tangan masuk ke dalam baju seluruhnya



4  
Setelah itu masukkan tangan yang sehat ke dalam baju

**Gambar 15.** Latihan menggunakan baju secara mandiri

Berikut adalah cara berpakaian pasien stroke apabila hanya bisa ditempat tidur.



1  
Diawali dengan memasukkan kaki yang lemah ke celana terlebih dahulu



2  
Kemudian masukkan kaki yang sehat ke celana

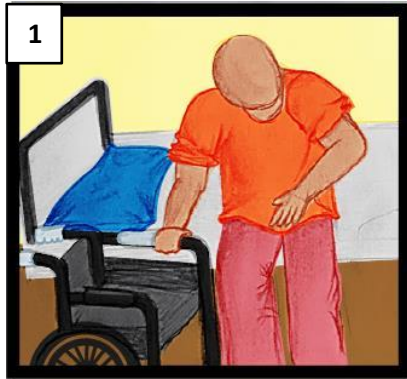


3  
Gunakan celana dengan berbaring bila keseimbangan buruk, dan berdiri bila keseimbangan baik

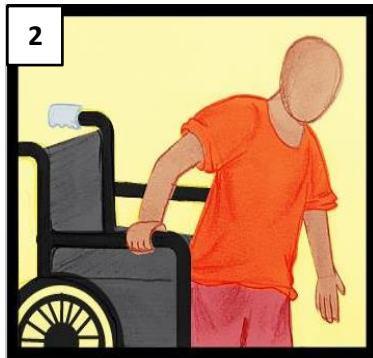
**Gambar 3.** Tata cara menggunakan celana secara mandiri

### C. Cara Berpindah dari Tempat Tidur ke Kursi Roda

Setelah terbiasa dengan duduk di kursi roda, diharapkan pasien stroke mampu secara mandiri berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. Beberapa tahapan yang dapat dilakukan oleh pasien stroke berpindah secara mandiri yaitu:



Diawali dengan memastikan bahwa lokasi kursi roda berada di sisi yang sehat. Kemudian pasien stroke memposisikan duduk, dan memegang kursi roda menggunakan tangan yang sehat.



Setelah itu, badan memutar sambil tetap memegang kursi roda, kemudian pasien stroke duduk di kursi roda.



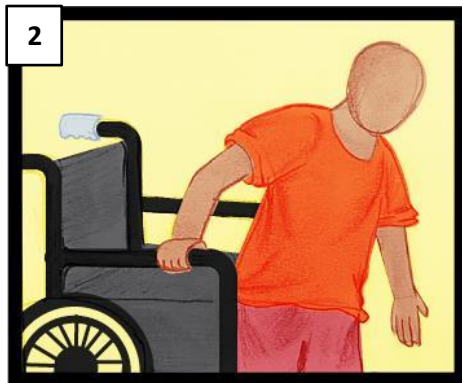
**Gambar 17.** Tata cara berpindah dari tempat tidur ke kursi roda secara mandiri

### D. Cara Berpindah dari Kursi Roda ke Tempat Tidur

Apabila pasien stroke mampu melakukan sendiri, tahapan yang sebaiknya dilakukan adalah:



Pastikan bahwa pasien stroke sudah berada disamping tempat tidur.



Kemudian pegang kursi roda menggunakan tangan yang sehat hingga pasien berdiri.



Setelah itu, pasien jalan ke Kasur dan menaruh tangan yang sakit ke atas tempat tidur.



Kemudian, pasien stroke naik ke tempat tidur menggunakan bantuan tangan yang sehat. Pastikan pasien sudah berada di posisi yang nyaman.

**Gambar 48.** Tata cara berpindah dari kursi roda ke Kasur secara mandiri

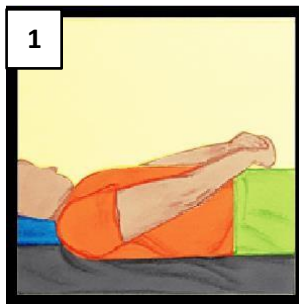
#### 4. PELATIHAN PEREGANGAN

Latihan peregangan adalah latihan yang dilakukan pertama kali sebelum Latihan yang lainnya. Latihan peregangan terdiri dari Latihan untuk anggota gerak atas (tangan) dan anggota gerak bawah (kaki). Kader perlu memastikan beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh *family caregiver* dalam membantu Latihan Pasien stroke, antara lain:

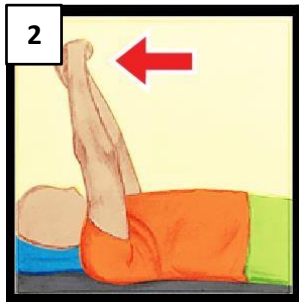
- a. Pastikan Pasien stroke mampu melakukan pelatihan
- b. Latihan sebaiknya dilakukan secara rutin, setidaknya 8-10 kali per hari.
- c. Hentikan atau tunda Latihan apabila Pasien merasa nyeri, pusing dan jantung berdebar-debar.

##### A. Latihan Anggota gerak atas

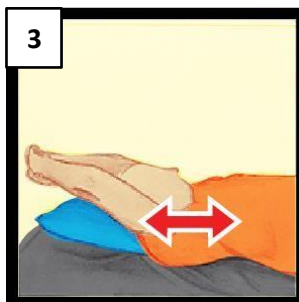
- a. Latihan peregangan pada bahu



Peregangan pada bahu diawali dengan tangan yang sehat memegang tangan yang sakit



Kemudian, angkat tangan yang sehat dengan mengangkat tangan yang sakit juga hingga lurus sesuai pandangan



Setelah itu, luruskan kedua tangan ke atas, lalu kembalikan ke posisi awal. Lakukan 8 sampai 10 kali per hari

**Gambar 59.** Latihan peregangan bahu

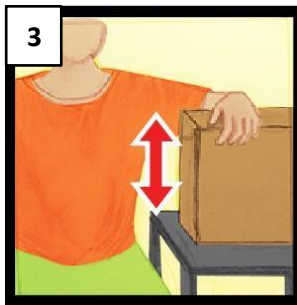
b. Latihan peregangan pada lengan atas



Peregangan pada lengan atas diawali dengan mempersiapkan meja dan barang setinggi lengan atas dan ditaruh disebelah sisi Pasien yang sakit.



Kemudian, pegang tangan yang sakit dengan tangan yang sehat, lalu posisikan tangan di atas barang yang ada disamping Pasien



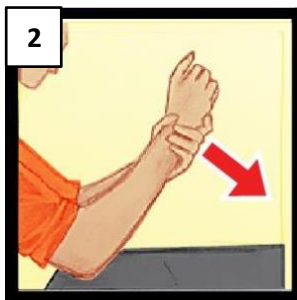
Setelah itu, taruh tangan diatas dan diamkan. Lakukan 8 sampai 10 kali per hari

**Gambar 20.** Latihan peregangan lengan atas

c. Latihan peregangan pada siku dan lengan bawah



Peregangan pada siku diawali dengan menaruh siku pada diatas meja



Kemudian, pegang tangan yang sakit dengan tangan yang sehat.



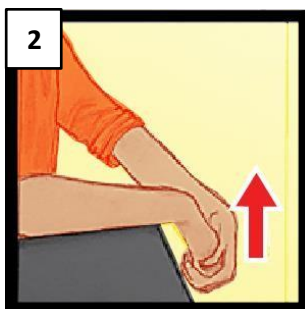
Setelah itu, luruskan tangan menggunakan tangan yang sehat.  
Lakukan 8 sampai 10 kali per hari

**Gambar 21.** Latihan peregangan siku dan lengan bawah

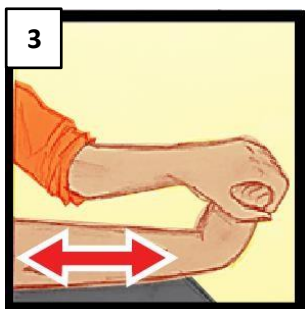
d. Latihan peregangan pada pergelangan tangan



Peregangan ini diawali dengan menaruh lengan bawah yang sakit diatas meja dengan tangan menggantung dan pastikan lengan bawah lurus



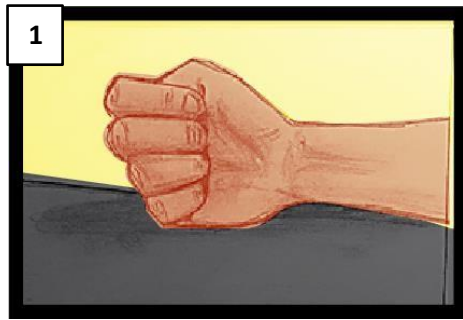
Kemudian, pegang jari-jari tangan sakit menggunakan tangan yang sehat



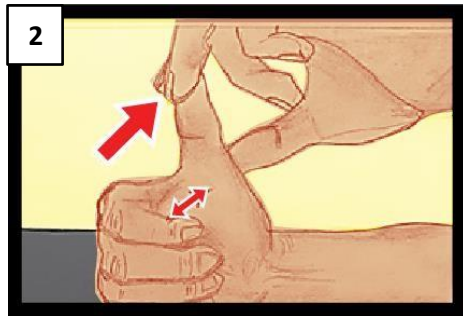
Setelah itu, gerakkan ke atas menggunakan tangan yang sehat.  
Lakukan 8 sampai 10 kali per hari

**Gambar 62.** Latihan peregangan pergelangan tangan

e. Latihan peregangan pada jari tangan



Peregangan ini diawali dengan menaruh tangan yang sakit diatas meja dan memposisikan tangan menggenggam.



Kemudian, pegang ibu jari dan luruskan keatas. Pastikan jari yang lain tetap melakukan gerakan menggenggam. Lakukan 8-10 kali per hari.

**Gambar 23.** Latihan peregangan jari tangan

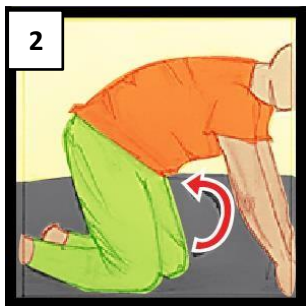
B. Latihan Anggota gerak bawah

Latihan peregangan untuk anggota gerak bawah terdiri dari peregangan pada paha dan betis.

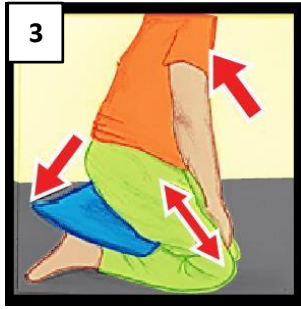
a. Latihan peregangan pada paha depan



Pasien memposisikan miring dan setengah duduk



Kemudian, Pasien merubah posisi seperti menungging



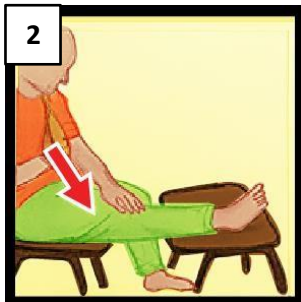
Setelah itu, Pasien memposisikan duduk dan kaki diganjal dengan bantal. Pastikan badan dan paha lurus.

**Gambar 24.** Latihan peregangan paha depan

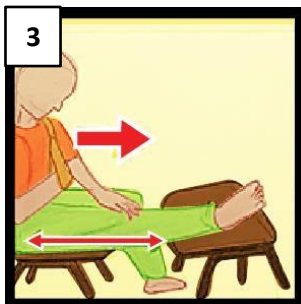
b. Latihan peregangan pada paha belakang



Peregangan ini diawali dengan Pasien duduk diatas kursi dengan kaki yang sakit selonjor dibantu dengan kursi. Pastikan Pasien bersandar pada kursi



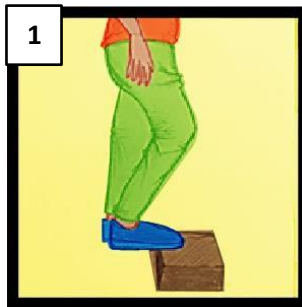
Kemudian, tangan yang sehat memegang lutut kaki yang sakit.



Setelah itu, Pasien meluruskan badan (tidak bersandar pada kursi) dengan posisi tangan tetap memegang lutut.

**Gambar 25.** Latihan peregangan paha belakang

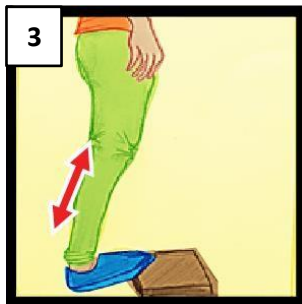
c. Latihan peregangan pada betis



Peregangan ini diawali dengan Pasien berdiri di depan kursi.



Kemudian, Pasien naik ke kursi dengan tumit menggantung. Pastikan kedua kaki tegak lurus.



Setelah itu, bagian tumit diturunkan dari kursi. Lakukan 35 gerakan tersebut 8-10 kali per hari.

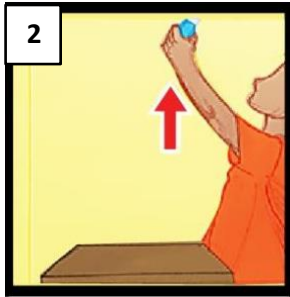
**Gambar 26.** Latihan peregangan betis

**5. PELATIHAN PENGUATAN OTOT**

A. Latihan pada otot bahu



Latihan ini diawali dengan Pasien duduk dengan kedua tangan memegang botol atau gelas.



Kemudian, angkat botol atau gelas tersebut setinggi-tingginya (semampunya Pasien)



Setelah itu, kembalikan posisi tangan seperti semula.  
Lakukan gerakan tersebut 8-10 kali per hari.

**Gambar 27.** Latihan penguatan otot bahu

**B. Latihan pada otot lengan atas dan pergelangan tangan**



Latihan ini diawali dengan Pasien duduk, tangan diberi sandaran balok atau kardus dan lengan bawah diberikan bantalan. Pastikan tangan yang sehat memegang tangan yang sakit.



Kemudian, pegang gelas / botol menggunakan tangan yang sakit secara tegak lurus.



Setelah itu, miringkan botol kearah kanan.



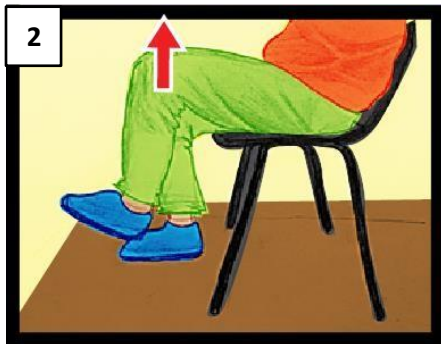
Kemudian, miringkan kembali botol kearah sebaliknya.  
Lakukan Latihan ini 8-10 kali per hari.

**Gambar 28.** Latihan penguatan lengan atas dan pergelangan tangan

C. Latihan pada otot paha depan



Latihan ini diawali dengan Pasien duduk dengan lurus



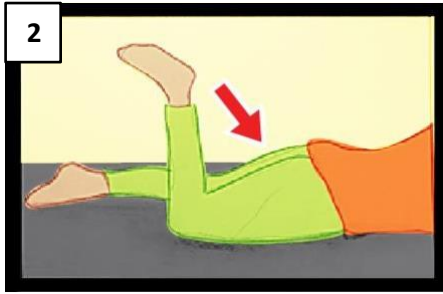
Kemudian, angkat kaki yang sakit, lalu posisikan seperti semula.  
Lakukan 8-10 kali per hari.

**Gambar 29.** Latihan penguayam otot paha depan

D. Latihan pada otot paha belakang



Latihan ini diawali Pasien tengkurang dengan badan dan kaki lurus



Kemudian, angkat kaki yang sakit hingga 90 derajat, lalu posisikan seperti semula. Lakukan 8-10 kali per hari.

**Gambar 30.** Latihan penguatan otot paha belakang

## 6. PELATIHAN FUNGSIONAL

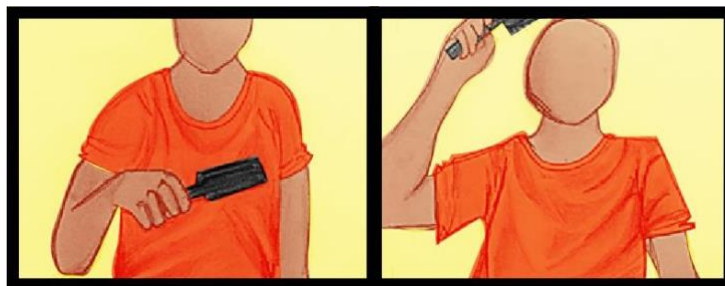
Latihan fungsional ini adalah Latihan melakukan gerakan yang dilakukan dalam sehari-hari seperti makan, duduk, berdiri, berjalan, membuka botol minum dan menyisir.

### A. Latihan makan



Latihan ini adalah Latihan untuk Pasien agar bisa melakukan makan secara mandiri. Pasien dilatih dengan cara memegang sendok dan mengarahkan sendok ke mulut Pasien sendiri.

### B. Latihan menyisir rambut



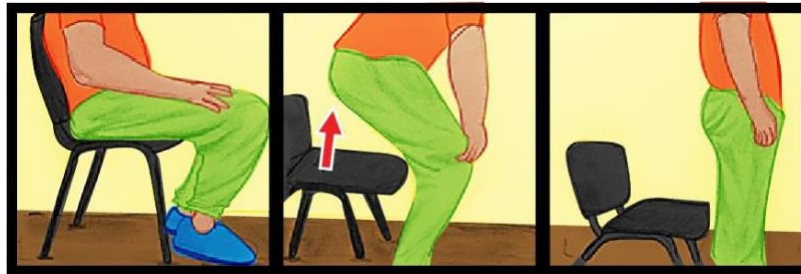
Latihan berikutnya adalah Latihan untuk menyisir rambut sendiri. Pasien dilatih untuk memegang sisir dan menyisir rambut sendiri.

C. Latihan membuka botol



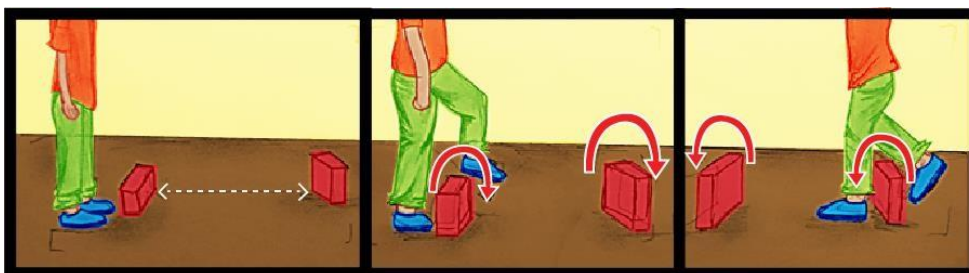
Latihan yang lain adalah membuka tutup botol. Pasien dilatih untuk membuka tutup botol agar menguatkan otot-otot lengan bawah dan otot jari-jari.

D. Latihan beranjak dari tempat duduk

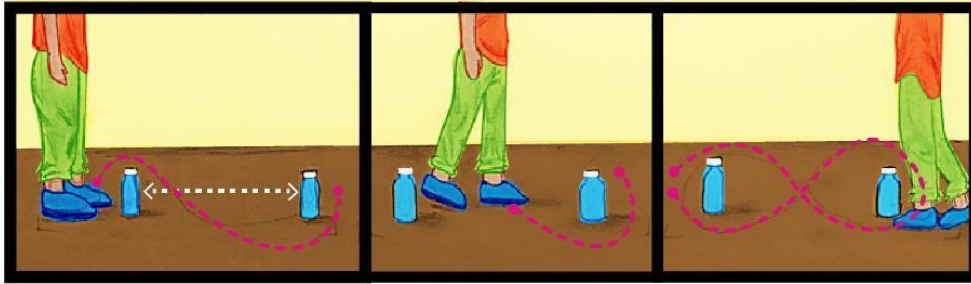


Latihan berikutnya adalah Latihan duduk dan berdiri. Tentunya Latihan ini ditujukan kepada Pasien-Pasien dengan kondisi yang cukup baik. Apabila kondisi Pasien cukup sulit untuk melakukan Latihan ini, maka jangan dipaksakan.

E. Latihan berjalan



Latihan berikutnya adalah Latihan berjalan. Latihan ini diawali dengan menyiapkan 2 balok yang terbuat dari apapun, dan ditaruh dengan jarak 1,5 meter. Pasien dilatih untuk berjalan dengan melewati balok tersebut.



Latihan berjalan yang lain adalah melakukan Latihan berjalan dengan zig-zag. Sama dengan Latihan sebelumnya, Latihan ini memerlukan barang yang ditaruh dilantai dan diletakkan dengan jarak 1,5 meter. Kemudian Pasien diminta berjalan mengitari keduanya hingga membentuk angka “8”.

## BAB V PENGATURAN POLA MAKAN PASIEN STROKE




Pada pengaturan pola makan, tugas kader adalah memberikan edukasi dan memastikan *family caregiver* memahami dan menerapkan pola makan yang benar untuk Pasien stroke sesuai yang telah dianjurkan, karena pengaturan pola makan untuk Pasien stroke menjadi salah satu hal yang sangat penting untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah munculnya komplikasi. Selain itu, tujuan mengatur pola makan adalah menurunkan risiko gizi kurang dan dehidrasi yang dapat dialami Pasien stroke. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengatur pola makan untuk Pasien stroke:

### 1. KEBUTUHAN ENERGI DAN GIZI

Dalam memenuhi kebutuhan energi dan gizi Pasien stroke, Kader perlu memastikan *family caregiver* mengetahui bahan makanan apa saja yang baik untuk Pasien stroke, antara lain:

Tabel 3. Kebutuhan energi dan Gizi Pasien Stroke

Zat Gizi	Bahan Makanan	Keterangan	
Karbohidrat	Memilih karbohidrat kompleks (Nasi, beras merah, jagung, ubi, sagu, singkong, kentang, mie, bihun, sukun dan roti gandum)	Tidak memberikan karbohidrat diluar jam makan besar. Contoh, setelah makan pagi memberikan snack berupa roti coklat	
Lauk pauk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lauk pauk dengan sumber protein hewani antara lain ikan, daging tanpa kulit dan tanpa lemak, telur dan susu</li> <li>- Lauk pauk dengan sumber protein</li> </ul>	Ikan sebaiknya dikonsumsi 1-2 kali per minggu. (1 porsi= 50 gram)	

	nabati antara lain tahu, tempe dan kacang-kacangan.		
Sayuran	Sayuran yang baik untuk Pasien stroke seperti kangkong, wortel, brokoli dan bayam	Pasien stroke dapat mengkonsumsi sayuran segar sebanyak 2-3 porsi (1 porsi= 100 gram)	
Buah-buahan	Buah-buahan yang <b>diperbolehkan</b> adalah papaya, pisang, jeruk, alpukat, dll Buah-Buahan yang harus <b>dihindari</b> adalah buah yang mengandung tinggi fruktosa (mangga, nanas, kelengkeng, sawo, durian, nangka)	Pasien stroke mengkonsumsi 2-3 porsi buah. Apabila ingin dibuat jus diperbolehkan, namun dalam sehari maksimal 150 ml. (minimal 1 porsi= 75-100 gram)	
Minuman	Minuman yang baik adalah air putih sebanyak 8 gelas per hari	Tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi minuman bersoda dan coklat.	

Bahan makanan yang **TIDAK DIIZINKAN** untuk Pasien stroke antara lain:

- a. Mengkonsumsi gula lebih dari 12 sendok teh atau 4 sendok makan serta menghindari makanan manis atau tinggi gula seperti biskuit, coklat, sirup dan selai.
- b. Mengkonsumsi banyak makanan berlemak seperti daging olahan (sosis), mentega, krim, keju dan minyak kelapa.

- c. Mengonsumsi banyak garam (lebih dari 1 sendok teh per hari), menggunakan penyedap makanan, menggunakan pengawet buah-buahan dan menggunakan soda kue.
- d. Makanan instan/prosed food seperti mie instan, makanan kaleng, sosis, kornet dan nugget.

**2. GIZI SEIMBANG**

Makanan yang bergizi adalah makanan dengan porsi yang sesuai. Contoh yang **salah** adalah hanya mengonsumsi nasi dan lauk pauk tanpa adanya sayur. Kader perlu melakukan edukasi dan memastikan *family caregiver* mengerti bagaimana mengatur jumlah bahan makan yang sesuai untuk Pasien stroke sesuai dengan prinsip “Isi Piringku”.



**Gambar 31.** Isi Piringku

Tabel 4. Contoh menu makanan bagi Pasien Stroke

Menu Makan	URT	Berat (gram)
<u>Makan Pagi jam 07.00</u>		
Nasi putih	¾ gelas	100 gram
Telur ceplok	1 butir	55 gram
Sayur buncis	1 gelas	100 gram

<u>Snack jam 10.00</u>		
Buah Pepaya	1 potong besar	110 gram




<u>Makan siang jam 13.00</u>		
Nasi putih	1 ¼ gelas	150 gram
Bandeng goreng	1 potong sedang	40 gram
Sayur asem	1 gelas	100 gram
Terik tahu	1 biji besar	110 gram
<u>Snack jam 16.00</u>		
Buah pisang	1 buah	50 gram
<u>Makan malam jam 19.00</u>		
Nasi Putih	1 ¼ gelas	150 gram
Ikan goreng	1 potong sedang	40 gram
Tempe bacem	2 potong sedang	50 gram
Tumis kangkung	1 gelas	100 gram

### 3. BENTUK DAN TEKSTUR MAKANAN

Untuk memberikan makanan kepada Pasien stroke, Kader perlu mengedukasi dan memastikan *family caregiver* dapat melihat kondisi dari Pasien, yaitu apakah Pasien stroke bisa langsung diberikan nasi atau perlu dirubah konsistensinya. Apabila perlu dirubah, maka family caregiver bisa memberikan konsistensi seperti puding, lalu berkembang menjadi bubur, hingga Pasien mampu memakan makanan dengan tekstur normal.

Tabel 5. Rekomendasi Tekstur Makanan Pasien Stroke

Tahap 1 (Bentuk pudding)	
--------------------------	--

Tahap 2 (Bentuk pure atau bubur sumsum)	
Tahap 3 (Bentuk bubur kasar / nasi tim)	
Tahap 4 (Tekstur biasa)	

#### 4. DIET BAGI PASIEN STROKE

Tabel 6. Diet bagi Pasien Stroke

Faktor risiko yang dimiliki Pasien Stroke	Diet
Obesitas dan kolesterol tinggi	<p>Pasien stroke perlu diberikan sayur-sayuran dan buah-buahan dalam porsi yang lebih banyak.</p> <p><i>Family caregiver</i> dapat memberikan makanan kepada Pasien stroke seperti daging tanpa kulit dan tanpa lemak, mengurangi mentega, krim dan keju.</p>

Tekanan darah tinggi	Sebaiknya mengkonsumsi garam maksimal 1 sendok teh per hari. <i>Family caregiver</i> dapat mengganti dengan bahan-bahan alami seperti bawang putih atau rempah-rempah yang lain. Tidak dianjurkan menggunakan bahan pengawet dan penyedap rasa.
Penyakit gula darah	Mengkonsumsi gula sebaiknya tidak lebih dari 12 sendok teh atau 4 sendok makan. Hindari makanan atau minuman seperti biskuit, kue, coklat, selai dan minuman bersoda.

#### 5. DIET BAGI PASIEN STROKE DENGAN KESULITAN MENELAN

Kesulitan menelan menjadi salah satu masalah yang dirasakan oleh pasien stroke. Tentunya, ada perlakuan khusus bagi pasien stroke yang memiliki masalah ini, antara lain:

- a. Menggunakan alat bantu seperti selang makan melalui hidung (NGT)
- b. Menggunakan sonde atau melalui NGT (makanan bentuk cair semua) diberikan 6 kali sehari dengan 1 porsi=  $\pm$  200ml (setiap 4 jam)
- c. Makanan bentuk cair melalui NGT, sedangkan bubur saring hanya untuk Latihan melalui mulut
- d. Makanan cair melalui NGT, sedangkan makanan lunak melalui mulut
- e. Seluruh porsi makanan lunak per oral, hanya air yang melalui NGT
- f. Seluruh makanan dan cairan per oral

## **BAB VI**

### **KESEHATAN MENTAL PASIEN STROKE DAN *FAMILY CAREGIVER***

#### **1. PENGERTIAN**

Kesehatan mental adalah salah satu dampak yang dirasakan oleh Pasien yang terkena stroke. Seringkali gangguan mental yang muncul diakibatkan adanya keluhan yang dirasakan Pasien stroke seperti kelemahan anggota gerak, gangguan tidur bahkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal tersebut akan memicu munculnya gangguan mental. Memberikan edukasi kepada *family caregiver* untuk membantu menyelesaikan atau mengurangi gangguan tersebut merupakan hal yang penting, karena apabila tidak dilakukan justru dapat memicu munculnya komplikasi dari stroke.

#### **2. PENTING UNTUK KADER**

##### **a. Merawat dengan Hati: Paradigma Holistik**

Dalam paradigma kedokteran komunitas, definisi “sehat” melampaui sekadar ketiadaan penyakit fisik; ia mencakup kesejahteraan mental dan emosional yang utuh. Bagi keluarga pasien stroke, perjalanan pemulihan sering kali menjadi ujian ketahanan yang berat. Kelelahan fisik akibat rutinitas perawatan yang intensif sering kali berujung pada kelelahan batin (*psychological distress*), yang jika tidak tertangani akan bermuara pada burnout. Di sinilah Kader Kesehatan memegang peranan vital, bukan hanya sebagai penyuluh teknis, tetapi sebagai penjaga “kesehatan hati” keluarga. Kader hadir untuk menanamkan pemahaman bahwa obat-obatan farmakologis memang menyembuhkan organ tubuh, namun kehadiran yang tulus adalah obat bagi jiwa yang tidak dijual di apotek mana pun (Kusnanto et al., 2021).

Pemberdayaan kader dalam konteks ini bertujuan mengubah perspektif keluarga dari sekadar “melakukan tugas perawatan” menjadi “memberikan asuhan dengan hati”. Kader perlu mengajarkan bahwa setiap interaksi perawatan sehari-hari adalah peluang emas untuk penguatan mental. Sebuah studi oleh Lynch et al. (2019) menekankan bahwa dukungan emosional yang terintegrasi dalam perawatan fisik dapat mempercepat neuroplastisitas dan pemulihan fungsional pasien stroke. Oleh karena itu, kader harus mampu memotivasi

keluarga untuk melihat rutinitas memandikan atau memberi makan bukan sebagai beban mekanis, melainkan sebagai ritual kasih sayang yang menyembuhkan.

b. Sentuhan sebagai Dukungan Emosional (Bonding)

Salah satu tantangan terbesar dalam perawatan jangka panjang di rumah adalah kecenderungan keluarga untuk terjebak dalam rutinitas yang kaku dan terburu-buru, seolah-olah merawat benda mati. Kader perlu mengoreksi perilaku ini dengan menarasikan pentingnya sentuhan terapeutik (*therapeutic touch*). Narasi edukasi yang disampaikan kader harus menekankan bahwa kulit adalah organ sensorik terbesar yang menjadi pintu masuk kenyamanan batin. Sentuhan kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) yang dilakukan dengan lembut saat memandikan atau memijat ringan pasien terbukti dapat menstimulasi pelepasan hormon oksitosin, yang berfungsi menurunkan kadar kortisol atau hormon stres, baik pada pasien maupun keluarga yang merawat (Field, 2019).

Kader harus mendemonstrasikan bahwa sentuhan adalah bentuk komunikasi non-verbal yang paling purba dan jujur. Bagi pasien stroke yang mungkin mengalami gangguan persepsi tubuh, sentuhan kasih sayang dari keluarga membantu mereka menyadari kembali keberadaan tubuhnya secara positif (*body awareness*). Kader mengajarkan keluarga untuk tidak sekadar membersihkan tubuh pasien seperti robot, tetapi melakukannya dengan *mindfulness* menatap wajah pasien, mengusap dengan lembut, dan memberikan afirmasi positif. Intervensi sederhana ini mengubah momen perawatan yang melelahkan menjadi momen *bonding* (kelekatan) yang mempererat hubungan emosional, mengurangi kecemasan pasien, dan memberikan rasa tenang bagi keluarga.

c. Komunikasi dan Kontak Mata (Mencegah Isolasi Sosial)

Pasien stroke sering kali mengalami afasia atau gangguan bicara, yang menjadi tembok tebal dalam interaksi sosial. Kondisi ini kerap membuat pasien merasa terisolasi, frustrasi, dan jatuh dalam depresi pasca-stroke (*post-stroke depression*). Sayangnya, keluarga sering kali salah merespons kondisi ini dengan bersikap abai; mereka jarang mengajak pasien berbicara karena beranggapan pasien tidak paham atau karena merasa percuma tidak akan mendapat jawaban. Kader memiliki tugas krusial untuk mematahkan mitos ini. Kader harus menegaskan bahwa meskipun mulut terkunci, telinga dan perasaan

pasien sering kali masih berfungsi sempurna. Mengabaikan pasien dalam percakapan di rumah sama dengan mematikan semangat hidup mereka secara perlahan (Baker et al., 2018).

Dalam pendampingannya, kader perlu menekankan kekuatan dari “Tatapan Mata” dan “Kehadiran”. Saat menyuapi atau melatih gerak, kader menginstruksikan keluarga untuk mensejajarkan posisi mata dengan pasien. Kontak mata adalah sinyal universal yang mengatakan “Saya ada di sini untukmu” dan “Kamu berharga”. Hal ini sangat penting untuk mengembalikan martabat pasien yang sering merasa tidak berdaya. Sebuah riset menunjukkan bahwa interaksi tatap muka yang intensif dapat menurunkan risiko isolasi sosial dan meningkatkan motivasi pasien untuk sembuh (Hayer et al., 2021).

Kader juga mengajarkan teknik komunikasi alternatif. Jika kata-kata sulit keluar, kader melatih keluarga untuk menggunakan isyarat tubuh, gambar, atau sekadar anggukan kepala sebagai bentuk validasi. Kader mengingatkan keluarga untuk tetap melibatkan pasien dalam keputusan-keputusan kecil di rumah, seperti memilih menu makanan atau baju yang akan dipakai. Pelibatan sederhana ini memberikan rasa kontrol (*sense of control*) kembali kepada pasien, yang merupakan elemen fundamental dalam kesehatan mental.

d. Manajemen Istirahat untuk Penunggu (Mencegah Burnout)

Aspek yang sering terlupakan dalam perawatan stroke berbasis keluarga adalah kesejahteraan sang penunggu (*Family caregiver*). Banyak anggota keluarga terjebak dalam rasa bersalah (*caregiver guilt*) jika mereka tidur nyenyak atau beristirahat, sementara orang yang dicintainya sedang sakit. Akibatnya, penunggu mengabaikan kebutuhan biologis mereka sendiri, yang berujung pada kelelahan kronis dan penurunan imunitas. Kader wajib mengintervensi pola pikir destruktif ini dengan narasi tegas: “Penunggu yang sehat adalah syarat mutlak agar pasien terurus dengan baik”. Kader harus menyadarkan keluarga bahwa jika penunggu jatuh sakit, maka pasien akan kehilangan tumpuan utamanya (Kusnanto et al., 2021).

Kader dapat menggunakan analogi keselamatan di pesawat terbang: “Pasang masker oksigen Anda terlebih dahulu sebelum membantu orang lain”. Dalam sesi kunjungan rumah, kader perlu memeriksa pola tidur dan istirahat caregiver. Kader memberikan edukasi tentang manajemen waktu dan pentingnya tidur berkualitas (*deep sleep*) bagi pemulihan energi fisik dan mental

penunggu. Seperti gambar posisi tidur pasien yang sering digunakan sebagai simbol ketenangan dalam pemulihan, penunggu pun berhak mendapatkan ketenangan serupa. Tanpa istirahat yang cukup, ambang batas emosi penunggu akan menurun, meningkatkan risiko terjadinya kekerasan verbal atau fisik yang tidak disengaja kepada pasien akibat stres (Aadal et al., 2018).

e. Kerja Sama Tim Keluarga (*Family Support*)

Beban perawatan stroke terlalu berat jika dipikul oleh satu orang saja (*primary caregiver*). Fenomena “single fighter” dalam perawatan keluarga sangat rentan terhadap kegagalan perawatan jangka panjang. Oleh karena itu, kader berfungsi sebagai fasilitator untuk membangun kerja sama tim dalam keluarga (*family teamwork*). Kader perlu melakukan observasi jeli: apakah beban hanya tertumpu pada istri/anak perempuan saja? Apakah anggota keluarga lain terlibat? Kader harus mendorong distribusi peran yang adil sesuai kemampuan masing-masing anggota keluarga, menciptakan sistem pendukung yang solid (Loh et al., 2020).

Dalam edukasinya, kader menanamkan konsep *collective efficacy* keyakinan bahwa keluarga sebagai satu kesatuan mampu merawat pasien. Kader dapat memfasilitasi musyawarah keluarga untuk membagi tugas: ada yang bertugas memandikan, ada yang menyiapkan logistik obat, dan ada yang bertugas menghibur atau mengajak bicara pasien. Pembagian tugas ini tidak hanya meringankan beban fisik, tetapi juga memberikan dukungan moral bagi penunggu utama bahwa ia tidak sendirian.

Dukungan sosial dari keluarga inti terbukti menjadi prediktor terkuat dalam keberhasilan rehabilitasi pasien stroke di rumah. Ketika pasien melihat kekompakan keluarganya dalam merawat, hal itu menumbuhkan rasa aman dan optimisme yang kuat. Kader, sebagai pihak luar yang netral namun peduli, memiliki posisi strategis untuk merekatkan kembali sendi-sendi kerja sama keluarga yang mungkin sempat renggang akibat krisis kesehatan ini. Dengan demikian, pemberdayaan kader memastikan bahwa perawatan stroke menjadi momentum penguatan ketahanan keluarga secara keseluruhan.

### 3. KESEHATAN MENTAL YANG DIALAMI PASIEN STROKE

Beberapa kondisi Kesehatan mental yang dialami oleh Pasien stroke antara lain:

#### A. Stres

Stres merupakan salah satu kondisi yang dapat dialami oleh Pasien stroke. Stress ditunjukkan dengan emosi yang tidak stabil, mudah marah, kecewa dan mudah Lelah. Hal yang mendasari munculnya stress adalah Pasien stroke merasa tidak berguna dan hanya merepotkan anggota keluarganya saja.

#### B. Gangguan tidur

Seringkali Pasien stroke juga mengalami gangguan tidur, seperti sulit memulai tidur atau bahkan sering terbangun pada malam hari. Beberapa faktor yang menyebabkan gangguan tidur pada Pasien stroke seperti berkurangnya aktivitas fisik, atau juga bisa disebabkan oleh rasa cemas dan stress yang dialami oleh pasien stroke.

#### C. Depresi dan cemas

Depresi dan cemas menjadi salah satu masalah yang seringkali dialami oleh pasien stroke. Perasaan cemas dan depresi muncul karena perubahan yang dialami oleh pasien stroke khususnya perubahan pada fisik. Pasien stroke akan mengalami kelemahan anggota gerak yang menyebabkan pasien stroke kesulitan untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Rasa stress yang muncul memicu perasaan cemas dan depresi. Ciri-ciri pasien stroke mengalami depresi dan cemas adalah:

- a. Hilangnya *mood*
- b. Tidak ada keinginan untuk melakukan sesuatu
- c. Sulit makan
- d. Sulit untuk berkonsentrasi
- e. Mudah Lelah
- f. Sulit tidur

#### D. Kelelahan

Kelelahan juga menjadi hal yang sering dirasakan oleh pasien stroke. Kelelahan terjadi karena pasien stroke mengalami kelemahan fisik dan kelemahan mental. Kelemahan fisik yang dirasakan diartikan bahwa pasien stroke tidak mampu untuk melakukan aktivitas yang biasanya pasien lakukan, sedangkan kelemahan mental yang dimaksud adalah hilangnya atau

berkurangnya konsentrasi, berkurangnya kemampuan untuk melakukan banyak aktivitas, dan tidak mampu menyelesaikan permasalahan yang dirasakan.

#### **4. KESEHATAN MENTAL YANG DIALAMI *FAMILY CAREGIVER***

Kesehatan mental untuk *family caregiver* juga perlu dipahami. *Family Caregiver* Sebagian besar akan merasakan stress yang cukup besar. Seringkali muncul rasa stress pada saat satu bulan awal merawat pasien stroke dan setelah merawat selama enam bulan. Beberapa hal yang dapat menyebabkan stress pada *family caregiver* antara lain:

1. Memberikan obat ke pasien stroke
2. Membantu merawat kebersihan diri
3. Membantu melakukan aktivitas seperti berjalan dan olahraga
4. Memberikan dukungan kepada pasien
5. Selalu memonitoring progress pasien stroke
6. Membantu transport pasien
7. Membantu manajemen keuangan pasien
8. Melakukan tambahan pekerjaan rumah seperti memasak dan mencuci
9. Menemani kegiatan luar rumah
10. Menyusun rencana kegiatan pasien stroke
11. Membantu menyelesaikan permasalahan perilaku dan mood
12. Membantu meningkatkan komunikasi pasien
13. Harus memahami informasi dari dokter

Banyaknya hal yang dapat menyebabkan stress pada *family caregiver*, diperlukan pengelolaan Kesehatan mental kepada *family caregiver*. Apabila *family caregiver* memiliki Kesehatan mental yang buruk, maka *family caregiver* tidak akan mampu membantu menyelesaikan permasalahan yang dialami pasien stroke.

Kelelahan juga menjadi masalah yang selalu dirasakan oleh *family caregiver* karena harus meluangkan waktunya untuk merawat pasien stroke diluar dari jadwal kegiatan rutinnnya.

## 5. PENGELOLAAN KESEHATAN MENTAL YANG DIALAMI PASIEN STROKE DAN *FAMILY CAREGIVER*

Beberapa hal yang bisa dilakukan oleh pasien stroke dan *family caregiver* dalam menyelesaikan atau mengelola kesehatan mental yang dirasakan, antara lain:

### A. Mendekatkan diri Kepada Tuhan Yang Maha Esa

Kegiatan ini merupakan hal yang sangat penting dan menjadi dasar dalam meningkatkan Kesehatan mental yang dialami. Dengan melaksanakan ibadah dengan rutin dan khusyuk, maka pasien stroke akan merasa lebih tenang dan damai. Beberapa hal yang dapat dilakukan *family caregiver* dan pasien stroke antara lain:

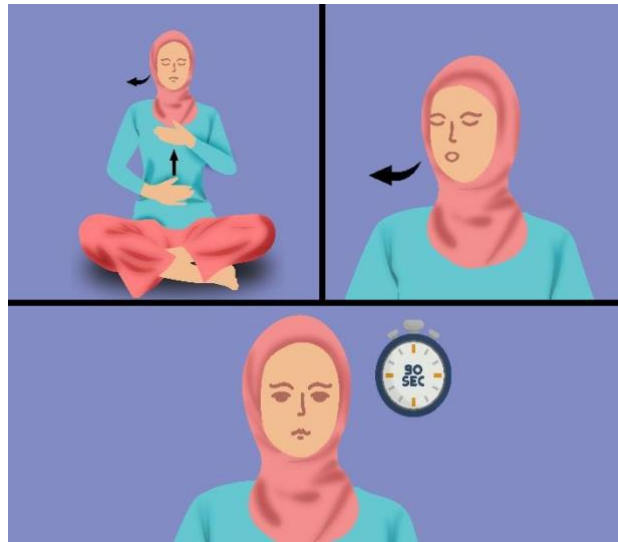
- a. Mengingatkan apabila sudah memasuki waktu ibadah
- b. Memberikan bantuan dalam melaksanakan ibadah apabila pasien stroke mengalami kesulitan
- c. Membantu melengkapi peralatan yang dibutuhkan untuk beribadah
- d. Apabila memungkinkan, *family caregiver* dan pasien stroke menerima bimbingan Rohani dari pemuka agama



## B. Mengelola Stres dengan Teknik Nafas Dalam

Kegiatan lain yang dapat mengurangi stres pasien stroke dan *family caregiver* adalah dengan cara melakukan Teknik nafas dalam. Langkah-langkah dalam melakukan Teknik nafas dalam adalah:

- a. *Family caregiver* atau pasien stroke untuk memposisikan diri se nyaman mungkin, bisa duduk ataupun berbaring
- b. Sebisa mungkin pasien stroke atau *family caregiver* tidak membawa barang apapun atau kalau bisa pastikan juga tidak menggunakan asesoris-asesoris seperti jam tangan atau perhiasan.

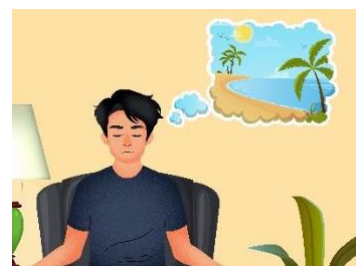


- c. Letakkan kedua tangan diatas perut dan pastikan tangan kanan berada diatas dari tangan kiri. Biarkan mata tetap terbuka
- d. Arahkan untuk memejamkan mata, kemudian Tarik nafas perlahan, tahan sebentar dan hembuskan secara perlahan lewat mulut. Usahakan tetap berkonsentrasi
- e. Lakukan berulang hingga merasa lebih nyaman dan tenang.

## C. Mengelola Stres dengan Visualisasi

Visualisasi yang dimaksud adalah dengan cara membayangkan secara detail hal-hal yang dapat membuat nyaman dan bahagia. Langkah yang dilakukan adalah:

- a. Posisikan badan se nyaman mungkin dengan lingkungan yang nyaman (tidak banyak suara)
- b. Tutup mata dan bayangkan diri kita sedang berada di tempat yang menyenangkan
- c. Sambil membayangkan hal tersebut, kita melakukan tarik nafas dalam



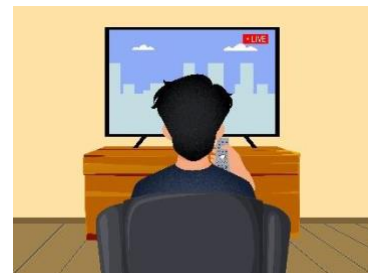
- d. Bayangkan dan fokuskan 1 hal pada tempat yang sudah kita bayangkan, seperti apa yang kita lihat, dengar, bau, sentuh atau rasakan. Atau anda bisa membayangkan hal-hal yang membuat anda bahagia. Bayangkan juga pada saat anda tersenyum dan merasa bahagia.



**D. Melakukan Hobi atau Kegiatan yang menyenangkan**

Pasien stroke atau *family caregiver* perlu melakukan hobi agar menghilangkan beban pikiran yang dapat memperburuk kondisi pasien. Kegiatan yang dilakukan harus sesuatu yang bermanfaat dan tentunya juga harus menyenangkan. Manfaat melakukan hobi antara lain:

- a. Membantu mengurangi faktor risiko penyakit stroke
  - b. Menghilangkan stress
  - c. Memberikan rasa puas karena pasien stroke berhasil melakukan sesuatu
  - d. Menjaga kebugaran
  - e. Meningkatkan hubungan sosial dengan sekitar
- Beberapa kegiatan yang dapat dijadwalkan oleh *family caregiver* untuk pasien stroke adalah:



- a. Kegiatan yang dilakukan diluar rumah  
Beberapa kegiatan yang bisa dilakukan diluar rumah oleh pasien stroke adalah:
  1. Berjalan kaki di taman, Pantai atau kebun
  2. Merawat tanaman (bila mampu)
  3. Melakukan olahraga ringan
  4. Bersosialisasi dengan tetangga
- b. Kegiatan yang dilakukan didalam rumah
  1. Menonton tv
  2. Mendengarkan radio atau cerita
  3. Membaca kitab suci, majalah, koran atau buku
  4. Mendengarkan music



Pasien stroke atau *family caregiver* yang telah melakukan berbagai kegiatan positif namun tetap mengalami gangguan mental, sebaiknya diperiksakan ke dokter spesialis kedokteran jiwa (Sp.KJ).

## **6. PENGELOLAAN KESEHATAN MENTAL FAMILY CAREGIVER BERDASARKAN KARAKTERISTIK**

Pengelolaan kesehatan mental dalam merawat keluarga yang sakit merupakan sebuah tantangan atau tekanan emosional yang perlu diperhatikan. Ketika seseorang merawat anggota keluarga yang sakit maka perasaan cemas, lelah dan stres akan muncul. Setiap anggota keluarga memiliki respon stres dengan cara yang berbeda-beda, tergantung dari peran pada keluarga tersebut. Karena memiliki cara yang berbeda-beda, penting untuk memahami bagaimana karakteristik masing-masing individu dalam mengenali perasaan dan cara yang tepat untuk mendukung mereka.

### **A. Karakteristik pada Suami dan pengelolaannya**

Seorang suami yang merawat anggota keluarga yang sakit akan merasa memiliki beban tanggungjawab yang lebih besar karena seorang suami merupakan pencari nafkah utama. Suami akan kesulitan untuk menyeimbangkan pekerjaan, perawatan keluarga dan kebutuhan lain-lain sehingga akan menimbulkan tekanan akibat peran yang bertentangan.

Beberapa hal yang dapat dilakukan oleh seorang suami yang sedang merawat anggota keluarga yang menderita stroke antara lain:

#### **a. Mencari bantuan**

Seorang suami harus mencari dukungan sosial dari keluarga, teman atau bahkan psikiater untuk membicarakan stres yang dirasakan. Bisa juga dengan mencari perawatan tambahan seperti pengasuh untuk meringankan beban perawatan.

#### **b. Membuat rencana**

Seorang suami dalam mengatur waktunya harus bisa merencanakan jadwal perawatan, pembagian tugas rumah tangga dan waktu untuk diri sendiri atau waktu bersama keluarga.

#### **c. Menyusun prioritas**

Seorang suami perlu memprioritaskan tugas-tugas yang paling mendesak seperti kebutuhan medis anggota keluarga yang sakit stroke dan menunda tugas yang tidak mendesak.

d. Relaksasi

Seorang suami bisa melakukan teknis relaksasi seperti pernafasan dalam atau meditasi untuk meredakan ketegangan.

B. Karakteristik Istri yang merawat Suami mengalami stroke

Seorang istri yang sedang merawat anggota keluarga yang mengalami stroke sering dianggap menjadi pengasuh utama, memiliki banyak tanggung jawab secara fisik dan emosional. Hal tersebut menyebabkan kelelahan fisik dan mental. Selain itu, seorang istri juga bertanggungjawab atas kegiatan rumah tangganya dan pekerjaannya. Beberapa hal yang dapat dilakukan antara lain:

a. Mencari dukungan

Berbicara dengan teman dekat atau seorang psikiater merupakan hal yang dapat dilakukan oleh seorang istri. Dengan cara tersebut, seorang istri akan mudah mengutarakan perasaannya dengan merasa nyaman sehingga dapat mengurangi perasaan terpendam yang dapat memperburuk kondisi mental. Seorang istri juga bisa mengajak anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah untuk membantu berbagi tanggung jawab sehingga seorang istri tidak merasa terbebani.

b. Mengatur waktu

Seorang istri perlu mengatur waktu untuk diri sendiri dan melakukan perawatan anggota keluarga yang sakit. Seorang istri perlu menjaga kualitas tidur yang baik agar menjaga kesehatannya, dan juga perlu untuk mengatur waktu dalam bersosialisasi dengan teman-teman atau keluarga besar agar memberi rasa dukungan.

c. Relaksasi

Apabila dalam melaksanakan kegiatan seorang istri merasa lelah dan stres, bisa melakukan teknik pernafasan dalam untuk menenangkan perasaan.

C. Karakteristik seorang anak yang merawat orangtua mengalami Stroke

Seorang anak yang merawat orang tuanya yang mengalami stroke akan menimbulkan perasaan cemas, takut dan merasa bersalah karena mereka tidak bisa membantu secara maksimal. Seorang anak juga akan merasakan

perubahan dalam kegiatan rutinitas mereka sehingga menimbulkan kecemasan. Beberapa hal yang dapat dilakukan antara lain:

a. Mencari dukungan emosional

Seorang anak dalam merawat orang tuanya yang mengalami stroke memerlukan dukungan emosional baik dari orangtua yang tidak sakit, anggota keluarga lain atau teman. Tentunya apa yang dirasakan seorang anak sesuai dengan usia dan pemahaman anak. Berbicara kepada orang tua, anggota keluarga lain atau teman akan membantu mengurangi kecemasan.

b. Relaksasi

Seorang anak perlu belajar teknik relaksasi sederhana seperti teknik pernafasan dalam untuk membantu mengurangi kecemasan.

c. Mendorong aktivitas fisik

Seorang anak perlu waktu untuk bersosialisasi untuk mengurangi beban pikiran seperti melakukan olahraga. Tentunya aktivitas fisik perlu dilakukan secara rutin sehingga seorang anak merasa lebih stabil dan aman. Tentu saja dalam melakukan aktivitas fisik tetap perlu mengatur waktu dalam merawat orang tua yang mengalami stroke.

**CATATAN:**

Modul ini merupakan modul dasar bagi kader untuk melatih *family caregiver* dalam merawat pasien stroke secara umum, Setiap individu yang mengalami stroke dan anggota keluarga yang berperan sebagai *family caregiver* memiliki karakteristik yang berbeda. sehingga, pendekatan perlu disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan serta karakter masing-masing.

## **BAB VII PENUTUP**

Keberhasilan rehabilitasi pasien stroke sangat bergantung pada kesinambungan perawatan di rumah. Meskipun keluarga (*family caregiver*) memegang peran utama dalam keseharian pasien, mereka sering kali menghadapi keterbatasan pengetahuan dan keterampilan. Di sinilah urgensi pemberdayaan kader kesehatan sebagai ujung tombak pendampingan di masyarakat.

Modul ini disusun sebagai panduan strategis bagi kader untuk menjalankan perannya sebagai edukator dan motivator. Melalui modul ini, kader diharapkan mampu mentransfer pengetahuan dan melatih keluarga agar lebih mandiri dan percaya diri. Dengan demikian, tercipta perawatan stroke berbasis keluarga yang kokoh, yang pada akhirnya akan mengoptimalkan pemulihan dan menjaga kualitas hidup pasien stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, S., Supandiman, I., Markam, S., Estiasari, R. & Hankey, G. THE EFFECT OF CAREGIVER EDUCATION PROGRAM ON FUNCTIONAL INDEPENDENCE AND MORTALITY IN FIRST-. **2**, 57–67 (2018).
- Aiken, L. H. *et al.* Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *BMJ Open* **8**, 1–8 (2018).
- Aldehaim, A., Alotaibi, F. F., Uphold, C. & Dang, S. The Impact of Technology-Based Interventions on Informal Caregivers of Stroke Survivors: A Systematic Review. **22**, 1–9 (2016).
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J. & Teixeira, L. *Training informal caregivers to care for older people after stroke: A quasi-experimental study. Journal of Advanced Nursing* vol. 74 (2018).
- Ates, M., Dogru, B. V., Yesilbalkan, O. U., Karadakovan, A. & Akman, P. Educational needs of caregivers of patients hospitalized in a neurology clinic: Results of questionnaire. *Int. J. Caring Sci.* **11**, 968–976 (2018).
- Baatar, U. *Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013).
- Baye, M. *et al.* Stroke Characteristics and Outcomes of Adult Patients in Northwest Ethiopia. *Front. Neurol.* **11**, 1–9 (2020).
- Brookman C, Holyoke D, Toscan J, B. D. Promising practices and indicators for caregiver education and support programs - Scholars Portal Books. 1–36 (2011).
- Chimatiro, G. L., Rhoda, A. J. & De Wit, L. Stroke patients' outcomes and satisfaction with care at discharge from four referral hospitals in Malawi: A cross-sectional descriptive study in limited resource. *Malawi Med. J.* **30**, 152–158 (2018).
- Chohan, S. A., Venkatesh, P. K. & How, C. H. Long-term complications of stroke and secondary prevention: An overview for primary care physicians. *Singapore Med. J.* **60**, 616–620 (2019).
- Chowdhury, S. & Chakraborty, P. pratim. Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *J. Fam. Med. Prim. Care* **6**, 169–170 (2017).
- Clarke, D. J. *et al.* Introducing structured caregiver training in stroke care: Findings from the TRACS process evaluation study. *BMJ Open* **4**, (2014).

- Demeyere, N. *et al.* Long-term psychological consequences of stroke (OX-CHRONIC): A longitudinal study of cognition in relation to mood and fatigue after stroke: Protocol. *Eur. Stroke J.* **6**, 428–437 (2021).
- Deyhoul, N., Vasli, P., Rohani, C., Shakeri, N. & Hosseini, M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. *Aging Clin. Exp. Res.* **32**, 1343–1352 (2020).
- El-shamaa, E. T., El-banouby, M. H. & Mustafa, N. Assessment of Biopsychosocial Needs for Patients With Chronic Cerebrovascular Stroke. **1**, 69–78 (2011).
- English, C. *et al.* Sitting and Activity Time in People with Stroke. 193–201 (2016) doi:10.2522/ptj.20140522.
- Fadilah, N. & Rahariyani, L. D. The Impact of Independent of Activity Daily Living among Stroke Patients on Caregivers Burden. **14**, (2019).
- Fitzsimons, C. F. *et al.* Stroke survivors ' perceptions of their sedentary behaviours three months after stroke. *Disabil. Rehabil.* **44**, 382–394 (2022).
- Friedman, S. M. & Steinwachs, D. M. Informal Caregivers and the Risk of Nursing Home Admission Among Individuals Enrolled in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. (2006) doi:10.1093/geront/46.4.456.
- Hall, J. *et al.* Factors influencing sedentary behaviours after stroke : findings from qualitative observations and interviews with stroke survivors and their caregivers. 1–15 (2020).
- Haw, J. O. E. S. Beneficial associations with metabolic risk. **31**, (2008).
- Heshmati Nabavi, F., Rajabpoor, M., Mahmoodi, J., Pouresmail, Z. & Mikaniki, T. Comparing the Patient's Satisfaction With Educational Performance of the Physicians and the Nurses. *Jundishapur J. Chronic Dis. Care* **5**, (2016).
- Hong, S., Kim, C., Kim, E., Joa, K. & Kim, T. Effect of a Caregiver ' s Education Program on Stroke Rehabilitation. **41**, 16–24 (2017).
- Iavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M. & Poderico, C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer ' s disease. 1407–1413 (2014).
- Kaadan, M. I. & Larson, M. J. Management of post-stroke depression in the Middle East and North Africa: Too little is known. *J. Neurol. Sci.* **378**, 220–224 (2017).
- Kamalakaran, S. *et al.* Rehabilitation Needs of Stroke Survivors After Discharge From Hospital in India. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* **97**, 1526-1532.e9 (2016).

- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A. & Motalebi, S. A. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychol.* 1–9 (2021) doi:10.1186/s40359-021-00556-z.
- Kernan, W. N. *et al.* Primary Care of Adult Patients after Stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* **52**, E558–E571 (2021).
- Kirimlioğlu, N. Patient Education and Its Importance in Terms of Patient Safety. *Int. J. Res. -GRANTHAALAYAH* **6**, 109–120 (2018).
- Kobyłańska, M. *et al.* The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work* **61**, 523–535 (2019).
- Kootker, J. A., Heugten, C. M. Van, Rasquin, S. M. C., Geurts, A. C. & Fasotti, L. Caregivers' effects of augmented cognitive-behavioural therapy for post-stroke depressive symptoms in patients : secondary analyses to a randomized controlled trial. **4**, (2019).
- Kung, W. W. The Illness , Stigma , Culture , or Immigration ? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients With Schizophrenia. 547–557 (2003).
- Lai, D. W. L. Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *SAGE Open* **2**, 1–14 (2012).
- Lahdji, A., Pudjonarko, D., Shaluhayah, Z., Husni, A., Tugasworo, D., & Mubin, F. Modul Sukses Merawat Pasien Stroke. Universitas Diponegoro. Semarang, Indonesia. 2025
- Lehnerer, S. *et al.* Social work support and unmet social needs in life after stroke: A cross-sectional exploratory study. *BMC Neurol.* **19**, 1–10 (2019).
- Luker, J., Murray, C., Lynch, E., Shannon, M. & Bernhardt, J. Carers' experiences, needs and preferences during inpatient stroke rehabilitation: a systematic review of qualitative studies. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* (2017) doi:10.1016/j.apmr.2017.02.024.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T. & Winner, S. The impact of an information pack on patients with stroke and carers: a randomized controlled trial. (1998) doi:10.1191/026921598668972226.
- Mattlage, A. E., Redlin, S. A., Rippee, M. A. & Abraham, M. G. Use of Accelerometers to Examine Sedentary Time on an Acute Stroke Unit. **39**, 166–171 (2015).
- Mei, Y. X. *et al.* Benefits finding among Chinese family caregivers of stroke survivors: A qualitative descriptive study. *BMJ Open* **10**, 1–8 (2020).

Mohamed, M., Shebl, A., Sherief, W. & Hassanin, A. Impact of Early Post Stroke Rehabilitation Program on Neurological and Functional Outcome. *Mansoura Nurs. J.* **2**, 97–114 (2015).

- Monahan, D. J., (auth.), D. H. H., Toseland, R. W., Haigler, D. H. & Monahan, D. J. *Caregiving Research ,Practice , Policy. Media* (2011).
- Mourad, G., Zaki, R. & Ali, R. Improving Coping Abilities among Caregivers of Patients with Improving Coping Abilities among Caregivers of Patients with Cerebrovascular Stroke. (2014).
- NIH. Post-Stroke Rehabilitation Fact Sheet. *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Post-Stroke-Rehabilitation-Fact-Sheet> (2021).
- Olagundoye, O. & Alugo, M. *Caregiving and the Family*. (INTECH, 2018). doi:10.5772/intechopen.72627.
- Oni, O., Olagunju, A., Ogunnubi, P., Aina, O. & Ojini, F. Poststroke anxiety disorders in a Nigerian hospital: Prevalence, associated factors, and impacts on quality of life. *J. Clin. Sci.* **14**, 106 (2017).
- Penning, M. J. & Wu, Z. Caregiver Stress and Mental Health : Impact of Caregiving Relationship and Gender. **56**, 1102–1113 (2016).
- Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S. & Waters, C. M. A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nurs. Res. (Korean. Soc. Nurs. Sci)*. **11**, 150–157 (2017).
- Plöthner, M., Schmidt, K., Jong, L. De, Zeidler, J. & Damm, K. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly : a systematic literature review. 1–22 (2019).
- Rahman, M. S. & Salek, A. K. M. Training of caregiver for home care management of stroke survivor at low resource setting. *Bangabandhu Sheikh Mujib Med. Univ. J.* **9**, 193 (2016).
- Ramsey, L. E. *et al.* Behavioural clusters and predictors of performance during recovery from stroke. *Nat. Publ. Gr.* **1**, 1–10 (2017).
- Rapolienė, J., Endzelytė, E., Jasevičienė, I. & Savickas, R. Stroke Patients Motivation Influence on the Effectiveness of Occupational Therapy. *Rehabil. Res. Pract.* **2018**, 1–7 (2018).
- Rodgers, H., Francis, J. J., Brittain, K. & Robinson, A. L. Who cares ? – caring for the carers of stroke patients. **29**, 425–427 (2007).
- Rohmah & Rifayuna, D. Rohmah Rifayuna-family caregiver, kebutuhan, stroke. *J. Keperawatan Jiwa(JKJ) Persat. Perawat Nas. Indones.* **9**, 143–152 (2021).

- Roth, D. L. *et al.* Depressive Symptoms After Ischemic Stroke: Population-Based Comparisons of Patients and Caregivers With Matched Controls. *Stroke* **51**, 54–60 (2020).
- Sajadian, A., Razmpoosh, E., Alaeddini, F. & Bassiri, M. The Caring-related Problems Experienced by Family Caregivers of Patients With Breast Cancer: A Descriptive Study. *Multidiscip. Cancer Investig.* **3**, 5–12 (2019).
- Sarzyńska-Długosz, I. An optimal model of long-term post-stroke care. *Front. Neurol.* **14**, (2023).
- Scheffler, E., Mash, R. & Town, C. Figuring it out by yourself : Perceptions of home-based care of stroke survivors , family caregivers and community health workers in a low-resourced setting , South Africa. 1–12.
- Sidek, N. N. *et al.* Experiences and needs of the caregivers of stroke survivors in Malaysia—A phenomenological exploration. *Front. Neurol.* **13**, (2022).
- Sjöholm, A. *et al.* Sedentary Behaviour and Physical Activity of People with Stroke in Rehabilitation Hospitals. **2014**, (2014).
- Strategies, U. S. Behaviour Change Stroke Can Cause Changes in Behaviour. Stroke Foundation. Emotional and personality changes after stroke.
- Tsai, P. C., Yip, P. K., Tai, J. J. & Lou, M. F. Needs of family caregivers of stroke patients: A longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer. Adherence* **9**, 449–457 (2015).
- Van De Port, I. G. L., Kwakkel, G., Van Wijk, I. & Lindeman, E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: A prospective cohort study. *Stroke* **37**, 167–171 (2006).
- Wambiri, G. N. & Ndani, M. N. Relative Contributions of Caregivers' Level of Education, Role Definition and Average Household Income to Caregiver Involvement in Children's Emergent Reading. *J. Educ. Pract.* **6**, 108–115 (2015).
- Wang, T. *et al.* Caregiver-Mediated Intervention Can Improve Physical Functional Recovery of Patients With Chronic Stroke : A Randomized Controlled Trial. (2015) doi:10.1177/1545968314532030.
- Whitehead, D. *et al.* Health promotion and health education practice: Nurses' perceptions. *J. Adv. Nurs.* **61**, 181–187 (2008).
- Whitelock, C. Psychological Effect of stroke. *St Georg. Univ. Hosp. NHS Found. Trust* (2019).

- Williams, A. M. Education, Training, and Mentorship of Caregivers of Canadians Experiencing a Life-Limiting Illness. *J. Palliat. Med.* **21**, S45–S49 (2018).
- Yu, F. *et al.* Effect of family education program on cognitive impairment , anxiety , and depression in persons who have had a stroke : A randomized , controlled study. 1–10 (2018) doi:10.1111/nhs.12548.
- Yuniarsih, W. *et al.* Pengalaman Caregiver Keluarga dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Pasca Akut di RSUP Fatmawati. (2010).

## LAMPIRAN LEMBAR PEMANTAUAN KADER

Nama Pasien :

Nama Family Caregiver :

Nama Kader Pendamping :

Tanggal Kunjungan :

Petunjuk untuk Kader:

1. Gunakan lembar ini setiap kali Anda melakukan kunjungan rumah.
2. Tanyakan atau amati apakah aktivitas di bawah ini sudah dilakukan oleh *family caregiver*.
3. Berikan tanda (✓) pada kolom "Dilakukan" atau "Tidak Dilakukan".
4. Jika "Tidak Dilakukan", cari tahu alasannya (Misal: keluarga tidak tahu caranya, keluarga takut, keluarga tidak punya waktu). Tuliskan di kolom "Catatan".
5. Jadikan temuan ini sebagai bahan untuk edukasi pada kunjungan Anda berikutnya.
6. Simpan lembar ini sebagai laporan pendampingan Anda.

### Hasil Pemantauan Aktivitas

Kategori	Sub-Kategori	Deskripsi Aktivitas	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Catatan Kader (Alasan/Rencana Edukasi)
Perawatan Harian	- Umum	Kebersihan Diri: Membersihkan tubuh pasien (mandi, keramas, kebersihan gigi) secara terjadwal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perawatan Harian	- Umum	Pemantauan Minum Obat: Memastikan pasien mengonsumsi obat sesuai jadwal dan dosis yang benar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perawatan Harian	- Khusus	Latihan Mobilitas: Membantu pasien melakukan latihan peregangan atau penguatan otot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perawatan Harian	- Khusus	Penanganan Kesulitan Menelan: Memastikan pasien dengan kesulitan menelan menerima latihan otot mengunyah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pergerakan dan Mobilisasi	Latihan Perpindahan	Membantu perpindahan pasien dari tempat tidur ke kursi roda dengan aman.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pergerakan dan Mobilisasi	Latihan Kemandirian	Melatih pasien makan dan berpakaian secara mandiri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pengaturan Nutrisi	Pemilihan Makanan	Memastikan pasien hanya mengonsumsi makanan bergizi seperti nasi merah, ikan, dan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		sayuran hijau.			
Pengaturan Nutrisi	Menu dan Porsi Harian	Menyusun menu harian pasien sesuai kebutuhan (contoh: nasi putih 150g, ikan goreng 40g, sayur bayam 100g).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kesehatan Mental	Dukungan Emosional	Memberikan dukungan emosional secara rutin dan melibatkan pasien dalam aktivitas sosial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Catatan Tambahan / Tindak Lanjut**

*(Tuliskan temuan penting lainnya, tanda bahaya yang ditemukan, atau rencana untuk kunjungan berikutnya)*

**Tanda Tangan Kader Pendamping,**

( \_\_\_\_\_ )

## LEMBAR PENILAIAN KEGIATAN CAREGIVER

Kategori	Sub-Kategori	Deskripsi Aktivitas	Dilakukan / Tidak Dilakukan
Perawatan Harian - Umum	Kebersihan Diri	Membersihkan tubuh pasien (mandi, keramas, kebersihan gigi) secara terjadwal	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Perawatan Harian - Umum	Pemantauan Minum Obat	Memastikan pasien mengonsumsi obat sesuai jadwal dan dosis yang benar	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Perawatan Harian - Khusus	Latihan Mobilitas	Membantu pasien melakukan latihan peregangan atau penguatan otot	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Perawatan Harian - Khusus	Penanganan Kesulitan Menelan	Memastikan pasien dengan kesulitan menelan menerima latihan otot mengunyah	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Pergerakan dan Mobilisasi	Latihan Perpindahan	Membantu perpindahan pasien dari tempat tidur ke kursi roda dengan aman	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Pergerakan dan Mobilisasi	Latihan Kemandirian	Melatih pasien makan dan berpakaian secara mandiri	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Pengaturan Nutrisi	Pemilihan Makanan	Memastikan pasien hanya mengonsumsi makanan bergizi seperti nasi merah, ikan, dan sayuran hijau	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Pengaturan Nutrisi	Menu dan Porsi Harian	Menyusun menu harian pasien sesuai kebutuhan (contoh: nasi putih 150g, ikan goreng 40g, sayur bayam 100g)	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan
Kesehatan Mental	Dukungan Emosional	Memberikan dukungan emosional secara rutin dan melibatkan pasien dalam aktivitas sosial	<input type="checkbox"/> Dilakukan <input type="checkbox"/> Tidak Dilakukan

