



# MANUAL PENJAGAAN

Pesakit *Strok* (Angin Ahmar)  
Di Peringkat Penjagaan  
Kesihatan Primer



Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia



# MANUAL PENJAGAAN

Pesakit *Strok* (Angin Ahmar)  
Di Peringkat Penjagaan  
Kesihatan Primer



*Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga*  
**Kementerian Kesihatan Malaysia**

Semua hak cipta terpelihara Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan Kesihatan Awam, Kementerian Kesihatan Malaysia. Dokumen ini boleh dikaji semula, dicetak semula dan diterjemah, tetapi bukan dengan tujuan perniagaan. Panduan yang disediakan dalam manual ini adalah tanggungjawab penyumbang.

Dicetak oleh :

**Tahun 2016**



# Kata-Kata Aluan

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,  
Salam Sejahtera dan Salam 1Malaysia.

Syukur kehadiran ALLAH s.w.t kerana diatas limpah dan izinnya, buku Manual Jagaan Pesakit Strok (Angin Ahmar) di Peringkat Penjagaan Kesihatan Primer telah dapat dihasilkan. Ini merupakan satu lagi inisiatif Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan Malaysia untuk mempertingkatkan kualiti perkhidmatan penjagaan pesakit strok di kesihatan primer.

Strok atau angin ahmar merupakan salah satu kondisi lazim yang memerlukan penjagaan kesihatan berterusan khususnya di peringkat kesihatan primer. Manual penjagaan strok ini diharap dapat membantu anggota kesihatan untuk mengendalikan kes strok serta ahli keluarga mereka di komuniti. Pembentukan manual ini adalah selaras dengan visi Kementerian Kesihatan Malaysia untuk mempromosikan kesejahteraan dan penjagaan kesihatan masyarakat.

Manual ini dihasilkan berasaskan pendekatan Pasukan Pelbagai Disiplin ['Multidisciplinary Team' (MDT)], dimana pelbagai kepakaran terlibat dalam merancang dan menjalankan intervensi serta rawatan bagi pesakit strok di peringkat kesihatan primer. Harapan Bahagian ini adalah supaya pasukan pelaksana di kesihatan primer akan terdiri dari anggota kesihatan pelbagai disiplin seperti mana yang digariskan dalam manual ini.

Sekalung penghargaan dan ucapan terima kasih kepada pakar-pakar yang terlibat dalam memberikan sumbangan kepakaran, komitmen dan kerjasama bagi merealisasikan penerbitan manual ini. Diharapkan manual ini dapat dijadikan sumber rujukan anggota kesihatan dalam mengendalikan kes strok serta membantu ahli keluarga mereka di komuniti.

---

**YBHG. TO' PUAN DR. SAFURAH BT. HJ. JAAFAR**

Pengarah  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

---

# Isi Kandungan

Pendahuluan	5
Perkhidmatan Jagaan Perawatan	15
Perkhidmatan Terapi Pemakanan	41
Perkhidmatan Fisioterapi	49
Perkhidmatan Carakerja	61
Perkhidmatan Terapi Komunikasi	85
Perkhidmatan Kesihatan Psikiologi	99
Perkhidmatan Sosial dan Kebajikan	111
Lampiran	121
Rujukan	163
Penghargaan dan Sumbangan	167

**BAB 1**

# **Pendahuluan**

## | PENDAHULUAN

Strok adalah penyebab utama kurang upaya yang teruk. Purata insiden adalah 2:1,000 populasi. Data dari kajian Framingham menunjukkan insiden meningkat secara exponential dari 1 ke 2 dalam 1,000 di peringkat umur 45 ke 54 tahun, 10 dalam 1,000 di peringkat umur 65 ke 74 tahun, dan 20 dalam 1,000 di peringkat 75 ke 84 tahun. Prevalens strok adalah 6.1:1,000 populasi. Prevalens ketidakupayaan (disability) akibat strok: 4: 1,000. Kadar discaj pesakit strok di Malaysia bagi tahun 2010 adalah 17,009 dan meningkat ke 18,788 pada tahun 2011 dan terkini pada tahun 2014 adalah sebanyak 17,250.

Pesakit strok yang didiscaj dari hospital memerlukan rawatan dan penjagaan susulan. Hampir 30-80% pesakit ini memerlukan bantuan penjagaan dan pemulihan. Sesetengah pesakit dihantar pulang dengan rujukan bagi rawatan susulan di perkhidmatan kesihatan primer. Proses rujukan ini perlu mengikut tiga perkara asas berikut:

- Pelan discaj yang komprehensif dan merangkumi aspek rawatan perubatan serta pemulihan yang diperlukan.
- Komunikasi yang baik antara pihak hospital serta pihak klinik kesihatan yang memberi perkhidmatan perawatan domisiliari (PPD).
- Kesesuaian penempatan pesakit selepas discaj untuk kesinambungan rawatan. Situasi semasa menunjukkan bahawa ketiga-tiga perkara asas ini kerap kali tidak dipatuhi semasa rujukan dibuat. Oleh itu, proses kerja perlu diwujudkan untuk memastikan tiga perkara asas di atas dapat dilakukan dengan sempurna. Dalam masa yang sama, anggota kesihatan perlu mengetahui dan mengambil kira keperluan pesakit.

## | DEFINISI STROK

Strok adalah satu keadaan di mana berlakunya penyempitan salur darah ke bahagian otak atau salur darah pecah. Sebahagian dari tisu otak akan rosak disebabkan kekurangan bekalan oksigen. Apabila bahagian tisu otak tersebut rosak, ia akan mati dan fungsi otak akan hilang. Strok terdiri daripada 2 jenis;

- Iskemik (ischaemic), berlaku apabila salur darah arteri ke bahagian otak tersumbat
- Haemorrhagic, berlaku apabila salur darah arteri ke otak pecah.

## | FAKTOR RISIKO

Faktor boleh ubah	Faktor tidak boleh ubah
Hipertensi	Peningkatan umur
Diabetes mellitus	Jantina
Dislipidemia	Kumpulan etnik
Obesiti dan kehidupan tidak aktif	Sejarah strok yang lalu
Merokok	Sejarah keluarga mengalami strok
Mengambil minuman keras	
Pengambilan garam berlebihan	
Atrial fibrillation	



## | PROGNOSIS SELEPAS STROK

Kajian Framingham menunjukkan bahawa 35% pesakit strok masih hidup selepas 10 tahun. Dalam kalangan pesakit yang masih hidup, 10% pulih hampir sepenuhnya, 15-20% mengalami ketidakupayaan teruk dan selebihnya mengalami ketidakupayaan sederhana. 15% pesakit strok boleh pulih sehingga dapat kembali bekerja. Hampir 80% dapat melakukan aktiviti secara berdikari pada tahap yang tertentu.

Dari segi morbiditi, 32% mendapat kemurungan, 48% mengalami gejala lumpuh separuh badan, 22% tidak dapat berjalan, 12-18% masalah komunikasi dan 24-53% memerlukan bantuan dalam aktiviti harian.

## | GEJALA STROK

Gejala strok adalah pelbagai; bergantung kepada lokasi berlakunya strok. Klasifikasi yang kerap digunakan adalah klasifikasi Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) seperti di bawah:

Oxfordshire Community Stroke Project Classification (OCSP)

<b>Total Anterior Circulation Stroke (TAC)</b>	All of : Hemiplegia contralateral to the cerebral lesion, usually with ipsilateral hemisensory loss Hemianopia contralateral to cerebral lesion New disturbance of higher cerebral function (dysphasia, visuospatial)
<b>Partial Anterior Circulation Stroke (PAC)</b>	Any of: Motor / sensory deficit + hemianopia Motor/sensory deficit + new higher cerebral dysfunction New higher cerebral dysfunction + hemianopia New higher cerebral dysfunction alone A pure motor/sensory deficit less extensive than for LAC (eg. confined to one limb, or to face and hand but not to whole arm)
<b>Lacunar Stroke (LAC) Pathological definition</b>	Occlusion of a single deep (LS) perforating artery 5% can be due to hemorrhage Occurs at strategic sites More likely seen on MRI than CT scan Classical lacunar syndromes correlated with relevant lacunes at autopsy
<b>Posterior Circulation Stroke (POC)</b>	Any of : Ipsilateral cranial nerve palsy (single / multiple) with contralateral motor and/or sensory deficit Bilateral motor and/or sensory deficit Disorder of conjugate eye movement (horizontal/vertical) Cerebellar dysfunction without ipsilateral long tract sign Isolated hemianopia or cortical blindness Other signs include Horner's sign, nystagmus, dysarthria, hearing loss, etc

## | KOMPLIKASI STROK

Individu yang mengalami strok berkemungkinan mengalami komplikasi tertentu dan memerlukan intervensi khusus. Komplikasi yang kerap dialami adalah seperti berikut:

- 1) Spastisiti dan kontraktur (Spasticity and contracture)
- 2) Deep Vein Thrombosis
- 3) Kesakitan kronik (Chronic pain)
- 4) Sawan selepas strok (Post Stroke seizure)
- 5) Masalah kontinen (Incontinence)
- 6) Kudis tekanan (Pressure Sore)
- 7) Kecelaruhan emosi

## | PENGENDALIAN PERAWATAN STROK

Masalah yang dikenalpasti selepas seseorang individu mengalami strok melibatkan aspek fizikal, psikososial, kognitif dan persepsi. Keadaan ini perlu ditangani secara profesional disamping kerjasama dari pesakit, penjaga / keluarga dan masyarakat bagi memastikan proses pemulihan berjalan dengan lancar.

Selepas pesakit dirawat di hospital, sebahagian pesakit akan terus menjalani rawatan susulan di hospital dengan rawatan pelbagai disiplin (multidisciplinary team/MDT). Manakala sebahagian akan dirujuk ke klinik kesihatan untuk rawatan susulan.

Cabaran bagi anggota kesihatan di klinik kesihatan ialah menentukan pesakit strok menerima rawatan yang komprehensif serta holistik untuk mengekalkan kesihatan, mengelakkan komplikasi, dan mengurangkan risiko berlakunya strok berulang. Di samping itu, anggota kesihatan perlu memberi sokongan dan memperkasakan keluarga dan penjaga pesakit.

Aspek rawatan dan perkhidmatan yang perlu diberi perhatian untuk pesakit strok adalah seperti berikut:

- Status umum pesakit strok
- Isu-isu perubatan pesakit
- Penilaian semula ubatan (terutama ubatan berkaitan pencegahan strok berulang)
- Status mengikut sistem: neurologi, kardiorespiratori, GIT, urinari, muskuloskeletal
- Kognitif, status mental dan kecelaruhan emosi
- Penglihatan
- Pertuturan dan komunikasi
- Fungsi menelan
- Penjagaan kulit (kudis tekanan)
- Mobiliti
- Aktiviti kehidupan seharian
- Penggunaan alat sokongan dan adaptasi
- Integrasi komuniti
- Pendidikan kesihatan & kesedaran
- Pendaftaran Orang Kurang Upaya (OKU) dengan Jabatan Kebajikan Masyarakat (mengikut keperluan)
- Lawatan ke rumah dan perkhidmatan perawat domisiliari
- Penglibatan pertubuhan badan bukan kerajaan.

## | PENCEGAHAN STROK BERULANG

Individu yang mengalami strok adalah berisiko untuk mendapat strok berulang. Oleh itu, pencegahan strok berulang mesti diambil berat.

Pencegahan strok berulang pada umumnya bergantung kepada etiologi strok. Antara langkah-langkah pencegahan yang perlu diberi perhatian adalah kesesuaian penggunaan ubatan anti-platelet dan pengawalan ko-morbiditi yang merupakan faktor risiko untuk strok.

### A. Penggunaan Anti platelet

Ubat sebelum strok	Pertukaran ubatan yang disyorkan		
	Strok Iskemik Tiada AF	Strok Iskemik AF/PAF	Strok dengan Pendarahan otak
Tiada antiplatelet	Aspirin	Aspirin untuk 2 minggu kemudian ditukar kepada warfarin	Jangan mulakan
Aspirin sahaja	Clopidogrel		Hentikan dan mulakan setelah 2 minggu dengan pengesahan CT otak (sila rujuk ke hospital jika tiada pengesahan CT otak)
Aspirin dan dipyridamole	Clopidogrel		
Clopidogrel tiada alahan kepada aspirin	Clopidogrel		
Clopidogrel ada alahan kepada aspirin	Clopidogrel		
Warfarin	Semasa akut dan iskemik strok yang besar, hendaklah dihentikan sehingga 2 minggu dan diberi aspirin. Warfarin dimulakan semula selepas 2 minggu setelah stabil.		

### B: Pengawalan Faktor Risiko

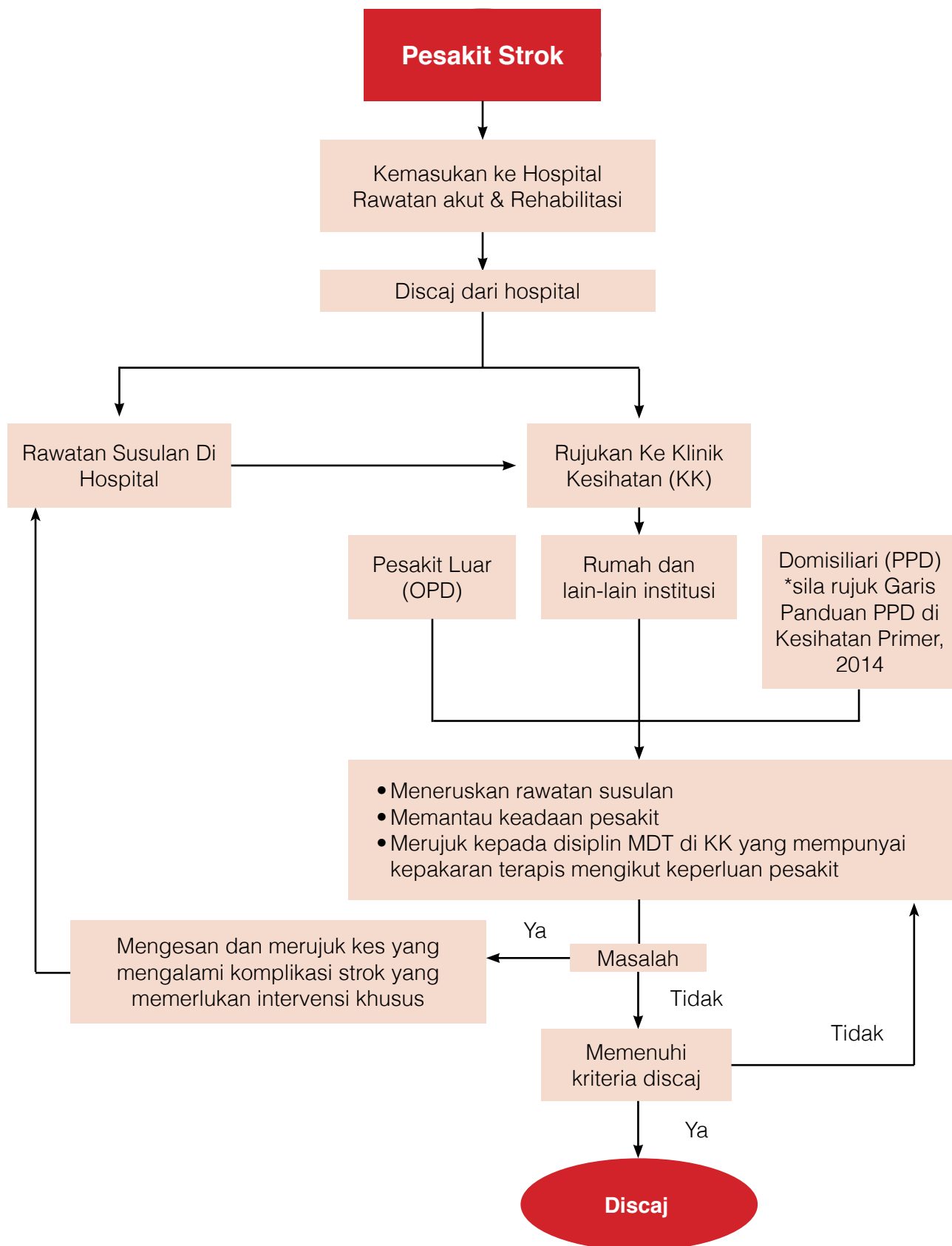
Faktor Risiko	Cadangan Rawatan
Hipertensi	ACE inhibitor/ARB disyorkan sebagai pilihan utama walaupun bacaan tekanan darah normal.
Diabetes mellitus	Kawalan glukosa darah yang optima
Dislipidemia	Kawalan lipid yang optima. Statin disyorkan.
Merokok	Semua perokok mesti berhenti merokok.
Obesiti	Menjalani cara hidup sihat dan mencapai berat badan unggul.

## **| KONSEP PERKHIDMATAN REHABILITASI STROK**

Proses rehabilitasi melibatkan perkara-perkara utama di bawah:

- Pengesanan, pencegahan, dan pengurangan faktor risiko supaya mencegah berlakunya serangan strok yang berulang.
- Melatih untuk berdikari ke tahap yang optima dan meningkatkan kualiti kehidupan walaupun terdapat ketidakupayaan yang tidak pulih sepenuhnya (residual disabilities).
- Membantu pesakit dan keluarga/penjaga untuk berupaya mengadaptasi dan mencapai kemahiran daya tindak psikologi yang optimum.
- Menggalakkan penglibatan pesakit ke dalam komuniti termasuk menitikberatkan isu aksesibiliti, kesesuaian tempat tinggal dan tempat kerja, aktiviti rekreasi dan vokasional.

## | CARTA ALIR PENGENDALIAN PESAKIT STROK



## | PENILAIAN PESAKIT DAN TINDAKSUSUL PERAWATAN

	Universal (Jenis KK 5 & 6)	Intermediate (Jenis KK 3 & 4)	Advance (Jenis KK 1 & 2)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> <li>• + MDT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pakar Perubatan Keluarga</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> <li>• MDT</li> </ul>
Masalah Perubatan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status umum</li> <li>• Komplikasi Strok</li> <li>• Faktor risiko strok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau dan mengesan status kesihatan dan faktor risiko</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian dan rawatan pencegahan strok berulang dan komplikasi strok</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengoptimalkan rawatan pencegahan strok berulang dan komplikasi strok</li> <li>• Rujuk kepada MDT mengikut keperluan</li> </ul>
Status kesihatan mental dan kognitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saringan kesihatan mental (DASS) (Rujuk Lampiran I)</li> <li>• Saringan kognitif (ECAQ) (Rujuk Lampiran II)</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengesahkan tahap status mental dan kognitif.</li> <li>• Rujuk kepada anggota allied health mengikut keperluan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merancang dan melaksanakan intervensi spesifik mengikut keperluan pesakit</li> </ul>
Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengesan masalah penglihatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengesahkan masalah penglihatan.</li> <li>• Rujuk ke hospital mengikut keperluan</li> </ul>	
Penelanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saringan masalah menelan (Water Test/ CODA) (Rujuk Lampiran III)</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengesahkan tahap status penelanan</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> <li>• + MDT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pakar Perubatan Keluarga</li> <li>• Pegawai Perubatan</li> <li>• Penolong Pegawai Perubatan</li> <li>• Jururawat Kesihatan</li> <li>• MDT</li> </ul>
Komunikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saringan masalah pertuturan dan bahasa bagi Pesakit Strok (Rujuk Lampiran XXVIII dan Lampiran XXIX) .</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>		
Komunikasi	Bagi pesakit yang menggunakan catheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan ada pelan perawatan khusus.</li> <li>• Rujuk hospital jika tiada pelan rawatan.</li> </ul> Bagi pesakit yang tidak menggunakan catheter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rujuk Bahagian Kejururawatan</li> </ul>		

Mobiliti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan plan perawatan khusus bagi mobiliti dari hospital.</li> <li>• Mengesan kontraktur dan abnormaliti yang tidak dikesan awal atau berlaku kemudian</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>	Pengesahan oleh pegawai perubatan dan rujukan hospital
ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggunakan senarai semak untuk menilai keadaan pesakit.</li> <li>• Rujuk mengikut keperluan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengesahkan keperluan pesakit.</li> <li>• Menilai keperluan peralatan adaptif.</li> <li>• Rujuk kepada disiplin yang berkenaan</li> </ul>





## **BAB 2**

# **Perkhidmatan Jagaan Perawatan**

## | PENDAHULUAN

Rehabilitasi untuk strok adalah satu proses dimana pesakit yang kurang upaya untuk berfungsi seperti sedia kala dilatih dengan pengajaran dan pembelajaran aktiviti harian. Ini boleh dilakukan dengan pendekatan multidisciplinary dan interdisciplinary yang melibatkan satu pasukan petugas dalam program ini.

## | OBJEKTIF

### Objektif Umum

- Untuk membantu penjagaan sendiri oleh pesakit strok, penjaga dan keluarga.

### Objektif Khusus

- Untuk memberi panduan dan tunjuk ajar kepada pesakit, penjaga dan keluarga bagi meningkatkan penjagaan sendiri.
- Untuk membantu pesakit dengan perawatan kejururawatan yang berkesan dengan penjagaan kulit, pemakanan, hidrasi, perkumuhan, penukaran posisi dan pengawalan tanda vital untuk mengelakkan komplikasi akibat strok.
- Untuk meningkatkan aktiviti harian supaya pesakit dapat berdikari.
- Menggalakkan penyertaan masyarakat dalam pengendalian pesakit strok bagi mencegah kemasukan semula ke hospital.
- Memperkasakan penjaga dan keluarga dalam proses perawatan berterusan di rumah untuk mengurus pesakit strok.

## | KONSEP KEJURURAWATAN DALAM PERAWATAN PESAKIT STROK

Pesakit strok akut atau kronik tidak boleh menjaga diri sendiri, biasanya akan bergantung kepada orang lain untuk memenuhi keperluan harian mereka. Perawatan pesakit strok yang dijalankan di rumah/klinik adalah kesinambungan dari rawatan hospital. Perawatan ini dijalankan oleh anggota kesihatan yang dilatih khas. Mereka melakukan perawatan dan memberi tunjuk ajar kepada pesakit, penjaga dan keluarga. Antara aktiviti yang dilakukan adalah pendidikan kesihatan, memberi latihan penjagaan dan membantu pesakit serta penjaga agar pesakit dapat meningkatkan fungsi diri, melakukan aktiviti harian sendiri sepanjang proses pemulihan di klinik dan di rumah.

## | FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PROSES PEMULIHAN PESAKIT STROK

Status kesihatan	Peralatan sokongan	Tahap keupayaan.
Sokongan keluarga/komuniti	Ubat-ubatan	Status ekonomi

## | FASA-FASA PENJAGAAN PESAKIT STROK

### 1. Penilaian Pesakit

AKTIVITI	FASA PEMULIHAN	FASA JAGAAN BERTERUSAN
<p>Asesmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian klinikal</li> <li>• Penilaian Tahap Kecacatan (Pain Assessment Chart - Rujuk Lampiran IV)</li> <li>• Penyiasatan makmal</li> </ul>	<p>Penilaian keatas :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesakit</li> <li>• Rumah dan persekitaran</li> <li>• Konsen dari penjaga</li> <li>• Pengambilan sejarah</li> <li>• Tanda vital</li> <li>• Saluran penafasan</li> <li>• Diagnosa kejururawatan</li> <li>• Pengambilan darah pesakit mengikut arahan Pakar Perubatan Keluarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian tahap fungsi dan mengesan komplikasi</li> <li>• Pemantauan pesakit oleh jururawat.</li> <li>• Kaji semula oleh Pakar Perubatan Keluarga.</li> </ul>
<p>Pelaksanaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan di rumah</li> <li>• Rawatan di Klinik</li> </ul>	<p>Mengikut diagnosa kejururawatan :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan Intergriti Kulit (Braden Scale untuk Kudis Tekanan (Rujuk Lampiran V)</li> <li>• Gangguan Saluran Pernafasan</li> <li>• Gangguan Nutrisi. Gunakan Intake Output Chart ( Rujuk Lampiran VI)</li> <li>• Gangguan Eliminasi Gunakan Bowel Chart – (Rujuk LampiranVII dan Bristol Stool Chart – Rujuk Lampiran VIII )</li> <li>• Corak tidur . Gunakan Sleep Chart – Rujuk Lampiran IX )</li> <li>• Perubahan Aktiviti Seksual / Kesihatan Reproduksi</li> <li>• Gangguan Imej Diri</li> <li>• Gangguan Komunikasi</li> <li>• Gangguan Kognitif</li> <li>• Potensial Kecederaan contoh : Jatuh.</li> </ul>	<p>1) Pemantauan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengambilan ubat-ubatan</li> <li>• Meneruskan terapi pemulihan</li> <li>• Kesan sampingan ubat-ubatan.</li> </ul> <p>2) Menjalankan tindakan perawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian semula mengikut diagnosa kejururawatan</li> <li>• Temu janji mengikut jadual yang ditetapkan.</li> </ul>
<p>Sosial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interaksi pesakit strok dengan ahli keluarga dan anggota kesihatan</li> <li>• Pekerjaan</li> <li>• Memperkenalkan dan menggalakan pesakit menjadi ahli dalam persatuan pesakit strok</li> <li>• Meneruskan aktiviti rekreasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjadi ahli persatuan pesakit strok secara berterusan</li> <li>• Interaksi pesakit strok dengan ahli keluarga dan anggota kesihatan</li> <li>• Pekerjaan</li> <li>• Meneruskan aktiviti rekreasi.</li> </ul>
<p>Jagaan Susulan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemantauan berterusan di klinik kesihatan</li> <li>• Perawatan domisiliari (diberi selama 3 bulan).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan pesakit menjalani rawatan susulan di hospital/ klinik kesihatan</li> <li>• Discaj apabila pesakit telah pulih</li> <li>• Membantu pendaftaran Orang Kurang Upaya (OKU).</li> </ul>

## 2. Perawatan Dan Pemulihan Pesakit Strok

### 2.1. Aktiviti Pengendalian Pesakit Strok

#### 2.1.1. Kebersihan Diri

Kebersihan diri adalah satu aktiviti harian yang merangkumi aktiviti seperti mandi, penggunaan tandas dan sebagainya. Ini adalah penting untuk penjaga dalam membantu, menolong serta mengawasi pesakit strok. Membasuh tangan adalah penting bagi kedua-dua penjaga dan pesakit untuk mengelakkan jangkitan dan penularan mikroorganisma. Membasuh tangan mestilah:-

- Sebelum dan selepas makan
- Selepas perawatan pesakit oleh penjaga contohnya :
  - o memegang bedpan/ urinal atau ke tandas
  - o jika tangan tersentuh cecair badan pesakit (darah, kahak, nanah daripada luka).

Untuk Teknik Mencuci Tangan ( Rujuk Lampiran X )

#### 2.1.2. Penjagaan mulut

- a) Tujuan penjagaan mulut
  - Untuk membersihkan mulut dari sisa makanan
  - Untuk mengelakkan ulser mulut dan jangkitan gusi
  - Untuk memastikan keselesaan pelanggan.
- b) Peralatan untuk menjaga kebersihan mulut
  - Berus gigi
  - Ubat gigi
  - Segelas air
  - Tuala kecil
  - Air untuk berkumur.

#### 2.1.3. Mandi

Mandi adalah penting kerana dapat mengekalkan :-

- Menghilangkan kotoran dan jangkitan kuman
- Menghilangkan bau badan
- Membantu dalam peredaran darah
- Penampilan diri.

Perkara yang perlu diambil perhatian semasa memandikan pesakit:

- Mengekalkan “privacy” pesakit semasa memandikan mereka.
- Perhatikan jika ada kudis tekanan, luka, ruam, lebam dan lain-lain.
- Gunakan sabun dan air yang secukupnya untuk membersihkan.
- Menyelia pesakit ini membasuh kemaluan mereka semasa mandi.

#### 2.1.4. Penjagaan rambut

Rambut perlu disikat setiap hari dan perlu kemas dan pendek bagi:

- Meningkatkan peredaran darah ke kepala
- Menjadikan rambut bersih dan sihat
- Mengekalkan kekemasan rambut
- Gunakan syampu anti kelemumur untuk mengelakkan kelemumur.

#### 2.1.5. Menukar Lampin Pakai Buang (Diapers)

Menukar lampin pakai buang adalah penting untuk tujuan:-

- Mengekalkan kebersihan pada bahagian kemaluan
- Mengekalkan keseimbangan integriti kulit
- Memberi keselesaan kepada pesakit.

Penjagaan lampin pakai buang

- Tukar lampin setiap kali basah / kotor.
- Cuci dan lap kering bahagian kemaluan.
- Pakaikan lampin pakai buang mengikut saiz yang bersesuaian dengan pesakit strok.

Penjagaan tuala wanita (pad) – bagi pesakit perempuan

- Tukar tuala wanita setiap kali basah.
- Cuci dan lap kering bahagian kemaluan.
- Pakaikan tuala wanita yang bersesuaian dengan pesakit.

#### 2.1.6. Penjagaan Kuku Tangan Dan Kuku Kaki

- Kuku tangan dan kuku kaki harus dipotong pendek dan lurus bagi mengelakkan pemanjangan kuku dan jangkitan.
- Kuku perlu dipotong setiap 2 minggu seperti cara yang ditunjukkan.

#### 2.1.7. Penjagaan Kulit

Masalah kulit yang biasa dialami oleh pesakit strok

Masalah	Pencegahan Dan Rawatan
Luka kecil pada permukaan kulit disebabkan:- <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geseran semasa menarik pesakit dari kerusi ke katil</li> <li>• Luka tekanan, akibat kehilangan permukaan kulit dan geseran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menukar baringan</li> <li>• Pastikan pesakit sentiasa kering dan bersih</li> <li>• Elakkan pengendalian secara kasar</li> <li>• 'Lifting Technique' / Teknik mengubah baringan yang betul.</li> </ul>
Kulit kering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sapukan losyen pelembab</li> <li>• Galakkan pengambilan cecair sekurang-kurangnya 2 liter sehari ( sekiranya tiada arahan "di hadkan" pengambilan air).</li> </ul>
Ruam lampin (diaper rash)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan kulit bersih dan kering tukar lampin / kainan</li> <li>• Saiz diapers yang sesuai</li> <li>• Sapukan krim pada bahagian lipatan-lipatan kulit.</li> </ul>

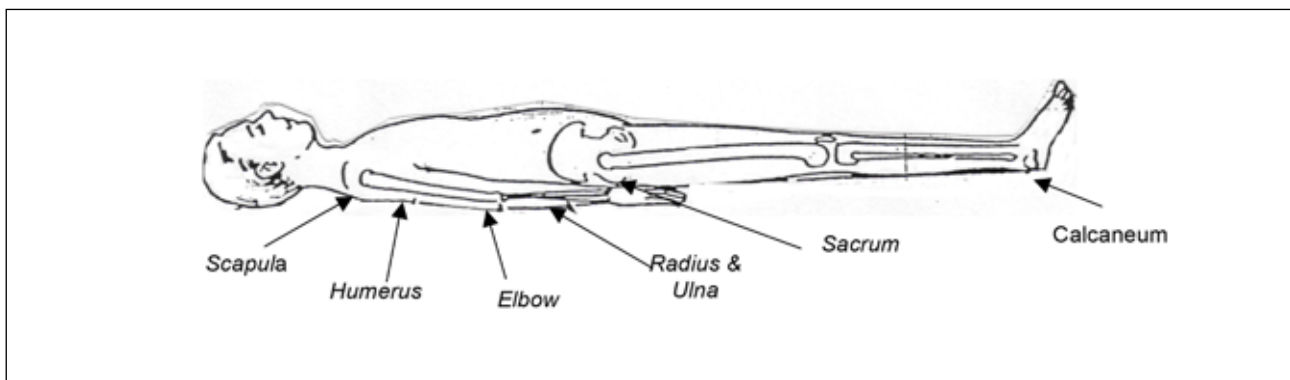
### a) Kudis Tekanan

Kudis tekanan adalah gangguan integriti kulit disebabkan oleh tekanan yang berterusan dibahagian kulit yang menyebabkan gangguan pengaliran darah pada bahagian-bahagian tertentu.

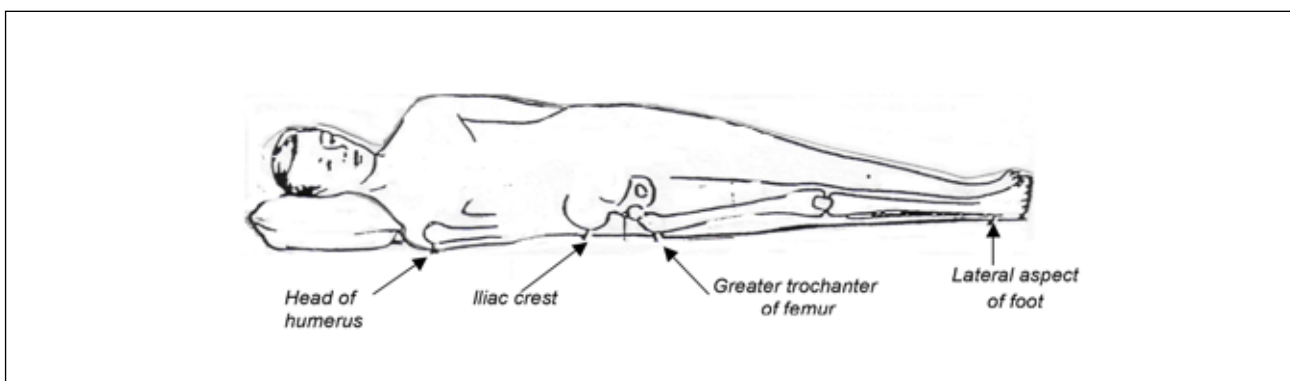
#### Penjagaan kudis tekanan

- Nilai keadaan keterukan kudis tekanan pesakit.
- Lakukan cucian luka menggunakan hydrosin / dermasin.
- Lakukan kekerapan cucian mengikut keterukan luka.
- Gunakan solcoceryl gel, duoderm, losyen atau sofratul pada luka tersebut untuk membantu penyembuhan.
- Galakkan penggunaan "Ripple Mattress"
- Ubahkan posisi pesakit setiap 2 jam sekali secara tetap
- Berikan pendidikan kesihatan:-
  - o Pemakanan
  - o Penjagaan luka
  - o Kebersihan diri
  - o Pemerhatian keatas kulit untuk mengesan awal kudis tekanan
- Nilai semula keberkesanan selepas pengendalian (Rujuk Lampiran V)
- Rujuk kepada doctor, jika perlu.

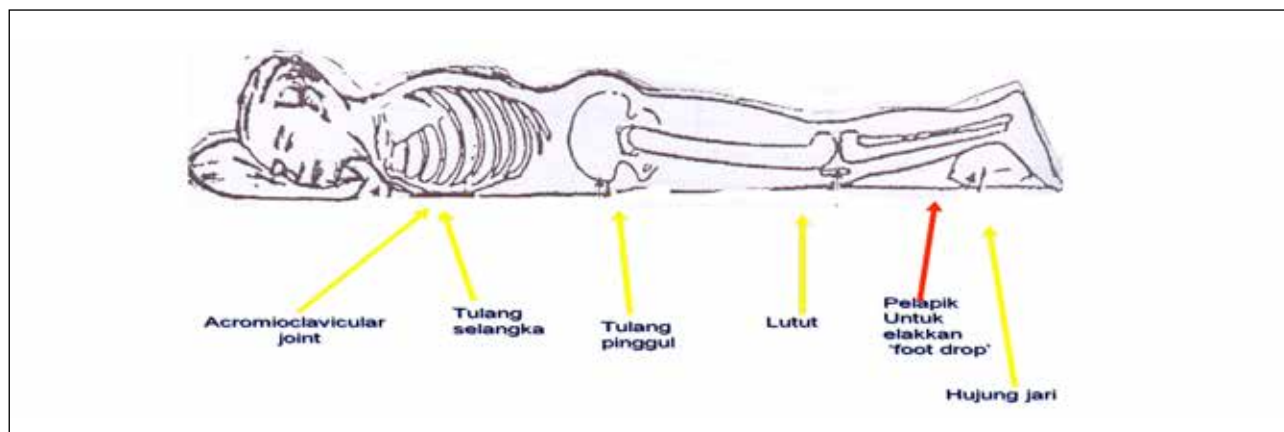
#### Bahagian Badan yang kerap mengalami kudis tekanan



Bahagian tekanan ketika pesakit berbaring dalam posisi terlentang



Bahagian tekanan ketika pesakit berbaring dalam posisi mengiring



Bahagian tekanan ketika pesakit berbaring dalam posisi meniarap

### Cara mengelakkan kudis tekanan (Pressure sores)

Kudis tekanan disebabkan oleh tekanan yang berterusan keatas salur-salur darah dibahagian kulit. Keadaan ini menyebabkan pengaliran darah ke kawasan tersebut berkurangan. Kekurangan pengaliran darah akan menyebabkan sel-sel epitelium kurang mendapat oksigen dan glukosa yang diperlukan. Tanda-tanda awal kudis tekanan adalah seperti kemerahan dibahagian kulit tersebut.

#### b) Luka

Luka adalah cedera pada kulit sama ada melecet, terkoyak, terpotong atau ulser. Walaupun berbeza keadaan atau penyebabnya, penjagaan luka adalah untuk tujuan yang sama iaitu :

- supaya cepat sembuh;
- untuk mengelakkan jangkitan lebih teruk;
- supaya tidak meninggalkan kesan parut atau parut yang hodoh.

#### Jenis luka

##### • Luka Akut

- Insisi Pembedahan
- Donor Site
- Burn Wound
- Abrasions / Laceration
- Complex Surgical Wounds.

##### • Luka Kronik

- Pressure Ulcers
- Vascular Ulcers
- Diabetic Ulcers
- Fungating Ulcers

#### Saiz luka

- luka kecil dan bersih cepat sembuh berbanding luka besar.

### Penyebab luka

- luka bedah biasanya bersih dan lebih mudah dijaga.
- luka yang kotor misalnya akibat kemalangan perlu dibersihkan sebaiknya untuk mengelakkan jangkitan
- luka jangkitan seperti bisul, nanah perlukan penjagaan rapi bagi mengelakkan ia merebak.

### Kedudukan luka

- luka di bahagian yang sukar dilihat atau dicapai memerlukan orang lain membantu dalam penjagaan luka
- luka di tapak kaki atau belakang badan seperti ulser perlu dijaga rapi kerana tekanan berpanjangan pada bahagian tersebut boleh menyebabkan luka lambat sembuh dan berulang-ulang.

### Pengendalian asas luka

Secara umum :

- Menjaga kebersihan diri dan sekitaran
- Pemakanan yang sihat
- Pengawalan berat badan
- Memastikan tubuh berada pada tahap kesihatan
- Pengambilan ubat oral @ suntikan
- Pemeriksaan gula dalam darah
- Penyiasatan darah / c&s.

Secara khusus :

- Memastikan bahagian luka sentiasa bersih dan dirawat dengan betul (lakukan 'dressing' atau rawatan cuci luka)
- Pastikan bahagian luka cedera atau jahit sentiasa kering terutama 24 jam pertama
- Jika diberikan ubat sapuan (krim) : cuci luka terlebih dahulu dengan air bersih atau saline, kemudian sapukan ubat (krim) antiseptik atau antibakteria dengan nipis (bagi membolehkan pengudaraan di bahagian luka dan membantu luka kering)
- Jangan usik bahagian luka yang mula mengering; misalnya cuba untuk mencungkil parut kering atas luka ('scab') kerana ini mungkin boleh menyebabkan luka atau jangkitan semula dan luka akan lambat sembuh
- Luka jahit dan luka bedah perlu sentiasa diperiksa untuk memastikan tidak ada jangkitan atau jahitan yang terbuka. Antara tanda-tanda jangkitan kuman adalah terdapat lelehan cecair atau nanah daripada bahagian luka, kulit sekitar bahagian tersebut merah dan bengkak, luka seperti terbuka, bertambah sakit dan kemungkinan demam.
- Jika luka dibalut : tukar balutan setiap hari atau apabila menjadi basah/kotor
- Habiskan antibiotik jika diberi oleh doktor.



## Penjagaan Luka

- Asesmen Mengenalpasti faktor proses penyembuhan luka.
  - o Sejarah penyakit (med/surg/dll)
  - o Tahap kesakitan – punca utama dalam penyembuhan luka. Kesakitan
  - o Membuatkan pesakit melimitasikan pergerakan – memerlukan analgesic.
  - o Persekitaran (kebersihan).
- Memberi perawatan luka yang bersesuaian. Pemilihan jenis “dressing” mengikut:-
  - o Jenis Luka
  - o Keadaan permukaan luka dan saiz.
  - o Luka kering atau banyak keluaran cecair.
  - o Lokasi luka
  - o Tanda Infeksi.

## Komplikasi luka

- lambat sembuh
- jangkitan pada luka
- sepsis (jangkitan merebak)
- parut.

## Apa itu parut ?

- Adalah kesan yang dilihat apabila luka telah sembuh. Ia terhasil apabila tisu baru timbul menggantikan tisu tercedera atau hilang akibat luka. Terdapat jenis-jenis parut yang perlu diberikan perhatian; antaranya
- Keloid (perut yang terus membesar atau timbul melebihi kesan luka)
- Hypertrophic scar ( parut timbul pada bahagian luka yang sembuh)
- Mengelakkan mendapat parut :
- Rawat luka sebaiknya
- Jangan garu bahagian parut.

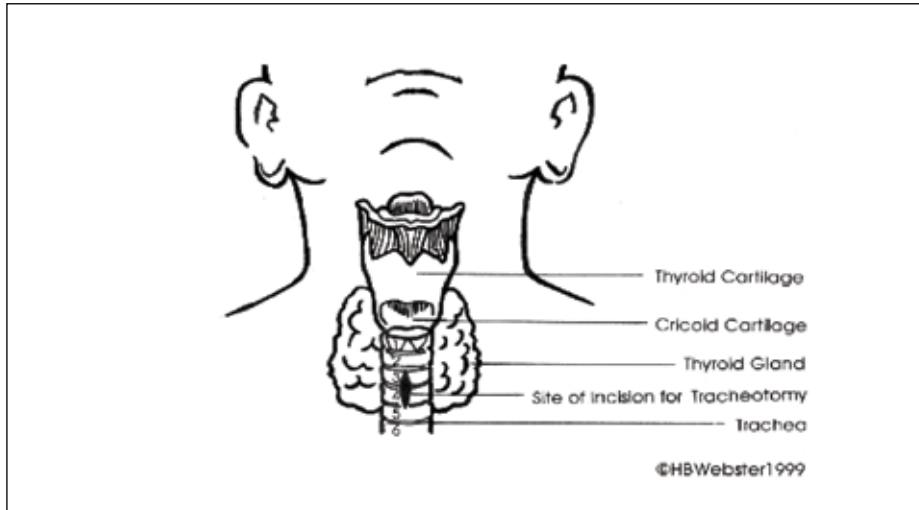
## Faktor Fizikal Individu Yang Mempengaruhi Luka

- Obesiti,
- Kencing manis dan
- Penyakit daya ketahanan rendah boleh melambatkan penyembuhan luka.

## 2.1.8 Gangguan Saluran Pernafasan

### a) Trakeostomi

#### Definisi

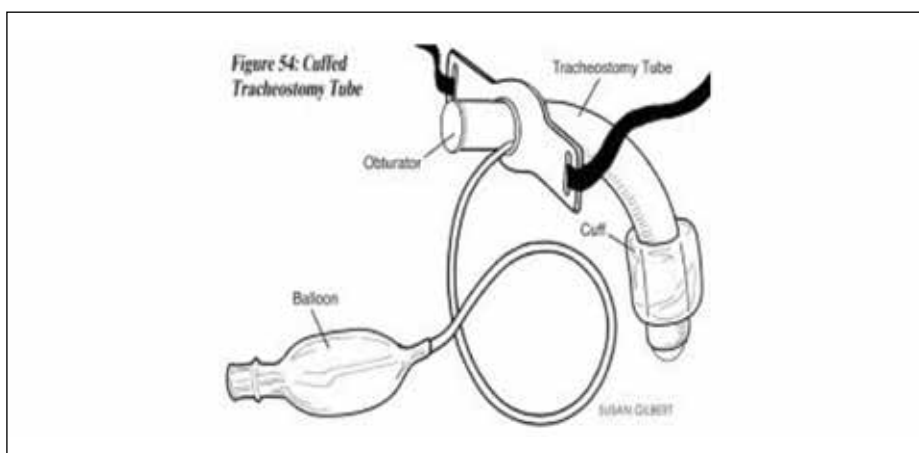


Insisi surgical dibuat pada trakea untuk sementara atau kekal dibawah rawan cricoid-untuk melawaskan saluran pernafasan.

#### Indikasi

- Keperluan untuk artificial airway dalam jangka masa yang panjang.
- Penyekatan pada saluran pernafasan disebabkan kecederaan (kebakaran, fracture), tumor atau cancer larynx, foreign body dan pendarahan pada saluran pernafasan.
- Penyakit neuromuscular yang menyebabkan kelumpuhan atau kelemahan pada otot dada dan diaphragm.
- Tidak berupaya mengeluarkan sekresi di trek pernafasan bawah.
- Memaksimumkan keperluan untuk ventilasi yang berterusan (positif pressure ventilation).
- Sleep apnea.
- Kecacatan seperti congenital atresia, chronic stenosis selepas jangkitan TB.

#### Jenis-Jenis Trakeostomi



- Tiub cuff - inflated cuff digunakan untuk melindungi saluran pernafasan

dari kemasukkan mucus, darah dan sekresi.

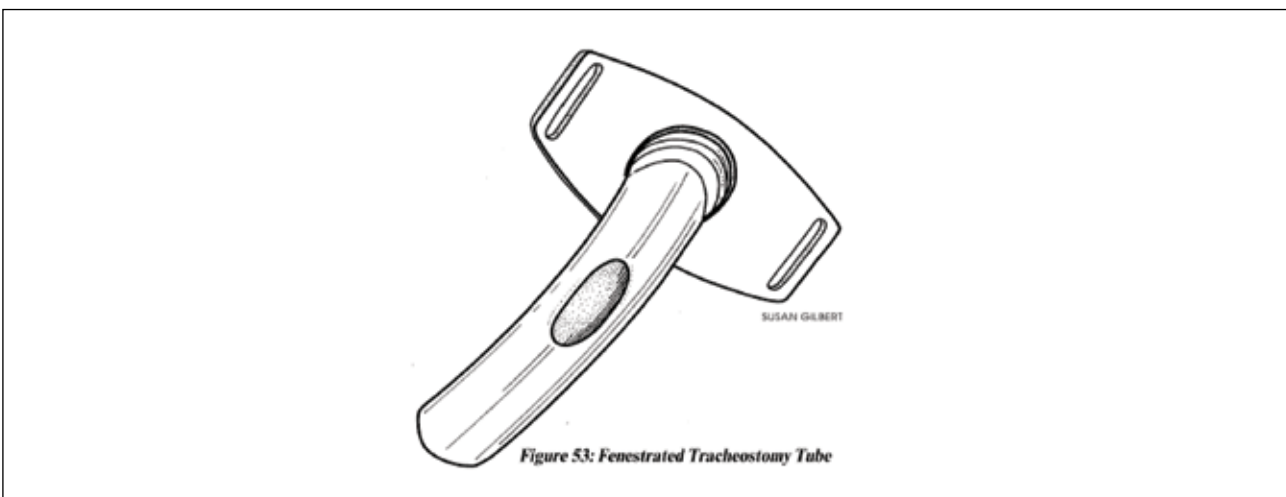


- Non cuff - untuk masa jangka panjang untuk pesakit yang berkeupayaan menelan (gag reflex).

### Fenestrated Trakeostomi

Terdapat lubang pada dinding posterior trakeostomi tiub. Ia digunakan untuk

- a) mengeluarkan suara
- b) menilai pesakit boleh bernafas melalui udara yang masuk dari upper airway.



### Double Lumen Trakeostomi :

#### Bahagian-bahagian :-

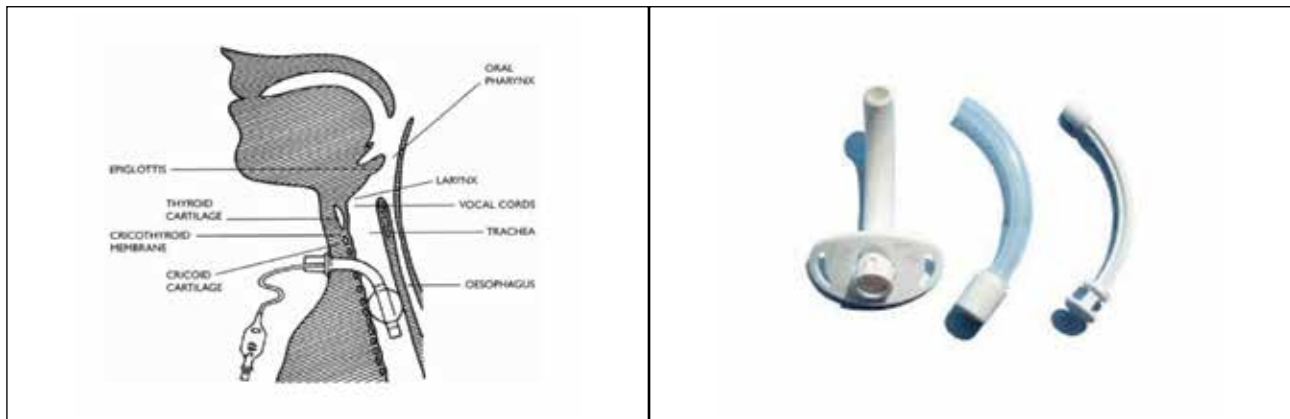
- **Outer cannula**

Dilekatkan pada stoma dan sebahagian laluan udara flange/ neck plate untuk lekatkan tiub pada trakea. Terdapat lubang untuk masuk tali untuk dilekatkan di leher.

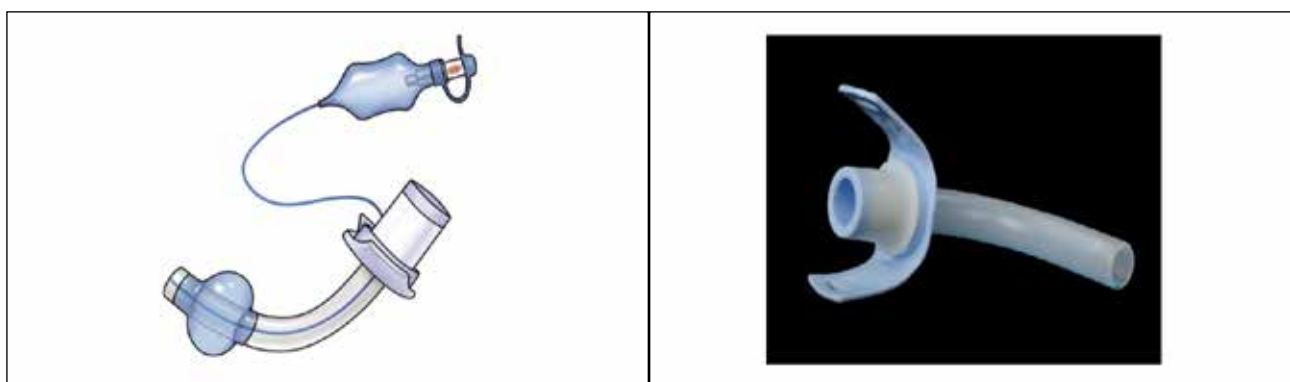
Perlu ditukar setiap 3-6 bulan di klinik ENT.

- **Inner Tiub**

Terdapat kunci pada outer tiub untuk elakkan tiub dislodgement. Ia boleh dikeluarkan untuk di cuci.

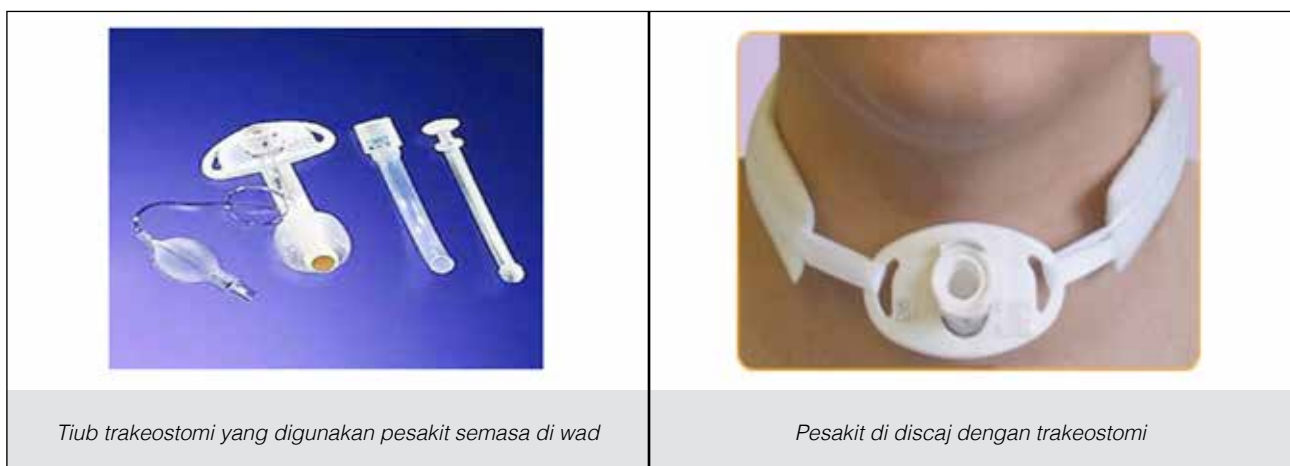


### GAMBAR TRAKEOSTOMI



#### • *Obturator*

- o Blunted end digunakan untuk insersi.
- o Bahagian hujung lebih panjang dari tiub dalaman untuk mengelakkan kecederaan semasa kemasukan tiub.
- o Dikeluarkan selepas tiub dimasukkan tetapi diletakkan ditepi pesakit sekiranya perlu disesuaikan.



*Tiub trakeostomi yang digunakan pesakit semasa di wad*

*Pesakit di discaj dengan trakeostomi*

## Tanggungjawab Dalam Penjagaan Trakeostomi

### Kebersihan

- Membersihkan stoma sekurang-kurangnya sekali sehari atau bila perlu.
- Membersihkan inner cannula sekurang-kurangnya 3 kali sehari. Jika kahak terlalu pekat dan melekit, cuci dengan kerap.
- Outer cannula mesti cuci bersih, kering dan disimpan dalam bekas yang bersih.
- Perlu ada tiub simpanan kedua semasa kecemasan.

### Penukaran Tali Trakeostomi

- Tukar tali trakeostomi bila kotor dan memerlukan bantuan 2 orang menukarkannya.
- Pastikan ikatan tidak mudah terbuka atau longgar dengan simpul mati.
- Masukkan 2 jari untuk memastikan tali trakeostomi tidak terlalu ketat dan iritasi pada kulit.
- Tukar tiub trakeostomi setiap 1- 2 minggu.

### Sedutan

- Lakukan sedutan bila perlu dalam tekanan 80 - 120 mmhg. Sedutan tidak boleh melebihi 15 saat setiap sedutan.
- Guna saiz kateter yang sesuai,

Formula : Diameter trakeostomi dibahagi 2.  
 Contoh :  $8 \text{ (saiz trakeostomi)} \div 2 = 4\text{mm}$   
 $4\text{mm} \times 3\text{Fg} = 12\text{F (saiz kateter)}$

- Memerhatikan kandungan sekresi samada mukus berbau atau pendarahan, tanda-tanda distresi paru-paru atau trakeostomi tersumbat.
- Memerhatikan stoma samada kelihatan kemerahan, bengkak atau exudate.

### Perkara- Perkara Yang Perlu Dielakkan :

- Tidak dibenarkan berenang.
- Elak menggunakan bedak talkum, aerosol spray, debu, asap dan bahan makanan.
- Jauhi dari kanak-kanak demi keselamatan.

## 2.1.9. GANGGUAN NUTRISI

### Gangguan Pengambilan Pemakanan

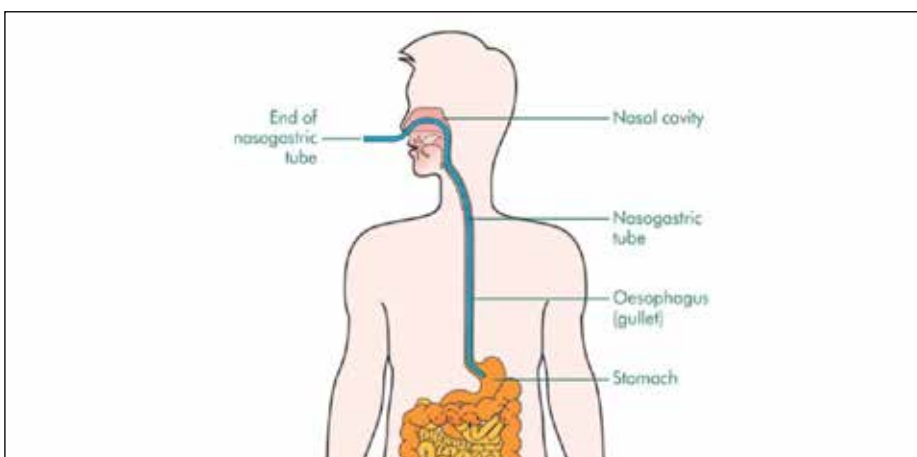
- Pesakit strok perlu mengekalkan corak pemakanan yang sempurna. Ketidakupayaan mereka mengurus diri sendiri tidak bermakna mereka tidak boleh makan makanan berkhasiat.

- Makanan yang diberi adalah sama kecuali disyorkan oleh pakar pemakanan.
- Makanan yang diberi hendaklah dalam kuantiti yang sedikit dan pada masa yang tepat, ini akan memberi keselesaan kepada pesakit.
- Diet yang tidak sempurna boleh memudaratkan kesihatan pesakit
- Untuk mengelakkan sembelit, pesakit perlu mengambil pemakanan yang seimbang dan mengandungi banyak serat seperti buah-buahan dan sayur-sayuran hendaklah diberi.
- Air perlu di beri dengan banyak.

### Tindakan :

- Penilaian Pesakit
  - o Taraf kesedaran
  - o Memahami arahan / bekerjasama
  - o Pergerakan ( duduk )
  - o Bancuhan susu mengikut arahan (untuk mendapat nutrisi yang cukup).
- Rujuk kepada Pegawai Dietetik
- Pendidikan Kesihatan kepada penjaga dan pesakit strok
  - o Kebersihan Diri
  - o Cara pemberian Ryles Tube Feeding
  - o Kebersihan
  - o Posisi semasa pemberian Ryles Tube Feeding
  - o Ujian untuk pastikan tube dalam gaster
  - o Alirkan aliran sebelum dan selepas pemberian susu
  - o Bancuhan susu mengikut sukatan
  - o Ketinggian tube semasa pengaliran cecair (20 sm)
  - o Pemerhatian terhadap pesakit semasa pemberian Ryles tube feeding (Batuk / susah bernafas).
- Rekod "Intake and Output Chart" (SISC/SIC Chart. Rujuk Lampiran VI).

### a) Memberi Makanan Melalui Tiub Nasogastrik



#### Tujuan:

Memberi makanan cecair bagi pesakit yang tidak dapat memenuhi keperluan pengambilan makanan secara oral.

## Keperluan

### Talam:

- |                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| i) Bekas berisi makan cecair | ii) Syringe 10cc dan 50cc |
| iii) Bekas berisi air suam   | iv) Gauze                 |
| v) Kap pelindung             | vi) Bekas untuk kemuhan   |
| vii) Stetoskop               |                           |



"Mitten" Untuk Tangan Depan



"Mitten" Untuk Tangan Depan



"Mitten" Untuk Tangan Belakang

## Tatacara Pemberian Makanan Melalui Ryle's Tube

- Cuci tangan
- Sediakan peralatan
- Beri salam dan beritahu pesakit/penjaga
- Beri privasi dan dudukkan pesakit atau jika tidak sedar diri diberi baringan recumbant (1 atau 2 bantal) pusing ke kanan
- Pakaikan kap pelindung
- Kepit tiub, tanggalkan spigot kemudian letakkan ke dalam bekas bersih
- Sambung syringe ke tiub.



*Pegang Di Paras Yang Membolehkan Cecair Mengalir Perlahan-Lahan Ke Dalam Gaster*

- Uji kedudukan tiub di dalam gaster, samaada dengan :
  - o Menarik keluar sedikit cecairan dari dalam gaster
  - o Mendengar kemasukan sedikit udara ke dalam gaster dengan menggunakan
    - o stetoskop
- Tuang makanan cecair ke dalam syringe,pegang di paras yang membolehkan cecair mengalir perlahan-lahan ke dalam gaster
- Isi semula syringe dengan cecair makan sebelum kosong
- Ulang langkah 9 hingga 10 sehingga jumlah makanan yang diperlukan habis
- Tuang air suam untuk membilas tiub
- Kepit tiub apabila tiub telah kosong
- Tanggalkan syringe dari tiub
- Keluarkan kap pelindung
- Selesaikan pesakit
- Kemaskan peralatan dan dokumentasi.

### **Tip-Tip Yang Perlu Di Ingat**

- Penggunaan Ryle's tube yang lama boleh menyebabkan nekrosis pada mukosa hidung dan mengakibatkan ulcer. Jika Ryle's tube digunakan selama 3 bulan, perlu dirujuk kepada FMS untuk merujuk kepada klinik pakar ENT (SP) untuk penilaian penelanan pesakit (Dysphagia).
- Salicon Ryles tube dicadangkan. Saiz Ryles tube – saiz No. 12 - 14
- Jika keputusan SP mencadangkan pesakit memerlukan PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) bagi kes dysphagia.

## **b) Penjagaan Gastrostomy Percutaneous Endoscopic Gastrostomy [PEG]**

### **Definisi**

Pembukaan surgikal ke organ gaster melalui dinding abdomen untuk pemberian keperluan cecair dan nutrisi.

### **Indikasi**

- Penggunaan Ryle's tiub yang berpanjangan.
- Terdapat sekatan di upper airway dan Gastro Intestinal tract (cth : Cancer esophagus).
- Kesempitan / stricture di esophagus berikutan pengambilan racun menyebabkan hakisan.
- Post esophagectomy.
- Kecederaan di kepala dan leher.

### **Kontra Indikasi**

- Severe Ascitis
- Peritonitis
- Gastric Outlet Obstruction.





### Jenis- Jenis Kateter

- Foley's kateter saiz 20 – 22 FG.
- Set PEG tiub yang lengkap anggaran RM 250

### Tanggungjawab Pemberian Makanan Melalui Gastrostomi/ Peg Tiub

- Penyediaan makanan mestilah bersih untuk mengelak pencemaran.
- Jika pesakit sedar beri kumuran sebelum pemberian makanan melalui gastrostomi.
- Boleh memberi sedikit makanan melalui mulut untuk pesakit merasa makanan.
- Jenis makanan dan minuman berkhasiat seperti susu, sup atau blended diet boleh diberi melalui tiub PEG.
- Elakkan memberi makanan sejuk, kekalkan kesuaman suhu makanan.
- Mulakan air suam sebelum dan selepas pemberian makanan untuk menentukan kelawasan tiub supaya makanan tidak mudah melekat.
- Pemerhatian terhadap pesakit sepanjang pemberian makanan dan dengar aduan seperti tidak selesa atau perut kembung.
- Elak memberi makanan terlalu laju untuk mengurangkan perut menjadi kembung cepat dan pesakit akan merasa senak.
- Jangan sesekali menarik tiub PEG kerana ia boleh tercabut.
- Boleh mandi dan pastikan membersihkan bahagian bawah plastik lembut tiub PEG dengan kapas basah atau putik kapas.
- Pastikan kawasan sekitar tiub PEG kering.
- Sekiranya terdapat cecair yang jernih di sekeliling tiub PEG (jus perut yang bocor) bersihkan dengan tisu bila perlu.
- Sentiasa pastikan tiada tanda-tanda radang (inflammasi) di sekeliling tiub PEG seperti kemerahan, pengeluaran cecair/ nanah, bengkak dan sakit.
- Pastikan hujung tiub PEG di spigot.
- PEG Tiub perlu di tukar setiap 6/12 di Klinik Kepakaran Pembedahan, hospital (SOPD)



*PEG Tiub perlu di tukar setiap 6/12 di Klinik Kepakaran Pembedahan, hospital (SOPD)*

### **Apakah Yang Perlu Dilakukan Sekiranya Tiub PEG TERCABUT / BERMASALAH?**

#### **JANGAN PANIK!**

- Bersihkan bahagian di sekitar lubang tiub PEG dan tutup dengan gauze yang bersih dan lekatkan dengan pita.
- Jika ada masalah lain seperti tanda-tanda kemerahan, bengkak, kebocoran, kesakitan atau nanah di sekeliling tiub PEG ,datang ke hospital secepat mungkin.

### **2.1.10 Gangguan Eliminasi (Sembelit / Inkontinen)**

#### **a) Sembelit Atau Kegagalan Mengawal Pembuangan Air Besar**

Sembelit berlaku apabila badan tidak dapat mengeluarkan bahan kumuh. Najis menjadi keras dan tersekat. Pesakit strok mudah dapat sembelit disebabkan gangguan sistem penghadaman yang kurang efektif akibat pergerakan peristalsis yang lemah, dan sebab sebab lain seperti:-

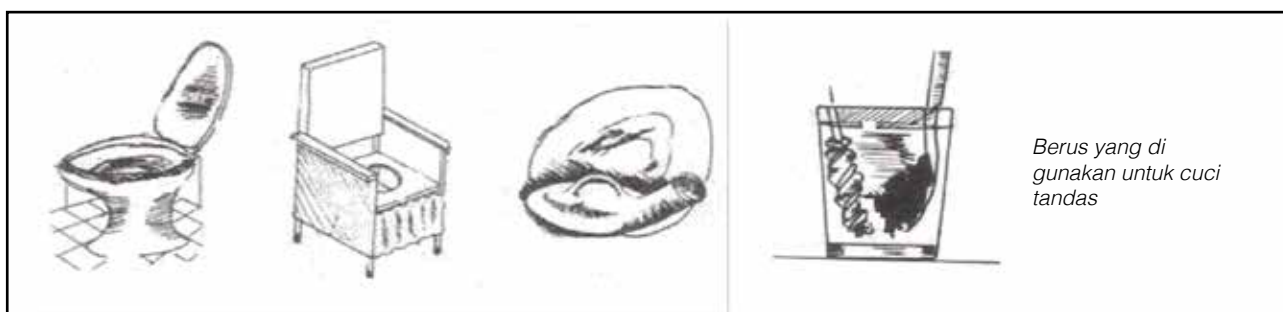
- Otot-otot yang lemah
- Kekurangan peralatan di tandas
- Kekeliruan
- Mengabaikan keperluan membuang air besar.
- Kuantiti pemakanan yang sedikit
- Pengambilan cecair yang tidak mencukupi
- Ubat-ubatan.

#### **Tindakan :**

- Galakkan makanan seimbang yang mengandungi tinggi serat
- Galakkan pengambilan cecair yang mencukupi
- Galakkan "Toilet Training" pada masa yang sama selepas makan / pagi
- Galakkan pergerakan

- Pemberian ubatan mengikut arahan Doktor
  - o Lactulose 15ml ON
  - o Dulcolax Supp.
  - o Ravin enema
  - o Rekod “Bowel Chart” dan “Bristol Stool Chart” (Rujuk Lampiran VII & VIII).

### Peralatan Yang Digunakan Di Tandas



Jenis jenis peralatan tandas yang ada di pasaran



### Teknik Yang Digunakan Untuk Membantu Pesakit Yang Mengalami Masalah Konstipasi Yang Terlantar

#### Cara-cara:

- Terangkan kepada pesakit apa yang anda akan lakukan dan bagaimana klien boleh membantu
- Pastikan “privacy” mereka terpelihara.
- Ikut arahan seperti dalam gambarajah
- Bagi pesakit yang tidak mampu membantu diri sendiri, tegakkan punggung dan dubur pesakit, jika dia telah membuang air besar.
- Keringkan dan kemaskan pakaian.



*Peralatan :- Suppository, krim pelincir, kapas, sarung tangan.*

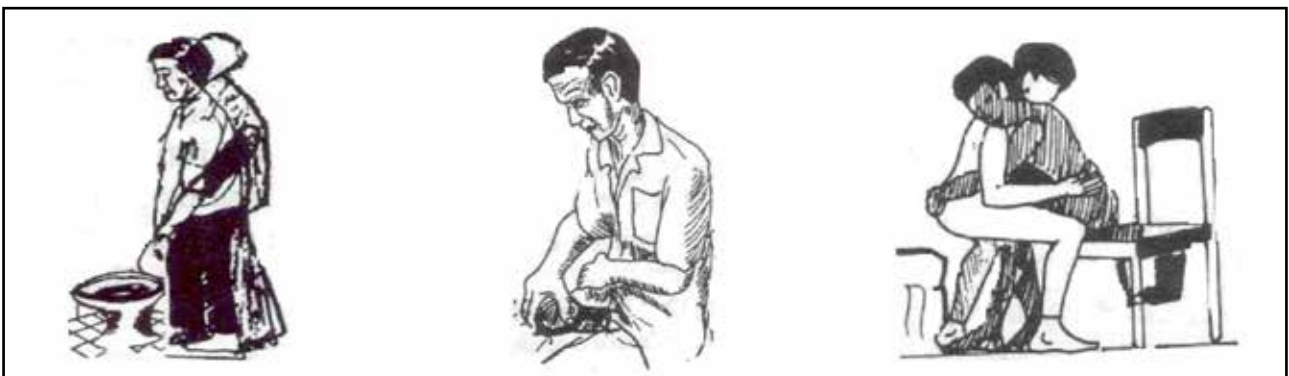
### **Cara-cara:-**

- Terangkan kepada pesakit bagaimana kita dapat membantunya.
- Posisikan pesakit ke bahagian kiri dan lutut diangkat ke paras abdomen.
- Pakai sarung tangan. Bersihkan dubur dengan kapas dan suruh pesakit supaya “releks” dan lembutkan otot abdomen.
- Sapukan dubur dengan krim.
- Masukkan suppository ke dalam dubur.
- Tolak suppository ke dalam dubur menggunakan jari telunjuk.
- Bersihkan bahagian dubur dan pastikan pesakit selesa.
- Nasihatkan pesakit supaya relek dan tahankan suppository sehingga 1-2 jam untuk mendapat kesan yang lebih baik.
- Keluarkan sarung tangan dan cuci tangan.

### **b) Gangguan Eliminasi Pundi Kencing**

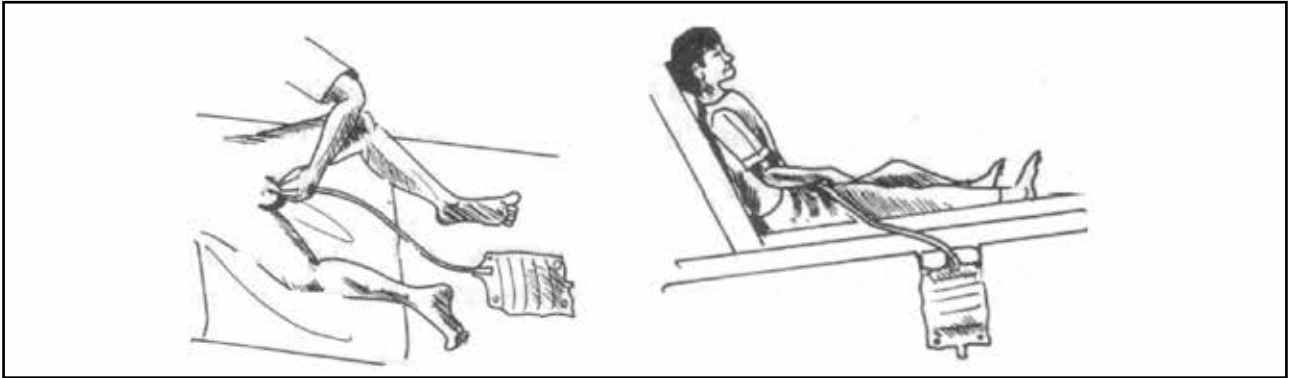
#### **Tindakan :**

- Galakkan pesakit kencing setiap 2 jam
- Beri privasi
- Letakkan peralatan seperti bedpan, uriner untuk memudahkan klien
- Galakkan pengambilan cecair
- Memasukkan kateter CBD mengikut arahan doktor.



## Teknik Yang Digunakan Untuk Membantu Pesakit Yang Terlantar Untuk Membuang urin

Penjagaan Pesakit Dengan Kateter Sebahagian daripada pesakit yang terlantar mempunyai kateter disebabkan masalah saraf yang mengawal otot pundi kencing atau pesakit yang ada masalah Prostate dan tidak dapat menjalani pembedahan. ini adalah penting bagi penjaga untuk membersihkan kateter sekurangnya 2 kali sehari.



Peralatan : Semangkuk air suam, kain pencuci, tuala dan sabun

## Penjagaan Continuous Bladder Drainage (CBD)

### Tujuan

- Elakkan retensi urin akut /kronik
- Mengelakkan jangkitan kuman
- Kebersihan perineal
- Pesakit ada sacral sore
- Pengambilan spesimen urine



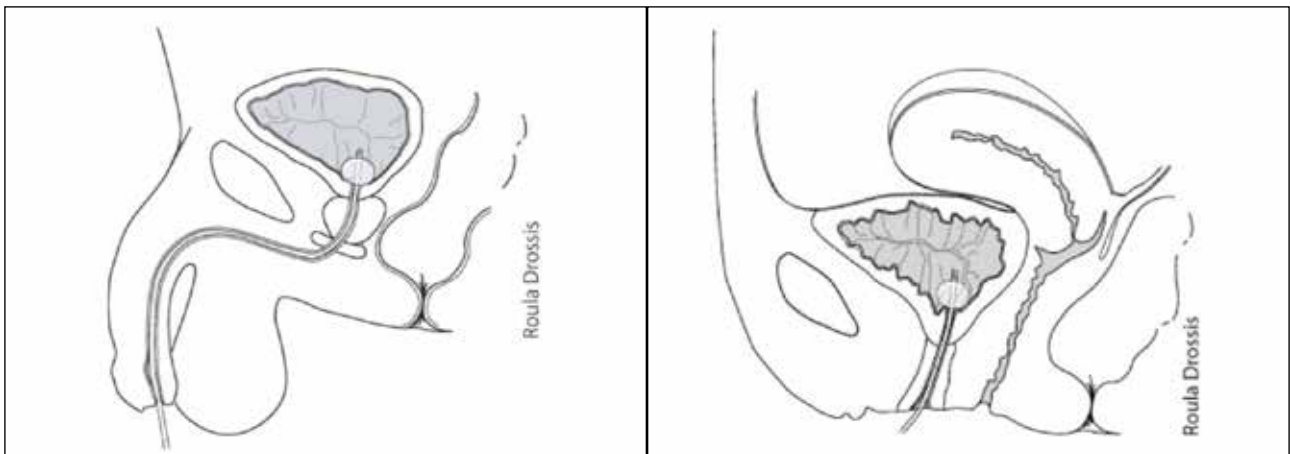
### Keperluan Peralatan

- Disposable catheter set. Size 12 - 16
- Folley's kateter /silikon kateter ikut saiz
- Syringe 10mls
- Water for injection
- Urine bag
- Distilled water
- Swab
- Ky jelly
- Glove sterile
- Plaster
- Hanger bag urine.

### Prosedur CBD

#### Definisi

- Adalah tatacara steril dimana kateter dimasukan kedalam pundi kencing melalui uretra untuk mengeluarkan kencing
- Untuk mengosongkan pundi kencing



Saluran kencing lelaki

Saluran kencing wanita

### Tanggungjawab Prosedur

#### Sebelum

- Sediakan peralatan
- Letakkan pesakit lelaki/perempuan dalam kedudukan yang sesuai
- Pakai glove
- Swab liang uretha menggunakan swab dan distil water.
- Sambungkan kateter urine dengan urine bag
- Licinkan hujung kateter dengan KY jelly
- Arahkan pesakit tarik nafas panjang semasa kateter urine dimasukkan .

### Semasa

- Membuat pemerhatian berterusan kepada pesakit
- Memastikan privasi pesakit terjamin
- Mengamalkan aseptik teknik sepanjang prosuder
- Letakkan perineum towel
- Lakukan swabbing secara steril dan kekalkan/pegang buka labia minora/ penis sehingga kateter dimasukkan
- Masukkan water for injection untuk 'inflate ballon' bagi mengekalkan kedudukan kateter.

### Selepas

- Gantungkan urin bag di tepi katil dibawah paras pundi kencing untuk menggalakkan pengaliran urin dengan tarikan graviti
- Elakkan beg urin terjatuh diatas lantai bagi elak jangkitan mikro organisma
- Plasterkan kateter urin dipeha untuk elak ketegangan .
- Sukat output urin dan perhatikan warna/kandungan urin
- Jika ada keabnormalan ambil tindakan sewajarnya

### c) Pendidikan Kesihatan

- Mempastikan kebersihan diri setiap hari
- Nasihat pesakit tentang kebersihan kateter dan kawasan perineal
- Memastikan kateter sentiasa in situ dan berfungsi
- Galakan pesakit minum air secukupnya untuk melawaskan kencing

## 2.1.11 Gangguan Corak Tidur

### Tindakan

- Keselesaan
  - o Pakaian bersih / kering
  - o Ventilasi yang baik ( Kipas/ hawa dingin)
  - o Diapers bersih/ kering
  - o Pastikan pesakit tidak lapar / sakit
- Persekitaran
  - o Cahaya lampu yang suram
  - o Kurangkan suasana bising
  - o "Soft music"
  - o Elakkan gangguan semasa tidur / rehat
- Minuman
  - o Beri minuman susu sebaiknya 2 jam sebelum tidur
  - o Elakkan minuman berkefein

- Rawatan sedatif
  - o mestilah mengikut arahan doktor. Bagi warga emas, benzodiazepine membawa risiko jatuh dan harus dielakkan.
- Tidur
  - o Rekod "Sleep Chart" (Rujuk Lampiran IX)

#### 2.1.12. Gangguan Imej Diri :

- Menggalakkan ahli keluarga untuk memberi sokongan dan bekerjasama dalam menjalani proses perawatan kepada pesakit strok, untuk membina keyakinan dan meningkatkan imej diri
- Kenalkan pesakit kepada pesakit lain yang telah pulih dari serangan stroke , untuk meningkatkan keyakinan diri
- Memberi penekanan latihan dan senaman yang telah diajar oleh Pegawai Pemulihan/Jurupulih Perubatan Carakerja/Fisioterapi (OT/PT) untuk mencapai tahap pemulihan optima
- Galakkan pesakit terlibat dalam aktiviti harian supaya pesakit strok merasakan diri masih dihargai
- Galakkan pesakit strok menyertai aktiviti pemulihan seperti NASAM (National Association Of Stroke)
- Rujuk kepada pegawai psikologi sekiranya perlu.

#### 2.1.13. Gangguan Komunikasi

Komunikasi adalah proses menyampaikan dan menerima maklumat

Kaedah komunikasi yang baik

- Dapat memupuk hubungan baik
- Memupuk rasa percaya antara satu sama lain
- Mengurangkan tekanan kepada penjaga dan pesakit
- Arahan yang jelas dan mudah difahami.

Masalah komunikasi yang kurang baik menyebabkan

- Kecewa
- Perasaan tidak tenteram
- Salah faham dan wujud perasaan prasangka.

#### 2.1.14. Risiko Jatuh Dan Kecederaan

- Nilai pesakit menggunakan "Morse Fall Scale" (Rujuk Lampiran XI)
- Katil rendah / berpagar
- Persekitaran :
  - o Lampu terang
  - o Peralatan kemas / teratur
  - o Lantai kering tidak licin
  - o Pemegang di dinding (Hand Railling)
  - o Loker berdekatan katil



- Pakaian
  - o Seluar /kain – tidak terlalu panjang
- Beri perhatian kepada pesakit yang mengalami masalah :
  - o “Visual Spatial”
  - o “Neglect”
  - o “Hemianophio”
- Jatuh
  - o Rekod Morse Fall Risk (Rujuk Lampiran XI).

#### **2.1.15. Risiko Kontraktur**

- Beri sokongan kepada bahagian anggota yang lemah semasa tidur/ duduk
- Gunakan orthosis AFO untuk mengelakkan “Foot Drop”
- Galakkan senaman pasif/aktif untuk mengekalkan ROM (Range of motion)
- Kekalkan kedudukan yang betul badan semasa tidur/duduk
- Elakkan “shoulder subluxation” dengan diampu dengan bantal atau “arm sling”.



## **BAB 3**

# **Perkhidmatan Terapi Pemakanan**

## | PENDAHULUAN

Terapi pemakanan sokongan merupakan salah satu rawatan untuk mempertingkatkan kualiti penjagaan pesakit bagi mengurangkan risiko malnutrisi dalam kalangan pesakit strok. Ia dilaksanakan oleh Pegawai Dietetik yang ditempatkan di klinik kesihatan dengan bantuan anggota kesihatan. Bagi klinik yang tidak mempunyai Pegawai Dietetik, lawatan secara berjadual akan dilakukan oleh Pegawai Dietetik dari klinik kesihatan berhampiran. Walau bagaimanapun, di fasiliti yang tidak terdapat perkhidmatan Pegawai Dietetik, garis panduan ini boleh digunapakai dengan merujuk kepada Pegawai Dietetik yang berhampiran sekiranya terdapat masalah untuk dilaksanakan.

## | OBJEKTIF

- Membuat penilaian pemakanan asas bagi semua kes strok seterusnya membolehkan intervensi pemakanan sokongan selanjutnya dilaksanakan.
- Membantu pasukan kesihatan untuk memberi panduan berkenaan terapi pemakanan kepada keluarga pesakit bagi meningkatkan penjagaan sendiri pesakit.

## | KONSEP PELAKSANAAN TERAPI PEMAKANAN

Saringan pemakanan asas oleh anggota kesihatan (Jururawat dan Penolong Pegawai Perubatan) dengan menggunakan Borang Saringan Pemakanan (Rujuk Lampiran XII, XIII).

Intervensi terapi pemakanan asas untuk pesakit strok:

- a) Pemakanan melalui tiub (Ryles Tube Feeding)
- b) Pemakanan peralihan (Transitional Feeding).

Peralatan Penilaian Pemakanan Asas

- Pita pengukur
- Penimbang berat mudah alih.

### a) Pemakanan Melalui Tiub (Ryles Tube Feeding)

- Kebanyakan pesakit strok tidak mampu mengambil makanan secara oral.
- Pemakanan enteral ialah pemberian formula enteral terus ke dalam gastrointestinal melalui tiub. Pemakanan melalui tiub mampu menampung keperluan tenaga dan makronutrient pesakit strok.
- Pemakanan enteral dimulakan apabila pesakit tidak dapat mengambil makanan secara oral atau pengambilan makanan adalah minimum / tidak cukup.

- Terdapat 6 laluan pemakanan melalui tiub iaitu nasogastric, orogastric, nasoduodenal, nasojejunal, PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) dan PEJ (Percutaneous Endoscopic Jejunostomy). Rujuk Bab 2 (Perkhidmatan Jagaan Perawatan 2.1.9).
- Anggaran keperluan tenaga pesakit berdasarkan berat badan pesakit:

Kategori Berat Badan	Kcal / kg berat badan / sehari	Nota
Kurang berat badan, untuk meningkatkan berat badan (BMI <18.4 kg/m <sup>2</sup> )	30-35	Berat badan sebenar digunakan.
Normal (BMI 18.5 – 24.9 kg/m <sup>2</sup> )	30	
Berlebihan berat badan, obes (BMI >25 kg/m <sup>2</sup> )	21-25	Berat badan ideal digunakan pada BMI = 22.5

- Anggaran keperluan protein pesakit strok:
  - o Pesakit Strok tanpa komplikasi (1.0-1.2 g/kg berat badan/sehari)
  - o Pesakit Strok dengan komplikasi (1.2-1.6 g/kg berat badan/sehari)
- Anggaran keperluan cecair untuk pesakit strok
  - o 30-35 mls/kg berat badan/sehari
  - o Saranan ini hanyalah bagi memenuhi keperluan normal. Saranan keperluan cecair bagi pesakit yang mengalami fluid overload atau dehidrasi perlu disesuaikan mengikut keadaan pesakit.

Laluan Pemakanan Tiub	Formula/Diet	Penyediaan Formula / Diet	Pemberian Formula
<p>a) Nasogastric b) Orogastric</p> <p>Digunakan untuk pesakit yang memerlukan pemakanan enteral untuk jangka masa pendek dan tidak mengalami sebarang masalah penghadaman.</p> <p>c) Nasoduodenal d) Nasojejunal</p> <p>Digunakan untuk pesakit yang memerlukan pemakanan enteral untuk jangka masa pendek dan mengalami masalah penghadaman gastrik, risiko untuk esophageal reflux atau selepas menjalani pembedahan upper GI tract.</p>	<p>Produk formula enteral sahaja</p>	<p>Terdapat 2 jenis produk susu enteral:</p> <p>i. Ready-to-Use (RTU). Formula dalam bentuk cecair yang boleh diberikan terus kepada pesakit.</p> <p>ii. Serbuk. Formula yang perlu dibancuh dengan air mengikut sukatan yang ditetapkan sebelum diberikan kepada pesakit.</p> <p>Campuran susu penuh krim/rendah lemak mengikut sukatan yang ditetapkan oleh Pegawai Dietetik untuk kes-kes tertentu.</p> <p>Senarai Produk Pemakanan Enteral (Rujuk Lampiran XIV).</p>	<p>Sukatan pemberian perlu ditetapkan oleh Pegawai Dietetik</p> <p>Kekerapan : 3-4 jam</p> <p>Jumlah pemberian : 5-6 kali/hari</p> <p>Sebelum pemberian formula, tinggikan kepala pesakit sebanyak 30-45 darjah.</p> <p>Gastric Residual Volume (GRV) perlu diperiksa sebelum pemberian produk formula enteral. (Rujuk Lampiran XV).</p> <p>Lakukan flushing dengan 20-30mls air masak sebelum dan selepas pemberian formula.</p> <p>Pemberian ubat tidak boleh dicampur ke dalam formula enteral/ susu untuk mengelakkan kesan sampingan.</p>
<p>a) PEG b) PEJ</p> <p>Digunakan untuk pesakit yang memerlukan pemakanan enteral untuk jangka masa panjang.</p> <p>Jenis/Jenis Tiub Enteral (Rujuk Lampiran XVI).</p>	<p>Produk formula enteral</p> <p>Makanan dikisar halus</p>	<p>Seperti di atas</p> <p>Tekstur makanan: dikisar halus, tiada ketulan kecil</p> <p>Mengandungi kumpulan makanan seperti karbohidrat, protein dan lemak. Boleh ditambahkan juga dengan sayur-sayuran.</p> <p>Contoh: bubur nasi yang dicampur dengan ayam/ikan dan sayur-sayuran yang dikisar halus.</p> <p>Contoh minuman berkhasiat : susu, jus buah, minuman malt</p>	<p>Seperti di atas</p> <p>Kekerapan : 3 kali sehari seperti hidangan makanan utama (Sarapan, Makan Tengahari, Makan Malam)</p> <p>Minuman berkhasiat boleh diberikan sebagai hidangan snek (Minum Pagi, Minum Petang, Minum Malam).</p>

**b) Pemakanan Peralihan (Transitional Feeding)**

- Pemakanan peralihan ialah proses peralihan dari pemakanan enteral melalui tiub kepada pengambilan makanan secara oral.
- Tujuan proses ini ialah untuk memastikan keperluan nutrient pesakit dapat dicapai hanya dengan pengambilan oral sahaja.
- Perkara yang perlu dipantau semasa proses peralihan ialah jumlah pengambilan makanan secara oral, jumlah pengambilan cecair dan keupayaan pesakit mengunyah dan menelan. Anggota kesihatan boleh mendapat maklumat sejarah pengambilan makanan daripada penjaga pesakit atau pesakit.
- Pemakanan enteral melalui tiub boleh dihentikan apabila pesakit mampu mencapai dan mengekalkan keperluan nutrien atau secara amnya, apabila sekurang-kurangnya 75% keperluan tenaga pesakit dipenuhi dengan makanan oral sahaja.
- Proses peralihan boleh berlaku selama beberapa hari atau minggu, bergantung kepada keadaan pesakit atau pemantauan anggota kesihatan.

Jenis Diet	Deskripsi	Indikator Penggunaan	Ciri-Ciri Diet	Nota
a) Diet Cecair	<p>Jenis diet cecair:</p> <p>i. Diet Cecair Jernih</p> <p>Minuman dalam bentuk cecair jernih pada suhu bilik yang mempunyai nutrient yang mudah dihadam dan mengakibatkan residu minima dalam gastrointestinal</p> <p>ii. Diet Cecair Penuh</p> <p>Minuman adalah bentuk cecair dan berkhasiat.</p> <p>Contoh: minuman serbuk coklat/malt, yogurt, aiskrim dan lain-lain.</p>	<p>Untuk pesakit di peringkat awal pemberian makanan secara oral.</p> <p>Untuk pesakit selepas menjalani pembedahan yang belum boleh diberi diet minuman berkhasiat</p> <p>Untuk pesakit mempunyai masalah penghadaman nutrien-nutrien tertentu.</p>	<p>Mestilah jernih dan dalam bentuk cecair seperti glukos, air madu, sup jernih, ekstrak daging, air bari, jus buah-buahan ditapis dan lain – lain.</p> <p>Cecair penuh adalah seperti susu, sup krim serta cecair berwarna yang lain</p>	<p>Jika digunakan dalam jangka masa panjang, pengambilan produk formula enteral adalah diperlukan.</p> <p>Untuk mengurangkan risiko pesakit tercekik semasa mengambil cecair, bahan pemekat boleh digunakan.</p> <p>Bahan pemekat komersil seperti Thixer boleh digunakan mengikut sukatan berikut:</p> <p>Nectar : 1 scoop/100 mls</p> <p>Honey : 1.5 scoop/100 mls</p> <p>Spoon thick : 2 scoops/100 mls</p>
b) Diet Puri	<p>Makanan yang dikisar menjadi halus dan pekat yang akan melekat di sudu jika diangkat.</p>	<p>Pesakit yang menunjukkan perkembangan yang baik iaitu dapat menelan diet cecair dengan sempurna.</p>	<p>Makanan dipotong kepada saiz yang kecil dan dimasak sehingga lembut sebelum dikisar halus.</p> <p>Contoh makanan yang boleh dijadikan puri ialah sayuran-sayuran dan buah-buahan, yang telah direbus/kukus.</p> <p>Cara penyediaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kupas sebiji buah / sayur seperti lobak merah / kentang / epal dan cuci bersih</li> <li>- potong dalam bentuk kiub dan rebus sehingga empuk</li> <li>- kisar menggunakan mesin pengisar sehingga halus</li> </ul>	<p>Diet puri perlu diperkenalkan secara perlahan-lahan mengikut kesesuaian kadar penerimaan pesakit.</p> <p>Jika pesakit mengalami masalah menelan makanan (dysphagia), swallowing assessment perlu dilakukan. Pesakit dysphagia perlu diberikan diet cecair (mengikut kepekatan yang sesuai) dan ditambah dengan susu/produk enteral.</p>



Jenis Diet	Deskripsi	Indikator Penggunaan	Ciri-Ciri Diet	Nota
c) Diet lembut	Makanan adalah bertekstur lembut dari segi pilihan jenis makanan atau penyediaannya supaya mudah dimakan atau dikunyah.	<p>Pesakit yang menunjukkan perkembangan mengunyah dan menelan dengan baik.</p> <p>Pesakit yang mempunyai masalah mengunyah atau masalah menelan.</p>	<p>- puri yang terhasil boleh diberi kepada pesakit menggunakan sudu.</p> <p>Makanan lembut seperti roti, bubur ubi, ikan, taufu, ayam dan sayur-sayuran lembut digalakkan.</p> <p>Daging atau sayur keras perlu dielakkan.</p> <p>Makanan dipotong kepada saiz yang kecil dan dimasak sehingga lembut.</p> <p>Penggunaan cili, bahan rempah ratus dalam masakan dielakkan.</p>	<p>Diet normal boleh diberikan apabila pesakit bersedia.</p>



## **BAB 4**

# **Perkhidmatan Fisioterapi**

## | PENDAHULUAN

Kewujudan pemulihan dalam komuniti yang berkesan harus dilihat sebagai satu keutamaan. Semua pesakit strok memerlukan perkhidmatan rehabilitasi secara menyeluruh daripada anggota kesihatan. Oleh itu, pihak kesihatan bertanggungjawab memastikan agar semua pesakit strok menerima rawatan daripada pasukan pemulihan di peringkat komuniti.

Pemulihan fizikal pada peringkat awal adalah sangat penting. Setiap pesakit strok mesti mendapatkan rawatan pemulihan secepat mungkin. Ini kerana, lebih cepat terapi pemulihan dimulakan, lebih cepat otak dapat mempelajari semula pergerakan normal manakala jika lebih lama terapi pemulihan ditangguhkan, adalah lebih sukar bagi pesakit strok untuk pulih.

Faedah yang diperolehi daripada pemulihan fizikal antaranya termasuklah membina kekuatan otot, mempelajari cara berjalan yang betul seterusnya meningkatkan keyakinan diri pesakit bagi mencapai tahap kualiti hidup yang optima.

## | OBJEKTIF

- Mempercepatkan pemulihan awal fizikal pesakit strok peringkat akut.
- Mengelakkan komplikasi lain seperti terlantar sepenuhnya, kudis tekanan dan kontraktur.
- Mengembalikan kebolehan pesakit dalam menguruskan diri sendiri tanpa bantuan.
- Mempertingkatkan keupayaan kefungsian dari segi tahap koordinasi, keseimbangan dan pergerakan aktif pesakit.
- Meningkatkan pengetahuan pesakit, penjaga dan kumpulan sokongan secara teori dan praktikal dalam perawatan pesakit strok.

### Peringkat-Peringkat Program Pemulihan Fizikal

- Mempelajari kawalan pergerakan dari 'proximal' ke 'distal' iaitu bahagian atas badan (upper trunk) dan bahu ke bahagian bawah badan (lower trunk) dan pinggul.
- Segala pergerakan dilakukan mengikut tahap keupayaan pesakit iaitu pergerakan pasif, pergerakan bantuan aktif (assisted active movement) dan pergerakan aktif. Jika keupayaan pesakit meningkat, senaman rintangan (resistive exercise) boleh dimulakan.
- Pemulihan berterusan dengan mengikuti senaman yang berturutan mengikut perkembangan normal. Contohnya: Berbaring → mengiring → duduk → berdiri dan berjalan.
- Pesakit strok digalakkan melakukan aktiviti harian (rujuk bahagian ADL) supaya meningkatkan kefungsian diri ke tahap optima. Contohnya:

#### a) Bangun daripada katil :

Pesakit digalakkan/ dibantu mengiring kepada bahagian yang terlibat dan duduk di tepi katil dan seterusnya beralih/ di alihkan ke kerusi.

#### b) Toileting:

Pesakit digalakkan/ di bantu berjalan ke tandas. Penggunaan commode di tepi katil tidak digalakkan, kerana aktiviti perjalanan ke tandas merupakan sebahagian daripada latihan fizikal.

**c) Keseimbangan semasa duduk :**

Mengembalikan keseimbangan semasa duduk adalah penting pada awal pemulihan pesakit strok. Contohnya mencapai cawan di atas meja pada sebelah anggota yang terlibat, dapat mempertingkatkan keseimbangan badan pesakit. Ini adalah salah satu tugas harian yang perlu dilakukan oleh pesakit.

- Memastikan kawalan pergerakan bahagian bahu dan siku telah diperolehi sebelum mempelajari pergerakan kawalan tangan seperti menggenggam dan melepaskan genggaman

## **| FASA-FASA PENJAGAAN PESAKIT STROK ASPEK PEMULIHAN FIZIKAL**

### **1. Perawatan Mengikut Masalah Yang Dikenalpasti**

Setiap Pegawai Pemulihan/ Jurupulih/ Perubatan Fisioterapi yang terlibat perlu mempunyai kemahiran dalam mengenalpasti masalah yang diperolehi oleh pesakit strok dan berkebolehan untuk mengendalikan pesakit dengan cara yang betul secara menyeluruh. Pemilihan aktiviti adalah menjurus kearah pencapaian kemahiran serta kefungsi pesakit. Setiap aktiviti dibahagikan kepada beberapa komponen pergerakan dan pesakit digalakkan melakukan komponen pergerakan ini sebagai satu senaman.

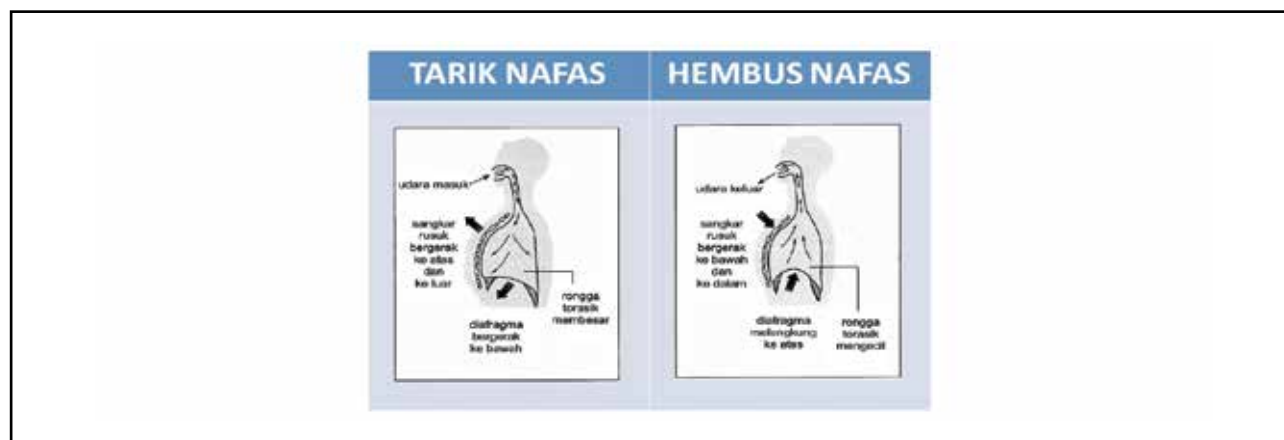
Jadual dibawah menunjukkan masalah yang biasa dihadapi oleh pesakit strok, penilaian, pengukuran dan cara pengendalian pesakit:

<b>Bil</b>	<b>Masalah</b>	<b>Perawatan</b>	<b>Outcome Measure</b>
<b>1.1</b>	Masalah Pernafasan dan Kecergasan Kardiorespiratori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senaman Pernafasan</li> <li>• Latihan Kecergasan berterusan</li> <li>• Modified Postural Drainage dan Chest Percussion/ Vibration</li> </ul> <p>(rujuk Prosedur Operasi Standard-Perawatan Fisioterapi Respiratori)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peak Flow Meter</li> <li>• Spirometry</li> <li>• 3 Minute Walk Test (MWT)</li> </ul> <p>(sebelum penilaian menggunakan 6MWT).</p>
<b>1.2</b>	Postur yang tidak betul dan Kudis Tekanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik Positioning</li> <li>• Nasihat dan latihan kepada pesakit, penjaga/ keluarga dan anggota kesihatan</li> </ul> <p>(rujuk Modul latihan Pengendalian Fisioterapi Asas Untuk Warga Emas 2013 Modul 3; Strok).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiada</li> </ul>
<b>1.3</b>	Edema pada Anggota Atas/ Bawah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dynamic Pressure Garment</li> <li>• Electrical Stimulation contoh: (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and Electrical Muscular Stimulation (EMS)</li> <li>• Pendidikan Pesakit (Patient Education) dan Program Senaman di Rumah (Home Exercises Programme).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiada</li> </ul>

Bil	Masalah	Perawatan	Outcome Measure
1.4	Sakit Bahu dan Subluxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sokongan pada bahu</li> <li>Ice/ Hotpack (kurangkan sakit)</li> <li>Electrical Stimulation (contoh: (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and Electrical Muscular Stimulation (EMS)</li> <li>Pendidikan Pesakit (Patient Education) dan Program Senaman di Rumah (Home Exercises Programme).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visual Analogue Scale (VAS)</li> </ul> <p>(Rujuk Lampiran XVII)</p>
1.5	Kelemahan otot-otot dan kontraktur/ Spasticity	<ul style="list-style-type: none"> <li>Senaman Pasif/ Aktif</li> <li>Icing Technique</li> <li>Senaman Mekanikal (contohnya; Motomed)</li> <li>Electrical Stimulation</li> <li>Passive Neuromuscular Facilitation (PNF)</li> <li>Pendidikan Pesakit (Patient Education) dan Program Senaman di Rumah (Home Exercises Programme).</li> </ul> <p>(Rujuk Pengendalian Fisioterapi Asas Untuk Warga Emas 2013; Modul 4: Immobiliti).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxford Scale (Rujuk Lampiran XVIII)</li> <li>Modified Ashworth Scale (MAS)</li> </ul> <p>(Rujuk Lampiran XIX).</p>
1.6	Keseimbangan/ Koordinasi/ Proprioception pada Anggota Atas dan Anggota Bawah	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual Joint Approximation</li> <li>Standing Tilt Table</li> <li>Trunk Control</li> <li>Hip/ Knee Control</li> <li>Balance Training (Static/ Dynamic) in Sitting and Standing</li> <li>Passive Neuromuscular Facilitation (PNF)</li> <li>Motor Relearning Programme (MRP)</li> <li>Neurodevelopment Therapy (NDT).</li> </ul> <p>(Rujuk SOP Perkhidmatan Fisioterapi di Kesihatan Primer).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motor Assessment Scale (MAS) (Rujuk Lampiran XX)</li> <li>Dynamic Gait Index (Rujuk Lampiran XXI)</li> <li>Time Up and Go Test (TUG) (Rujuk Lampiran XXII)</li> </ul>
1.7	Kurang mobiliti dan pergerakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teknik Mengangkat dan Mengalih</li> <li>Pendidikan Pesakit (Patient Education) dan Program Senaman di Rumah (Home Exercises Programme)</li> </ul> <p>(Rujuk Pengendalian Fisioterapi Asas Untuk Warga Emas 2013 Modul 3; Strok).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiada</li> </ul>
1.8	Cara Berjalan Yang Betul (Gait Correction)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Latihan Berjalan menggunakan/ tanpa menggunakan Alat Bantuan Berjalan.</li> </ul> <p>(Rujuk Buku Therapeutic Exercise, Foundations and Techniques)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teknik pengukuran Alat Bantuan Berjalan (seperti walking frame, stick and wheelchair assessment).</li> </ul>




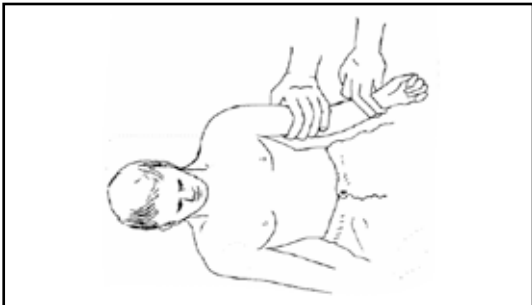
## 2. Latihan Asas Fisioterapi Untuk Paramedik Di Klinik Kesihatan Yang Tiada Perkhidmatan Fisioterapi

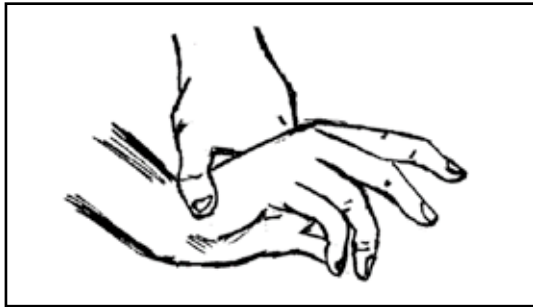
### 2.1. Teknik Penafasan



**Teknik pernafasan :** Tarikh nafas melalui hidung dan hembus nafas melalui mulut

### 2.2. Senaman Pasif

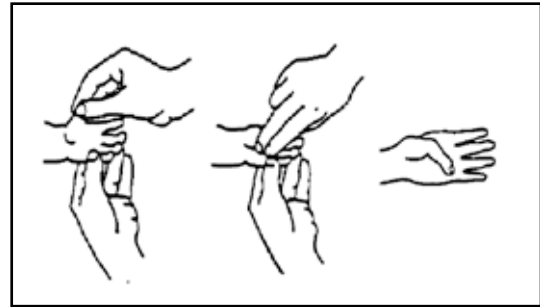
SENAMAN ANGGOTA ATAS	SENAMAN ANGGOTA ATAS
 <p><b>Sendi :</b> Bahu  <b>Posisi :</b> Terlentang  <b>Pergerakan :</b> Angkat lengan ke atas dan ke bawah</p>	 <p><b>Sendi :</b> Bahu  <b>Posisi :</b> Terlentang  <b>Pergerakan :</b> Bawa lengan ke sisi.</p>
 <p><b>Sendi :</b> Siku  <b>Posisi :</b> Terlentang  <b>Pergerakan :</b> Sendi siku diluruskan dan dibengkokkan.</p>	 <p><b>Sendi :</b> Siku  <b>Posisi :</b> Terlentang  <b>Pergerakan :</b> Lengan rapat ke badan, siku dibengkokkan dan buat rotation dan supination sendi siku.</p>



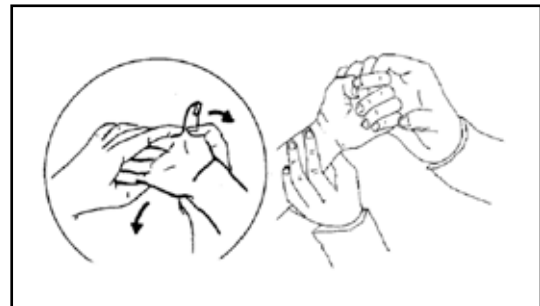
**Sendi** : Pergelangan tangan

**Posisi** : Terlentang

**Pergerakan** : Bengkok sendi ke atas dan ke bawah



Bengkok ibu jari tangan ke pangkal jari kelingking



Bengkok dan luruskan jari-jari tangan

\*Lakukan pergerakan 10 kali untuk setiap sendi yang terlibat

#### SENAMAN ANGGOTA BAWAH

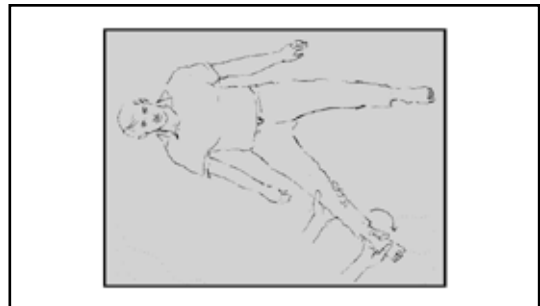


**Sendi** : Pinggul dan lutut

**Posisi** : Terlentang

**Pergerakan** : Bengkok lutut ke dada kemudian luruskan kembali

#### SENAMAN ANGGOTA BAWAH



**Sendi** : Pinggul

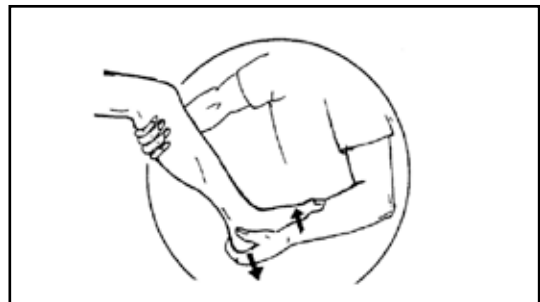
**Posisi** : Terlentang

**Pergerakan** : Angkat kaki ke sisi kemudian rapatkan ke garisan pusat

**Sendi** : Pinggul dan lutut





**Posisi** : Terlentang

**Pergerakan** : Bengkok lutut ke dada kemudian luruskan kembali





## 2.3 Teknik Positioning

POSISI	PENERANGAN
 <p>Strok Bahagian Kanan <b>Posisi</b> : Mengiring</p>	<p>Posisi mengiring pada anggota yang tidak terlibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala disokong dengan bantal.</li> <li>• Anggota atas yang terlibat disokong dengan bantal dalam keadaan lurus ke hadapan.</li> <li>• Anggota bawah yang terlibat disokong dengan bantal dalam keadaan sendi pinggul dan lutut dibengkokkan.</li> </ul>
 <p>Strok bahagian kanan <b>Posisi</b> : Mengiring</p>	<p>Posisi mengiring pada anggota yang terlibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala disokong dengan bantal.</li> <li>• Anggota atas yang terlibat lurus ke hadapan dalam keadaan tapak tangan menghala keatas.</li> <li>• Sendi pinggul dan lutut yang tidak terlibat dalam keadaan bengkok 90 darjah dan disokong dengan bantal.</li> <li>• Sendi pinggul yang terlibat lurus ke belakang .</li> </ul>
 <p>Strok bahagian kanan <b>Posisi</b> : Terlentang</p>	<p>Posisi semasa baring terlentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala disokong dengan bantal</li> <li>• Anggota atas yang terlibat disokong dengan bantal dengan tapak tangan menghala keatas</li> </ul>
 <p>Strok bahagian kanan <b>Posisi</b> : Duduk</p>	<p>Posisi ketika duduk atas kerusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duduk dengan tegak.</li> <li>• Anggota atas disokong dengan bantal.</li> </ul>

## 2.5 Teknik Mengangkat Dan Mengalih

TEKNIK	PENERANGAN
TEKNIK YANG DILAKUKAN SECARA BERSEORANGAN (ONE MEN LIFT)	
	<p>Teknik mengangkat dari kerusi ke kerusi roda berseorangan</p>
	<p>Mengangkat dan mengalih dari kerusi roda ke katil di lakukan berseorangan</p>
	<p>Teknik mengangkat dan mengalih klien dari katil ke kerusi roda dilakukan berseorangan</p>



**TEKNIK****PENERANGAN****TEKNIK YANG DILAKUKAN SECARA BERSEORANGAN (ONE MEN LIFT)**

Teknik seorang


- Pegang lengan klien melalui bawah ketiaknya
- Pengangkat berdiri tegak dan gerak selangkah ketepi
- Bengkokkan lutut sedikit, satu dihadapan dan satu lagi dibelakang
- Turunkan klien perlahan-lahan ke lantai

**TEKNIK MENGANGKAT & MENGALIH KE KERETA**

Teknik mengangkat dari kerusi roda ke kereta bagi klien hemiplegia kiri

TEKNIK	PENERANGAN
TEKNIK MENGANGKAT & MENGALIH MENGGUNAKAN BANTUAN PAPAN GELONGSOR	
	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan papan longsor dibawah punggung klien</li> <li>• Penjaga menahan lutut dan kaki klien.</li> <li>• Klien membongkok ke depan .</li> <li>• Penjaga memegang pinggul untuk mengalih ke sisi dari katil ke kerusi roda/ kerusi ke kerusi / kerusi roda ke kereta dan sebaliknya.</li> </ul>	

### 3. LANGKAH BERJAGA-JAGA DAN KONTRAINDIKASI YANG PERLU DIAMBIL PERHATIAN SEMASA MENGENDALIKAN PESAKIT STROK

Bil	Komplikasi	Langkah Berjaga-Jaga	Kontraindikasi
3.1	Joint Subluxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyokong bahagian shoulder blade semasa mengendalikan pesakit (semasa mengangkat dan mengalih pesakit)</li> <li>• Menggunakan strapping/ kineasiotape untuk sokongan bahu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilarang menarik anggota terlibat semasa mengendalikan pesakit.</li> </ul>
3.2	Shoulder/ Hip Dislocation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyokong bahagian shoulder blade semasa mengendalikan pesakit (semasa mengangkat dan mengalih pesakit)</li> <li>• Menggunakan sokongan bahu dan strapping/ kineasiotape untuk sokongan sendi pinggul dan bahu</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilarang menarik anggota terlibat semasa mengendalikan pesakit.</li> </ul>

Bil	Komplikasi	Langkah Berjaga-Jaga	Kontraindikasi
3.3	Kontraktur dan Spastisiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyokong bahagian sendi anggota terlibat semasa melakukan senaman mobilisasi/ senaman pasif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilarang membuat senaman mobilisasi/ senaman pasif melebihi julat pergerakan sendi yang sedia ada.</li> </ul>



## **BAB 5**

# **Perkhidmatan Carakerja**

## | PENDAHULUAN

Strok boleh menyebabkan pesakit kehilangan keupayaan termasuk kefungsi kognitif / persepsi, sensorimotor, pekerjaan dan riadah. Ini akan menyebabkan pesakit mengalami masalah dalam menjalankan aktiviti kehidupan seharian. Pesakit juga terdedah kepada komplikasi sekunder seperti kontraktur, kudis tekanan, kecacatan, jangkitan dan lain-lain yang memberi implikasi kepada kualiti hidup. Pemulihan Carakerja untuk pesakit strok dapat menyumbang kepada usaha mengembalikan kefungsi ke tahap optima serta meningkatkan kualiti hidup pesakit.

## | OBJEKTIF

- Pesakit dapat mencapai kembali tahap kefungsi optima dan keberdikarian dari segi motor, aktiviti kehidupan harian, pekerjaan, riadah, spiritual, kognitif / persepsi dan psikososial.
- Beban penjagaan pesakit oleh keluarga / penjaga dapat dikurangkan.
- Komplikasi sekunder (seperti kudis tekanan, kontraktur, deformiti dan jangkitan) pesakit dapat dicegah atau diminimalkan.
- Meningkatkan kualiti hidup pesakit strok.

## | PERINGKAT-PERINGKAT PROGRAM PERKHIDMATAN CARAKERJA

- Penilaian dan latihan semula kefungsi fizikal, persepsi dan kognitif/ memori.
- Pendidikan dan latihan kepada pesakit dan penjaga.
- Rundingcara dan cadangan penggunaan alat bantuan yang sesuai.
- Penilaian persekitaran rumah, cadangan pengubahsuaian yang sesuai dan pencegahan jatuh.
- Penilaian dan latihan aktiviti kehidupan seharian.
- Penilaian dan latihan kerusi roda.

## | FASA-FASA PENJAGAAN PESAKIT STROK ASPEK PEMULIHAN CARAKERJA

### 1. Aktiviti Kehidupan Harian ( ADL – Activities Of Daily Living )

**Tujuan** - Memberi kefahaman, pengetahuan dan skil asas pengendalian pesakit strok yang mengalami masalah di dalam aktiviti kehidupan harian.

**Penilaian** - Rujuk borang penilaian asas ADL ( Modified Barthel Index ) Rujuk Lampiran XXII DAN XXIV.

#### 1.1. Kebersihan Diri (Personal hygiene)

Gangguan kefungsi fizikal dan kognitif ke atas pesakit strok yang menyebabkan aktiviti penjagaan kebersihan diri terjejas. Antara masalah yang sering dihadapi adalah seperti kesukaran membersihkan muka, menggosok gigi, mencukur, memotong kuku, aktiviti tatarias diri dan lain-lain. Ini bagi memastikan penampilan diri yang kemas dan bersesuaian.



- Melatih kefungsi anggota yang lemah.
- Mengajar posisi yang sesuai.
- Pengubahsuaian peralatan.
- Menggunakan anggota yang kuat bagi membantu anggota yang lemah.
- Menggunakan pencukur elektrik.
- Gaya rambut yang ringkas.
- Menggunakan peralatan hand helper/reacher, enlarged handle, big mirror.

#### ADAPTASI PERALATAN TATARIAS DIRI



### 1.2. Mandi (Bathing)

Memastikan aktiviti di bilik mandi dapat dilakukan dengan selamat dan sempurna.

#### Intervensi:

- Melatih kefungsi anggota terlibat.
- Mengajar posisi yang sesuai.
- Pengubahsuaian peralatan dan bilik mandi.
- Menggunakan anggota yang kuat untuk membantu anggota yang lemah.
- Menggunakan kerusi mandi (Shower chair).
- Memasang pemegang tepi (Grab rail).
- Meletakkan non-slip mat di keseluruhan lantai.
- Menggunakan air pancur, long-handled sponge, slip in sponge, sabun cecair (shower liquid/gel).

### MODIFIKASI BILIK AIR



### 1.3. Pengambilan Makanan/ Minum (Feeding)

Gangguan kefungsiian fizikal dan kognitif ke atas pesakit strok yang menyebabkan aktiviti semasa makan terjejas. Antara masalah yang sering dihadapi adalah mengambil makanan, memegang peralatan makan dan menyuap makanan.

#### Intervensi – melatih kefungsiian tangan:

- Tegakkan postur badan, letakkan tangan yang lemah di atas meja dan kaki yang lemah perlu disokong dengan kaki meja (Rujuk gambar posisi semasa makan).
- Mengajar posisi yang sesuai.
- Mengubahsuaikan peralatan makan (adaptasi yang bersesuaian akan dilakukan oleh Pegawai Pemulihan/ Jurupulih Perubatan Carakerja, sekiranya tiada di Klinik Kesihatan, pesakit boleh dirujuk kepada Pegawai Pemulihan/ Jurupulih Perubatan Carakerja di hospital yang berhampiran).
- Besarkan pemegang sudu, garpu, pisau.
- Menggunakan plate guard untuk mengelakkan makanan daripada tumpah.
- Menggunakan non-slip mat dibawah pinggan untuk mengelakkan pinggan daripada bergerak.
- Memotong makanan kepada saiz kecil.
- Menetapkan penjadualan waktu makan untuk melatih masa makan yang teratur.

### POSISI SEMASA MAKAN



Posisi semasa makan dimana tangan diletak di atas meja dan kaki yang terlibat disokong dengan kaki meja.



Tangan yang normal memegang peralatan.

### PLATE GUARD



Plate guard untuk membantu pesakit mengambil makanan dan menghalang makanan keluar dari pinggan semasa mengambil makanan.

### NON-SLIP MAT



Non-slip mat untuk mengelakkan pinggan daripada bergerak semasa aktiviti makan.

### CAWAN YANG ADA PEMEGANG DAN PENYEDUT MINUMAN



Non-slip mat untuk mengelakkan pinggan daripada bergerak semasa aktiviti makan.

### PEMEGANG YANG DIUBAHSUAI



Pengubahsuaian peralatan dibuat bagi memudahkan pesakit melakukan aktiviti minum secara berdikari.

### ADAPTASI SUDU DAN GARPU



Pengubahsuaian peralatan dibuat bagi memudahkan pesakit melakukan aktiviti makan secara berdikari.

#### 1.4. Aktiviti di tandas ( Toileting )

Memastikan aktiviti di tandas dapat dilakukan dengan selamat dan sempurna.

##### Intervensi:

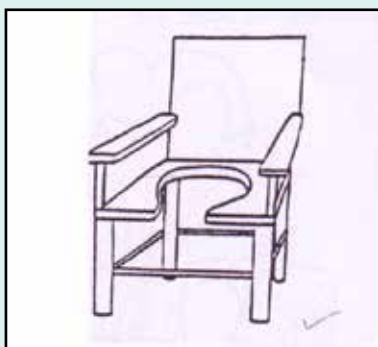
- Melatih kefungsiang anggota yang lemah.
- Mengajar posisi yang sesuai.
- Pengubahsuaian peralatan dan tandas.
- Menggunakan anggota yang kuat bagi membantu anggota yang lemah.
- Melakukan aktiviti dengan cara yang bersesuaian.
- Menggunakan tandas duduk, commode chair.
- Memasang pemegang tepi (grab rail).
- Meletakkan non-slip mat.
- Menggunakan tisu tandas, getah paip yang mudah dicapai dan digunakan
- Pembersihan untuk pesakit terlantar - guna tisu lembap (jika boleh mengandungi alcohol/ antiseptic) atau tisu tandas dan botol penyembur air (spray air). Pastikan bahagian dicuci dikeringkan, contoh gunakan tuala 'Good Morning' dan lain-lain.



**GRAB RAIL**



**COMMODE CHAIR**



Non-slip mat untuk mengelakkan pinggan daripada bergerak semasa aktiviti makan.



### 1.5. Naik/ Turun Tangga (Stairs)

Mengalami masalah di dalam naik/ turun tangga.

#### Intervensi:

- Latihan menggunakan tangga



Hujung tangga ditanda untuk keselamatan



Stair climbing seat

### 1.6. Pakaian (Dressing)

Mengalami masalah di dalam proses memakai pakaian dan menanggal pakaian seperti mengambil, menyarung, menanggal dan kekemasan pakaian.

#### Intervensi:

- Melatih kefungsian anggota yang lemah.
- Mengajar posisi yang betul semasa memakai pakaian dan menanggal pakaian.
- Pengubahsuaian kepada pakaian.
- Menggunakan anggota yang kuat bagi membantu anggota yang lemah.
- Menyarung dan menarik seluar di dalam posisi baring atau mengiring ke kiri dan ke kanan.
- Sekiranya berdiri, guna keluasan yang lebih untuk menarik seluar.
- Pengubahsuaian pakaian dengan menggunakan velcro, zip, butang dan tali untuk memudahkan pakaian dan menanggal pakaian secara berdikari.
- Menggunakan hand helper/reacher, shoe horn, stocking aids.

### Langkah-langkah memakai baju :



a) Letakkan kemeja di atas paha/ meja, bahagian kolar kemeja mengarah ke atas



b) Masukkan tangan lemah ke dalam lengan baju dan tarik lengan baju ke paras bahu



c) Tarik kolar kemeja ke arah belakang bahu yang kuat.

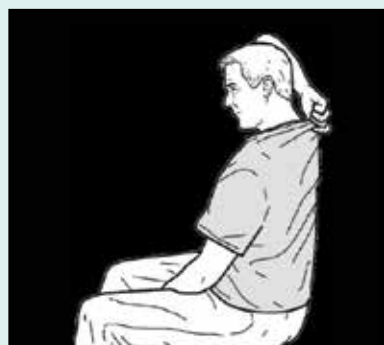


d) Masukkan tangan kuat ke dalam lengan baju.

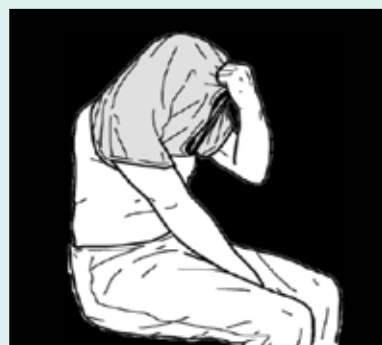


e) Butangkan baju bermula daripada butang bawah ke atas dan betulkan kemeja supaya kemas.

### Langkah-langkah memakai baju :



a) Buka butang baju dan pegang belakang kolar baju dengan tangan kuat.



b) Bongkokkan kepala sambil menarik kolar baju keluar daripada kepala.



c) Keluarkan tangan kuat daripada lengan baju kemudian keluarkan lengan baju daripada tangan lemah dengan menggunakan tangan kuat.

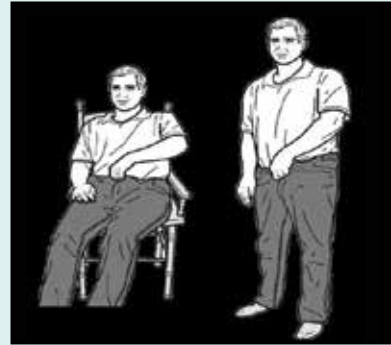
### Langkah-langkah memakai seluar :



a) Silangkan kaki lemah ke atas kaki kuat. Masukkan seluar pada kaki lemah.



b) Masukkan kaki kuat ke dalam kaki seluar. Tarik seluar ke atas hingga melepasi paras lutut.



c) Jikaimbangan badan anda baik, anda boleh zipkan/ butangkan seluar sambil berdiri. Jika tidak, zipkan / butangkan seluar secara duduk.

### Langkah-langkah menanggalkan seluar :

- Duduk atas kerusi / di tepi katil.
- Buka butang dan zip seluar dengan tangan kuat.
- Turunkan seluar hingga ke paras pinggul sebanyak yang boleh.
- Berdiri sendiri / dengan bantuan. Biarkan seluar jatuh dari pinggul ke kaki.
- Duduk semula atas kerusi / di tepi katil.
- Keluarkan kaki kuat daripada kaki seluar.
- Silangkan kaki lemah atas kaki kuat dan tanggalkan seluar.
- Memakai baju dengan bantuan.
- Mengiringkan badan pesakit untuk memasukkan tangan ke dalam lengan baju.
- Pakaikan baju.
- Baringkan pesakit ke sebelah untuk memakai sebelah lengan.
- Butangkan baju dan kemaskan baju pesakit.

### Memakai seluar dengan bantuan:

- Bengkokkan kaki pesakit dan masukkan seluar. Pesakit boleh membantu dengan mengangkat punggung.
- Teknik ini juga boleh dilakukan secara mengiringkan pesakit ke sisi.

### Alat adaptasi dan bahan yang boleh membantu untuk memakai pakaian :

- Butang besar
- Velcro
- Button hook
- Pemegang zip





Velcro – memudahkan dalam manipulasi tangan.



Button hook – membantu memasukkan butang menggunakan sebelah tangan sahaja



Pemegang zip – memudahkan untuk memegang zip.

## 1.7 Kawalan pembuangan air kecil dan besar (Bowel & Blader Control)

### Diantara masalah di dalam pengawalan pembuangan air kecil dan dan besar :

- Pesakit tidak berdikari dalam pengurusan pundi kencing, tidak dapat menahan, atau yang memakai kateter / Pesakit tidak boleh mengawal pembuangan air besar.
- Pesakit tidak dapat menahan air kecil tetapi boleh membantu dengan aplikasi alatan luar dan dalaman / Pesakit memerlukan bantuan untuk berada dalam posisi yang sesuai dan juga teknik yang mengalakkan pergerakan pembuangan air besar.
- Pesakit biasanya kering pada waktu siang tetapi tidak pada waktu malam dan Pesakit boleh melakukan posisi yang sesuai tetapi tidak boleh menggunakan teknik yang mudah atau membersihkan diri sendiri tanpa bantuan dan kerap membuang air kecil / besar tanpa sengaja. Bantuan diperlukan untuk menggunakan alat bantuan inkontinens seperti pads dan lain-lain.
- Pesakit biasanya kering pada waktu siang atau malam tetapi sekali sekala terbuang air kencing tanpa sengaja atau memerlukan sedikit bantuan untuk menggunakan alat bantuan / Pesakit memerlukan pengawasan dengan penggunaan suppositori atau enema dan sekali sekala membuang air besar secara tidak sengaja.

### Intervensi:

- Tidak boleh berdikari (berfungsi) sepenuhnya - colostomy bag, urine bag, diapers boleh digunakan.
- Bladder control berfungsi – jika tiada urine pan, adaptasi alat mudah diperolehi seperti botol mineral (untuk lelaki) dan besen / mangkuk (untuk perempuan).
- Bowel control berfungsi – cadangan peralatan bantuan contoh menggunakan pelampung mudah alih inflatable toilet pan).

### PENGUNAAN ALAT BANTUAN UNTUK KAWALAN AIR KECIL / BESAR



Urinal



Penggunaan Urinal



Adapatasi untuk pembuangan air besar

### 1.8. Aktiviti pemindahan dari kerusi/katil (Chair/bed transfer)

Aktiviti pemindahan pesakit strok adalah penting untuk membantu mereka menjalankan aktiviti seharian dan aktiviti kefungsiian lain secara berdikari. Aktiviti pemindahan ini juga dapat membantu pesakit keluar untuk melakukan aktiviti riadah dan sosial di komuniti. Berikut merupakan masalah yang dihadapi oleh pesakit :

- Tidak boleh melakukan pemindahan. Dua orang diperlukan untuk memindahkan pesakit dengan atau tidak menggunakan alatan mekanikal.
- Boleh melakukan aktiviti dengan bantuan maksima dalam semua aspek pemindahan dengan bantuan seorang diperlukan.
- Pemerhatian dari orang lain diperlukan sebagai langkah keyakinan untuk pesakit atau sebagai pengawasan untuk keselamatan pesakit.

#### Intervensi :

- Melatih pesakit dan penjaga untuk menjalankan aktiviti pemindahan dengan betul dan selamat untuk menjalankan aktiviti harian.
- Contohnya adalah seperti pemindahan daripada kerusi roda ke tandas

### ALAT BANTUAN UNTUK AKTIVITI PEMINDAHAN



Bed rail



Ladder rope



Transfer board

### AKTIVITI PEMINDAHAN PESAKIT STROK MEMBANTU DALM AKTIVITI DALAM KOMUNITI



#### 1.9. Ambulasi (Ambulation)

Masalah ambulasi di kalangan pesakit strok akan menyebabkan kesukaran kefungsi dalam menjalankan aktiviti kehidupan seharian (ADL), riadah dan pekerjaan. Ini boleh di kategorikan seperti berikut:

- Tidak berdikari dalam ambulasi.
- Memerlukan Seorang atau lebih pembantu semasa ambulasi.
- Bantuan diperlukan semasa mengambil alat bantuan dan/atau manipulasi terhadap peralatan bantuan. Seseorang diperlukan untuk menawarkan bantuan.
- Pesakit boleh berdikari dalam ambulasi tetapi tidak boleh berjalan 50 meter tanpa bantuan, atau pengawasan diperlukan untuk keyakinan pesakit atau keselamatan dalam situasi merbahaya.

**Intervensi :**

- Memilih dan melatih pesakit dan penjaga untuk menggunakan alat bantuan yang sesuai bagi menjalankan aktiviti kefungsiian ambulasi.
- Contohnya melatih pesakit dan penjaga menggunakan walking frame, quadripod/ tripod dan lain-lain.

**1.10. Penggunaan kerusi roda (Wheelchair)**

- Tidak Berdikari dalam ambulasi kerusi roda.
- Pesakit boleh menggerakkan diri jarak yang dekat di atas permukaan rata, tetapi bantuan diperlukan untuk semua langkah-langkah pengurusan kerusi roda.
- Kehadiran seseorang perlu bagi membantu pesakit dan bantuan berterusan diperlukan untuk memanipulasi kerusi ke meja.
- Pesakit boleh menggerakkan diri untuk tempoh yang munasabah dengan permukaan yang dilalui. Bantuan minimum mungkin masih diperlukan dalam sudut yang sempit atau untuk melalui kerb dengan ketinggian 100 mm.

**Intervensi :**

- Memilih dan melatih pesakit dan penjaga untuk menggunakan alat bantuan yang sesuai bagi menjalankan aktiviti kefungsiian ambulasi .



## 2. Aktiviti Kehidupan Harian Instrumental (IADL – Instrumental Activities Of Daily Living)

Merupakan aktiviti seharian yang lebih kompleks dan memerlukan skil yang lebih tinggi yang melibatkan penglibatan interaksi secara fizikal dan persekitaran sosial. Di antaranya:

- Aktiviti domestik seperti penyediaan makanan, membasuh dan menggosok pakaian dll.
- Pengurusan rumah seperti mengemas dan membersihkan rumah dll.
- Penggunaan kenderaan untuk mobiliti dalam komuniti samada menggunakan kenderaan sendiri atau kenderaan awam.
- Pengurusan wang seperti membeli-belah, membayar bil, urusan bank dll.
- Pengambilan ubat-ubatan
- Aktiviti komunikasi seperti penggunaan telefon, komputer surat-menyurat dll.
- Penilaian – rujuk borang Aktiviti Seharian Instrumental (Instrumental Activity of Daily Living - IADL) – Rujuk Lampiran XXIV.

## 3. Aktiviti Riadah

Aktiviti riadah adalah penting untuk memberi motivasi dan mengisi masa lapang secara berkualiti. Terdapat dua komponen utama iaitu:

- Explorasi Aktiviti Riadah - untuk mengenalpasti minat, kemahiran dan memberi pilihan terhadap aktiviti riadah yang bersesuaian.
- Penglibatan dalam aktiviti riadah - bagi merancang dan mengambil bahagian dalam aktiviti riadah yang bersesuaian. Selain itu pesakit perlu menyeimbangkan antara aktiviti riadah, aktiviti kehidupan seharian serta pekerjaan dengan menggunakan peralatan dan sumber yang sedia ada.

## 4. Aktiviti Kefungsian Fizikal, Persepsi Dan Kognitif/ Memori

### 4.1. Kefungsian Fizikal

Senaman ringkas tangan yang dilakukan dengan sendiri oleh pesakit strok menggunakan tangan tidak terlibat untuk mendapatkan tonus otot yang normal dan menghalang komplikasi seperti 'contracture'.

Mulakan aktiviti dengan menggerakkan sendi anggota atas yang besar/ hampir dengan badan. Semua pergerakan mestilah dilakukan secara:

- Bersama-sama
- Perlahan-lahan
- Berulang-ulang.

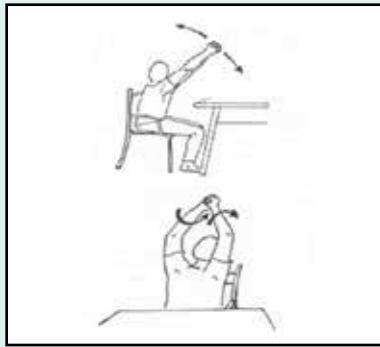
Pastikan pesakit menjalankan aktiviti tanpa tanda-tanda kesakitan atau penat. Jika ada tanda-tanda sakit yang keterlaluan sila berhentikan aktiviti tersebut dan rujuk kepada Pegawai Perubatan ataupun Pegawai Pemulihan/Jurupulih Perubatan Carakerja.



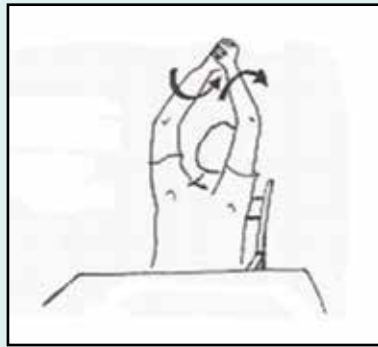
Aktiviti kefungsiian digalakkan setiap masa selepas menjalankan senaman berikut :

### ‘Self Help Arm Raise’

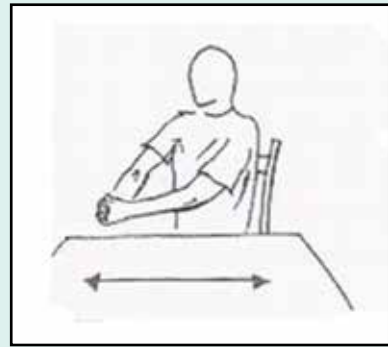
Anggota yang kuat membantu anggota yang lemah untuk mendapatkan pergerakan bahu. Ini latihan persediaan untuk aktiviti kefungsiian seperti memakai baju, menyikat rambut dan mencuci muka.



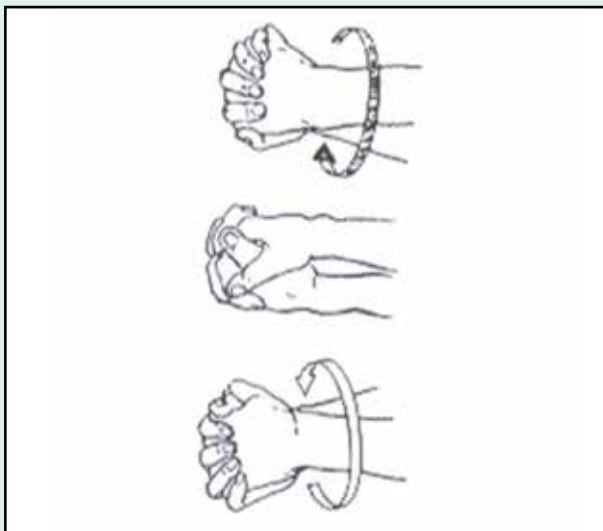
Atas ke bawah



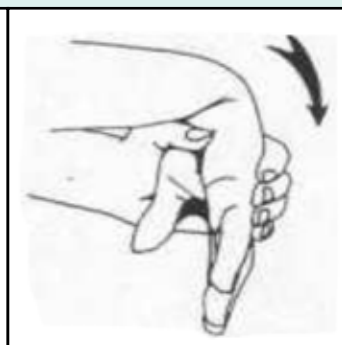
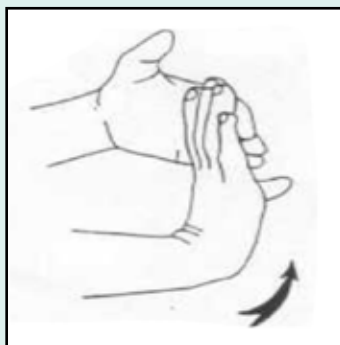
Ke dalam keluar



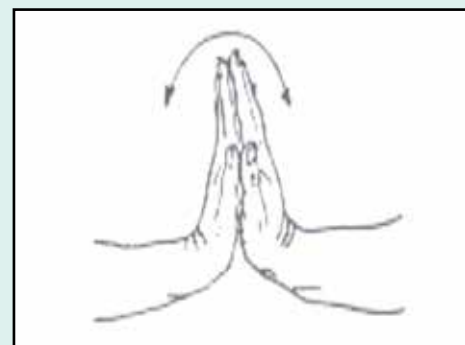
Ke sisi



- Rapatkan siku ke badan, genggam tangan lemah dengan tangan yang kuat (pastikan ibu jari tangan lemah berada paling atas)
- Pusingkan seperti dalam gambarajah
- Latihan ini adalah persediaan bagi aktiviti kefungsiian manipulasi tangan dan dexterity
- Contohnya seperti memegang sudu, menggosok gigi, memakai butang baju dan lain-lain.

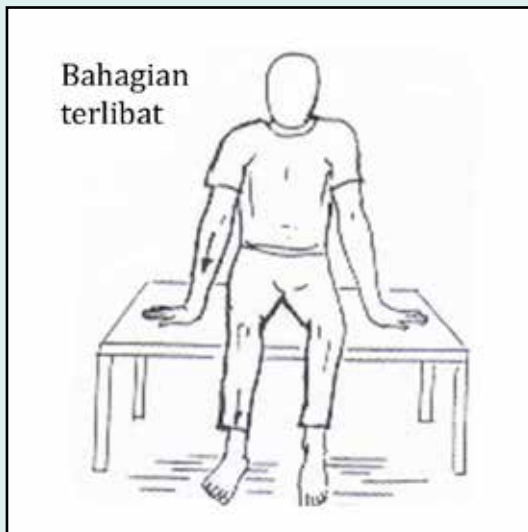


Regang pergelangan tangan yang lemah ke atas dan kebawah menggunakan tangan yang kuat

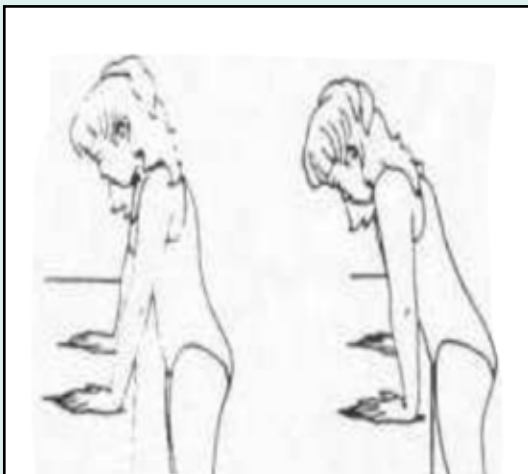


Rapatkan kedua-dua tapak tangan tolak kekiri kekanan untuk mendapatkan pergerakan pergelangan tangan

Tekanan diberi pada sendi-sendi tertentu pada anggota atas dengan menggunakan berat badan pesakit strok sendiri untuk mendapatkan tonus otot yang normal



- Sambil berdiri letakkan tangan di atas meja dihadapan dengan siku dalam keadaan lurus.
- Alihkan berat badan dari depan ke belakang secara berulang-ulang. Jika siku tidak stabil, sokong dengan tangan yang tidak terlibat
- Latihan ini persediaan untuk aktiviti berdiri semasa menjalankan aktiviti kehidupan seharian mandi dan lain-lain.



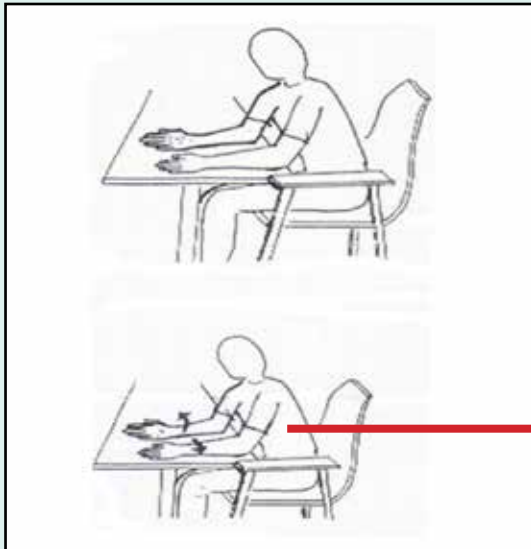
- Sambil duduk luruskan siku Alihkan berat badan dari kiri ke kanan berulang-ulang. Jika siku tidak stabil, sokong dengan tangan yang tidak terlibat
- Latihan ini persediaan untuk aktiviti duduk semasa menjalankan aktiviti kehidupan seharian seperti duduk ketika makan dan lain-lain

## 4.2. Senaman Aktif

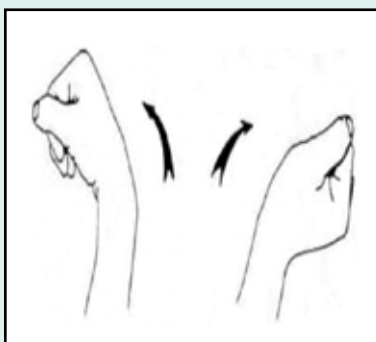
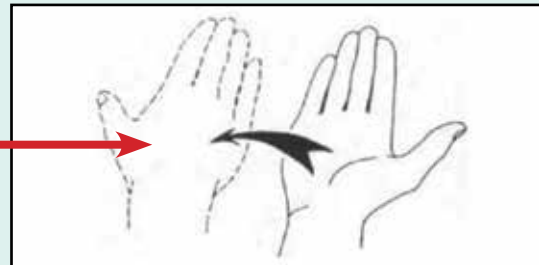
Apabila tonus otot bahagian terlibat pesakit strok semakin pulih dan mula menunjukkan pergerakan senaman aktif boleh dimulakan. Latihan ini adalah persediaan untuk aktiviti berdiri semasa menjalankan aktiviti kehidupan seharian seperti memakai/ membuka baju dan lain-lain



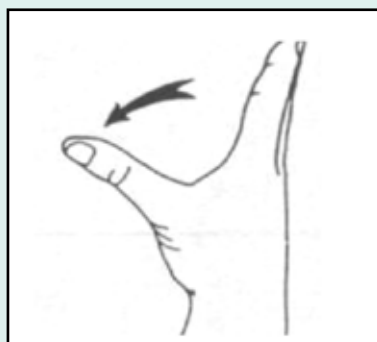
Angkat kedua-dua belah tangan setinggi yang boleh kemudian sentuh semula bahu



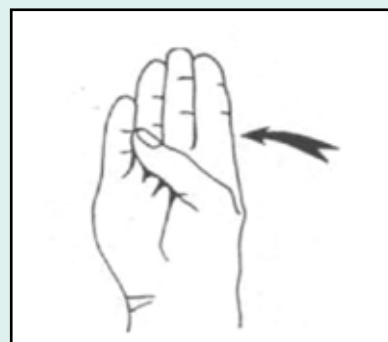
Sambil duduk, letakkan tangan di atas meja dihadapan dengan siku dalam keadaan lurus. Telangup dan terlentangkan kedua-dua belah tangan.



Sambil menggenggam tangan, gerakkan pergelangan tangan:  
-atas / bawah  
-kiri / kanan

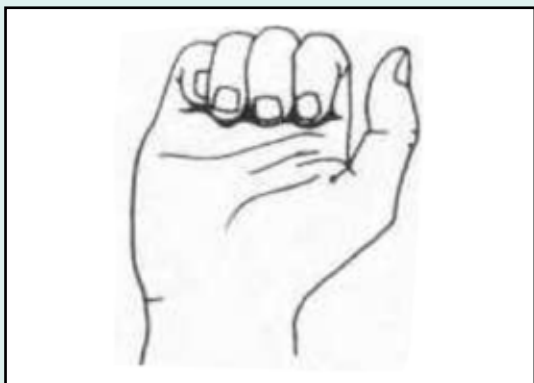


Gerakkan ibu jari rapat ke jari telunjuk dan buka semula



Sentuh ibu jari ke jari keliling seperti dalam gambar dan buka semula.





Bengkok je jari seperti dalam gambar, tahan untuk lima saat, luruskan semula je jari.

#### 4.3. Aktiviti berintangan ('Resisted Activity')

Senaman berintangan dijalankan dengan memberi halangan atau menggunakan tangan yang kuat untuk memberi rintangan kepada tangan yang lemah untuk menguatkan otot. Latihan ini adalah persediaan untuk menjalankan aktiviti kehidupan seharian, pekerjaan dan riadah terutama yang melibatkan manipulasi serta koordinasi motor halus.



Letakkan tapak tangan di atas sekeping kertas dan remukkan kertas



Bengkok satu jari sambil menahan jari-jari lain dalam keadaan lurus. Lakukan untuk jari-jari lain (untuk jari keliling benarkan jari manis untuk ikut sama)

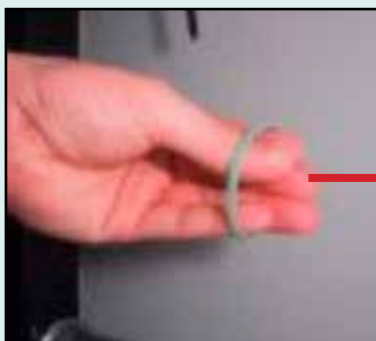
#### 4.4. Aktiviti meningkatkan kekuatan tangan

Penggunaan peralatan mengikut tahap keupayaan pesakit untuk meningkatkan kekuatan otot tangan dan seterusnya meningkatkan kefungsi tangan.

### AKTIVITI PEMINDAHAN PESAKIT STROK MEMBANTU DALAM AKTIVITI DALAM KOMUNITI



### PENGGUNAAN GETAH ATAU JARING



### PENGGUNAAN HAND HELPER, HAND EXERCISER ATAU DIGIFLEX



#### 4.5. Aktiviti Persepsi, kognitif dan memori

Tujuan : Meningkatkan fungsi atau mengurangkan kemerosotan kognitif.

Penilaian – rujuk borang penilaian Mini Mental State Examination (MMSE). Rujuk Lampiran XXV.

Intervensi – melatih kefungsi kognitif: Rujuk Lampiran XXVI.

- Kemerosotan memori
- Intelek
- Agnosia- masalah dalam persepsi sensori

ISU	AKTIVITI REHABILITASI
a) Kemerosotan memori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permainan seperti dam, congkak, mahjong dan muzik lama dapat mengembalikan ingatan lama.</li> <li>• Tunjukkan gambar lama dan galakkan klien mengenalpasti saudara-mara, tempat dan peristiwa di dalam gambar itu.</li> </ul>
b) Intelek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adakan kalendar dan galakkan klien mengoyak / tanda kalender itu setiap hari.</li> <li>• Adakan jam bernombor yang jelas, diletakkan pada aras mata untuk orientasi masa.</li> </ul>
c) Agnosia- masalah dalam persepsi sensori	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan kad bergambar untuk memudahkan komunikasi.</li> <li>• Latihan untuk ransangan deria.</li> <li>• Contohnya :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sentuhan : Sediakan bahan-bahan dengan tekstur, bentuk, suhu yang berlainan.</li> <li>o Bau : Kenalpasti bau-bauan dari kopi, lada, wangian</li> <li>o Bunyi : Bunyi-bunyian seperti kicauan burung, suara saudara-mara</li> <li>o Visual : art therapy seperti lukisan, membuat ukiran</li> <li>o Jika ada masalah fizikal, perlu adakan alat bantuan pendengaran dan penglihatan.</li> </ul> </li> </ul>

### 5. Penilaian Persekitaran Rumah, Cadangan Pengubahsuaian Yang Sesuai Dan Pencegahan Jatuh

#### 5.1 Penilaian dan cadangan pengubahsuaian yang dijalankan adalah untuk:

- Mengenal pasti halangan persekitaran yang terdapat di rumah
- Memudahkan pesakit untuk bergerak dengan sendiri di rumah supaya dapat berdikari dalam menjalankan aktiviti kehidupan harian dengan selamat
- Menilai tahap kefungsi pesakit dengan persekitaran di rumah dan masalah yang menghalang pesakit berdikari.
- Memudahkan penjaga untuk memberi bantuan kepada pesakit yang terlantar.
- Mengelakkan risiko jatuh di rumah.
- Memberi cadangan pengubahsuaian untuk memastikan laluan pergerakan pesakit tiada halangan seperti di ruang tamu, bilik air, dapur dan bilik tidur. Contohnya: Tiada wayar atau bendul (curb yang menghalang laluan ke bilik air.
- Memastikan struktur susunan perabot dan peralatan adalah teratur dan mudah dicapai.

- Mengasingkan perabot yang rosak/tidak stabil untuk mengelakkan risiko jatuh.
- Cadangan pengubahsuaian dengan menggunakan alat bantuan dan adaptasi seperti penggunaan non-slip mat dan grab bar di tandas.
- Memastikan tahap pencahayaan mencukupi untuk menjalankan aktiviti seharian dengan selamat

## 5.2. Alat Bantuan Dan Adaptasi Peralatan

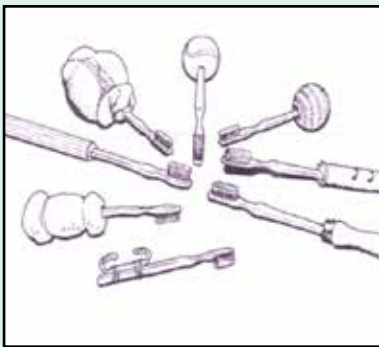
Penggunaan alat bantuan dan adaptasi peralatan adalah untuk melatih pesakit menggunakan anggota sebelah yang normal (one handed technique) :

- Membantu dan memudahkan pesakit untuk melaksanakan aktiviti kehidupan harian, pekerjaan dan aktiviti riadah.
- Mengurangkan limitasi atau kemerosotan pada anggota yang terlibat.
- Meningkatkan keupayaan pesakit untuk melaksanakan aktiviti harian dengan sempurna kearah hidup berdikari.

### Intervensi:

- Cadangan alat bantuan mengikut keperluan pesakit seperti walking frame, button hook, sock aid dan lain-lain.
- Cadangan adaptasi peralatan mengikut keperluan pesakit seperti Long handle equipment, velcro button, Palmar pocket dan lain-lain.
- Splint – contohnya resting hand splint, antispacity splint dan ankle foot Orthoses (AFO).

#### ADAPTASI PERALATAN



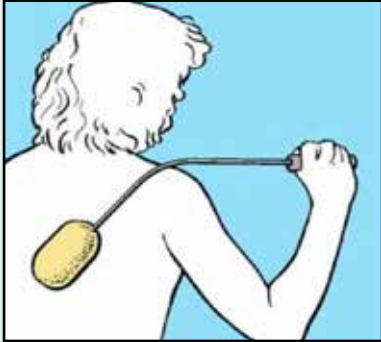
Pemegang berus gigi yang diubahsuai



Buttoning hook



Angled comb

**MELATIH PESAKIT MENGGUNAKAN ANGGOTA SEBELAH YANG NORMAL (ONE HANDED TECHNIQUE)**

Menggunakan peralatan long handle.



Memakai baju menggunakan Button hook



Pemotong kuku



## **BAB 6**

# **Perkhidmatan Terapi Komunikasi**

## | PENDAHULUAN

Komunikasi adalah proses perpindahan maklumat dari seorang individu kepada individu atau sekumpulan individu yang lain. Ia merupakan proses interaksi bererti yang dapat menghasilkan pemahaman di antara penutur dan penerima. Mesej diterima dan dihantar apabila kita berinteraksi dengan orang lain dan di sinilah komunikasi berlaku setiap hari. Mesej-mesej boleh diterima dalam pelbagai bentuk iaitu melalui:

- komunikasi lisan contoh : pertuturan yang kita dengar;
- komunikasi bukan lisan contoh.: gerak badan, lukisan, tulisan, isyarat dan simbol serta lain-lain.

Masalah komunikasi berlaku apabila individu sukar untuk menghantar, menerima, memproses dan memahami mesej secara lisan, bukan lisan atau bergambar. Ia boleh berlaku ketidakberkesanan ketika menerima mesej dan/atau memahami, dan/atau menyampaikan mesej. Berikut merupakan jenis-jenis masalah komunikasi dalam kalangan pesakit strok :

### a) Afasia

Masalah bahasa yang menyebabkan kesukaran untuk memahami dan menghasilkan pertuturan. Dua aspek penting dalam bahasa iaitu:

Pemahaman Bahasa	Bahasa yang diterima perlulah diterjemah, difahami dan disimpan. Komunikasi akan mengambil alih setelah mesej diingati.
Penghasilan Bahasa	Bahasa boleh dihasilkan dan disampaikan dalam pelbagai bentuk. Contohnya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• komunikasi lisan contoh. pertuturan</li> <li>• komunikasi bukan lisan contoh. gerak badan, gambar, tulisan, isyarat</li> </ul>

### b) Disartria

Masalah pertuturan yang disebabkan oleh kelemahan otot atau kegagalan otot berkoordinasi pada struktur (contoh pernafasan, suara, artikulasi) yang menghasilkan bunyi pertuturan. Keadaan ini menyebabkan kadar dan kejelasan pertuturan terganggu.

### c) Apraksia

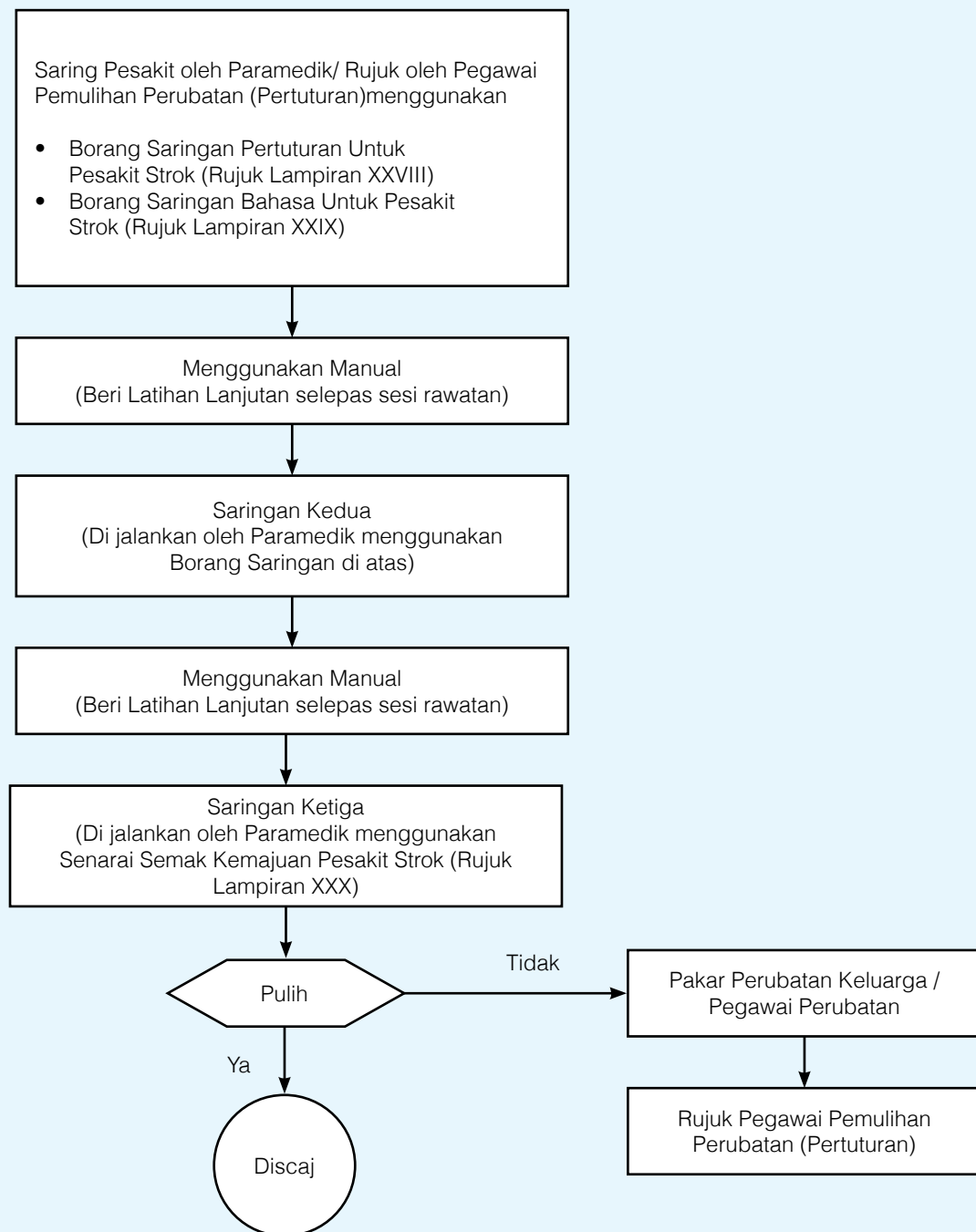
Masalah untuk mengatur dan mengawal mekanisma yang menghasilkan bunyi pertuturan menyebabkan pesakit gagal menyebut perkataan dengan tepat.



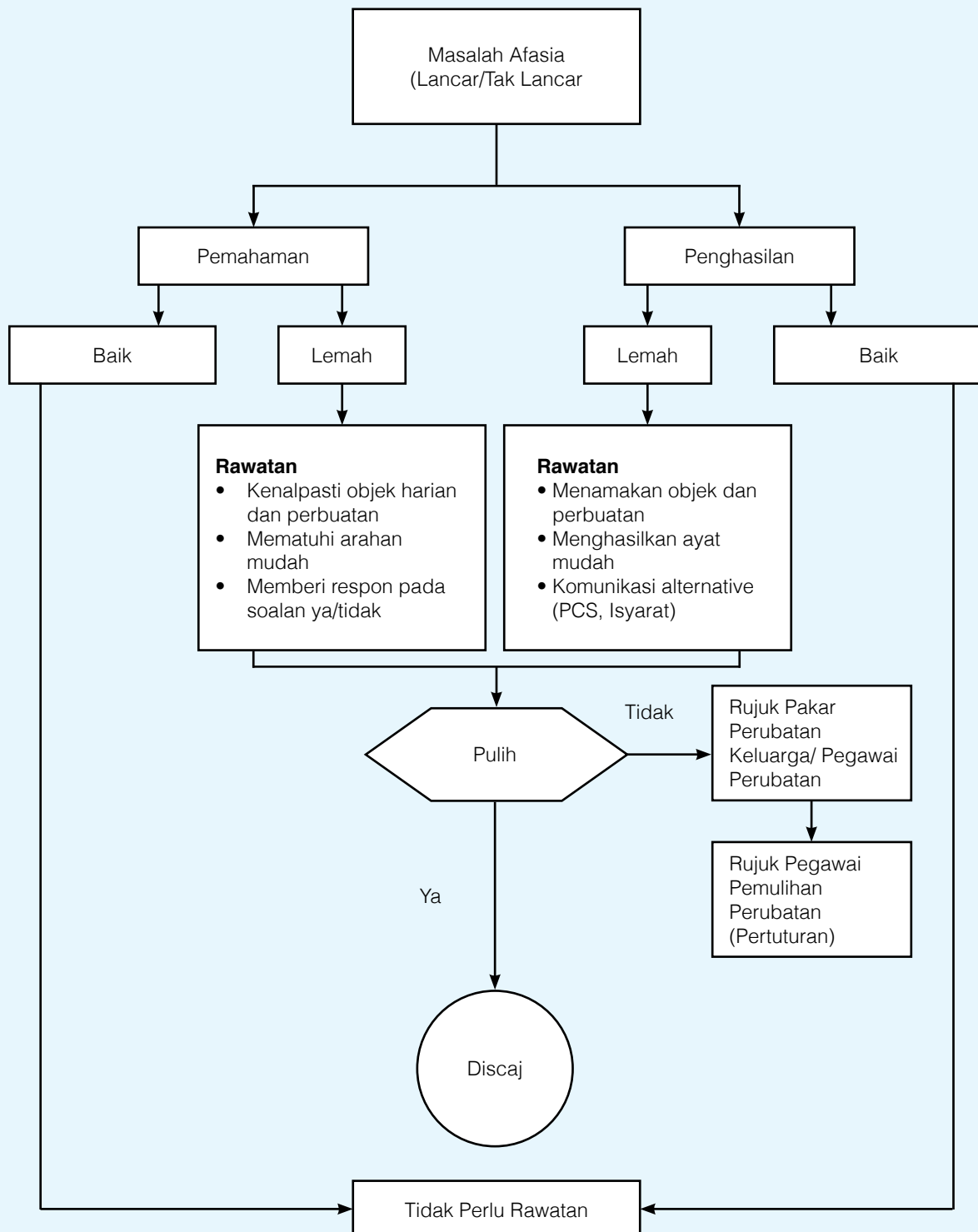
## OBJEKTIF

- Memberikan maklumat asas kepada Jururawat / Penolong Pegawai Perubatan (Paramedik) tentang cara-cara mengenalpasti pesakit strok yang mempunyai masalah komunikasi.
- Memberi panduan kepada Jururawat / Penolong Pegawai Perubatan (Paramedik) untuk pemulihan bahasa dan pertuturan pada peringkat awal.
- Mengenalpasti keadaan pesakit yang memerlukan rujukan semula kepada Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)

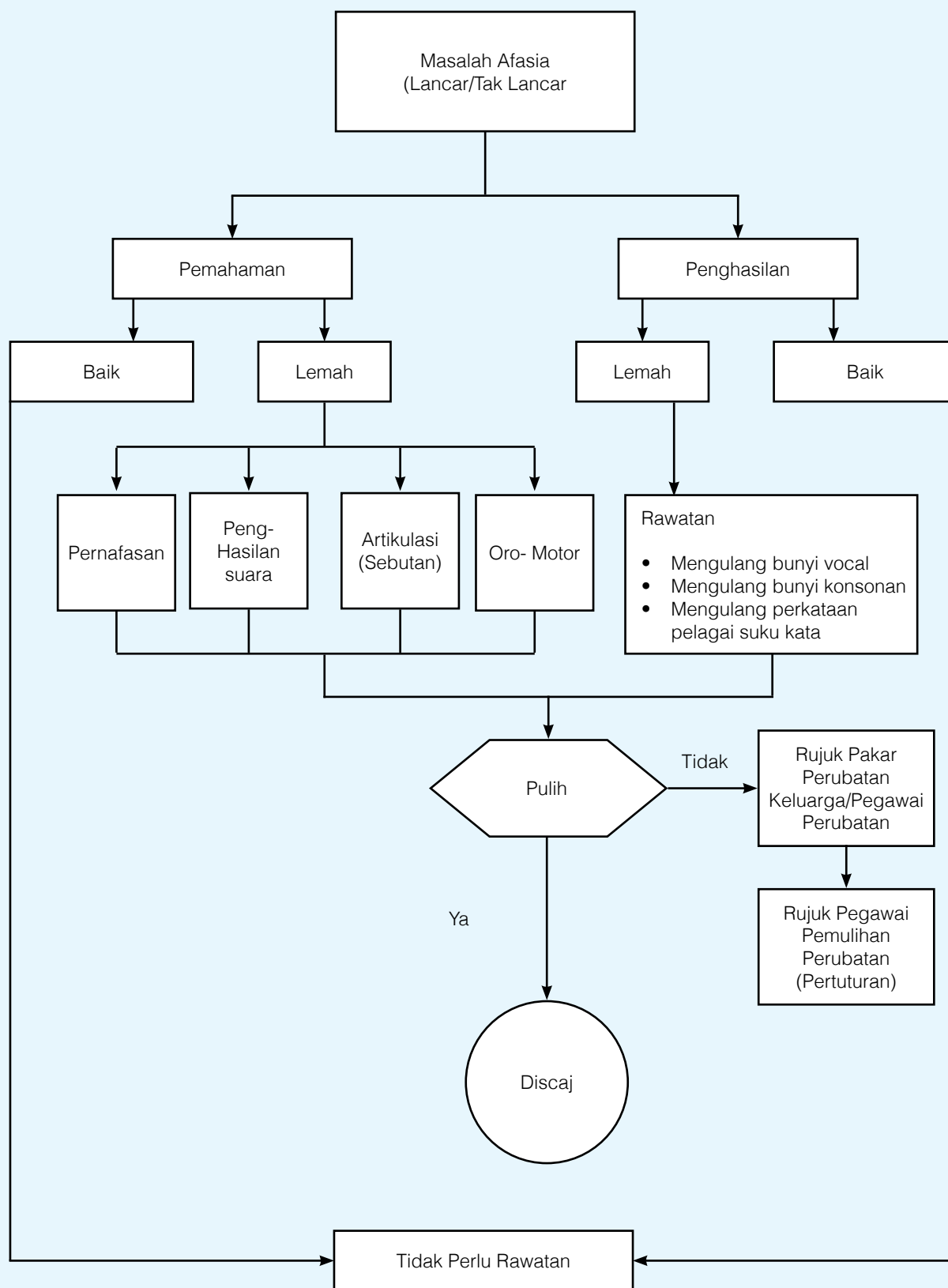
### ADAPTASI PERALATAN



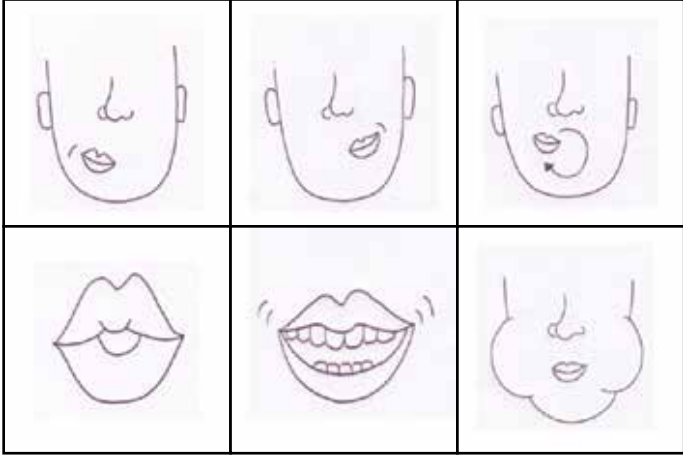
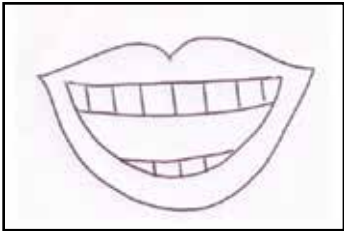
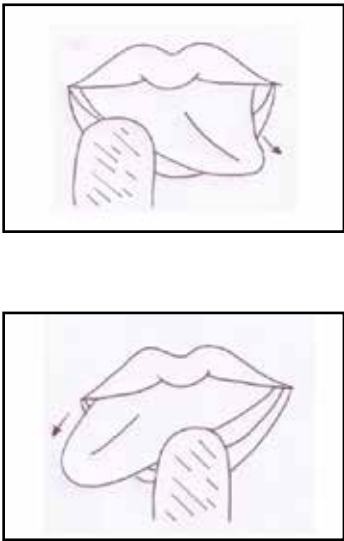
**CARTA ALIR**  
**RAWATAN MASALAH PERTUTURAN (AFASIA)**  
**DALAM KALANGAN PESAKIT STROK**


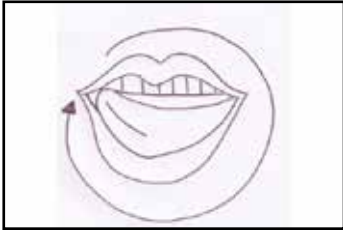
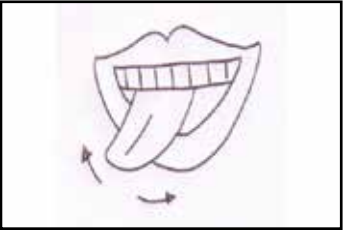
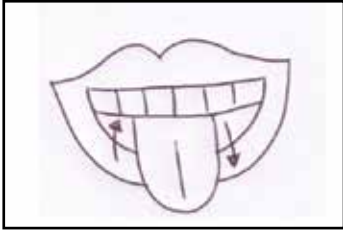

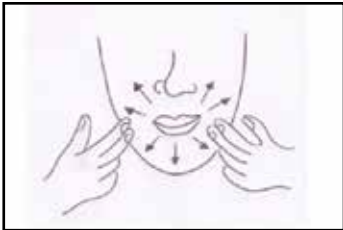

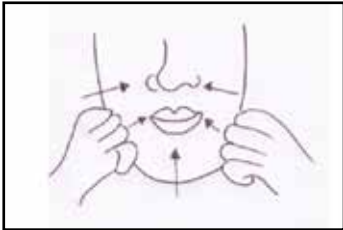



**CARTA ALIR**  
**RAWATAN MASALAH PERTUTURAN (DISATRIA & APRAKSIA)**  
**DALAM KALANGAN PESAKIT STROK**



**GARIS PANDUAN  
PROGRAM PEMULIHAN PERTUTURAN, BAHASA DAN PENELANAN**

Bil	Bahagian Oro Motor	Prosedur
1.1	<b>Bibir</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Rapatkan bibir dan gerakkan mulut ke kanan dan ke kiri</li> <li>b) Gerakkan bibir dalam bulatan sebanyak 5 kali</li> <li>c) Muncungkan bibir dan sebut "ooo" dan meleperkan bibir dan sebut "eeee"</li> <li>d) Rapatkan bibir, kembungkan pipi sebanyak 5 kali.</li> </ul>
1.2	<b>Gigi dan Mulut</b> 	<p>Selalu menjaga kebersihan (oral hygiene) gigi dan mulut dengan memberus gigi 3 kali setiap hari.</p>
1.3	<b>Lidah</b> 	<p><b>Lidah ke kiri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Letakkan tongue depressor di sepanjang bahagian kanan lidah.</li> <li>b) Pada masa yang sama, tolakkan lidah ke tongue depressor.</li> <li>c) Tahan selama 4-5 saat.</li> <li>d) Ulang sebanyak 3 kali.</li> </ul> <p><b>Lidah ke kanan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Letakkan tongue depressor di sepanjang bahagian kiri lidah.</li> <li>b) Pada masa yang sama, tolakkan lidah ke tongue depressor</li> <li>c) Tahan selama 4-5 saat</li> <li>d) Ulang sebanyak 3 kali.</li> </ul>

Bil	Bahagian Oro Motor	Prosedur
	    	<p><b>Menolak semula hujung lidah</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Letakkan tongue depressor di hujung lidah dan tolak tongue depressor ke hujung lidah.</li> <li>Pada masa yang sama, minta pesakit menolak tongue depressor dengan hujung lidah</li> <li>Tahan selama 4-5 saat.</li> <li>Ulang selama 3 kali.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gerakkan hujung lidah di sekeliling bibir dalam bulatan besar.</li> <li>Gerakkan hujung lidah dari kanan dan ke kiri sebanyak 5 kali</li> <li>Keluarkan (jelirkan) lidah dan tarik semula lidah ke dalam mulut sebanyak 5 kali.</li> <li>Angkat dan turunkan hujung lidah sebanyak 5 kali.</li> </ol>
1.4	<p><b>Pipi</b></p>    	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan hujung jari / berus gigi untuk mengurut pipi dengan tekanan sederhana sebanyak 5 kali</li> <li>Gunakan hujung jari / berus gigi untuk "tap" pipi dengan tekanan sederhana sebanyak 5 kali.</li> <li>Gunakan gengaman tangan (fist) untuk "flick" sebanyak 5 kali.</li> <li>Gunakan hujung jari untuk mengurut secara lembut dalam bentuk bulatan sebanyak 5 kali.</li> </ol>

## 2. Latihan Kemahiran Pemahaman Bahasa

### Meningkatkan Pemahaman Tentang Anggota Badan Dan Objek Harian

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
2.1	Membolehkan pesakit mengenalpasti objek harian.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikat</li> <li>• Cawan</li> <li>• Sudu</li> <li>• Baju</li> </ul>	a) Sediakan beberapa objek yang harian dan letak di hadapan pesakit b) Berikan arahan ringkas, contohnya “ Bagi saya _____ ” (objek) c) Jika pesakit gagal untuk memberikan respon yang betul, bantu pesakit untuk memilih objek tersebut d) Ulangi langkah di atas sehingga pesakit dapat mengenalpasti objek tersebut. e) Gunakan objek yang lain jika pesakit sudah memahami objek di atas.
2.2	Membolehkan pesakit mengenalpasti anggota badan	Anggota badan pesakit	a) Berikan arahan ringkas, contohnya “Tunjuk mata” kepada pesakit. b) Jika pesakit gagal untuk menunjukkan anggota yang betul, bantu pesakit untuk menunjuk kepada anggota badan itu. c) Ulangi langkah di atas sehingga pesakit dapat memahami anggota badan tersebut.

## 3. Mengenalpasti Ahli Keluarga Dan Orang Sekeliling

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
3.1	Membolehkan pesakit mengenalpasti ahli keluarga dan orang sekeliling	Gambar ahli keluarga  Gambar orang sekeliling	a) Sediakan beberapa keping gambar ahli keluarga atau gambar orang sekeliling b) Minta pesakit memberi respon dengan menunjuk atau gerakan mata kepada gambar c) Penguji akan bertanya “Tunjuk gambar anak” d) Jika pesakit tidak dapat menunjuk kepada gambar, beri bantuan dengan menunjuk kepada gambar dan minta pesakit meniru perlakuan tersebut e) Jika pesakit masih lagi gagal, pegang tangan pesakit dan bantu menunjuk gambar tersebut.

#### 4. Meningkatkan Pemahaman Soalan Ya / Tidak

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
4.1	Membolehkan pesakit memberi repon pada soalan Ya/ tidak	Tiada	<p>a) Sediakan beberapa soalan Ya/ tidak</p> <p>b) Contohnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Adakah kita minum pakai cawan”</li> <li>• “Adakah anda memakai baju merah?”</li> <li>• “Adakah lembu makan rumput”</li> </ul> <p>c) Penguji menanyakan soalan kepada pesakit dan tunggu respon daripada pesakit.</p> <p>d) Jika pesakit tidak memberi respon, beri jawapan dan minta pesakit meniru jawapan tersebut.</p> <p>e) Ulangi latihan soalan-soalan mudah ini sehingga pesakit dapat memberi respon dengan betul secara spontan.</p>

#### 5. Meningkatkan Pemahaman Arahan Mudah

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
5.1	Membolehkan pesakit mematuhi arahan mudah	Tiada	<p>a) Sediakan beberapa arahan mudah.</p> <p>b) Contohnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunjuk pintu</li> <li>• Angkat tangan</li> <li>• Pejam mata</li> <li>• Buka mulut</li> </ul> <p>c) Penguji memberi arahan dan minta pesakit mengikuti arahan tersebut</p> <p>d) Jika pesakit tidak boleh memahami arahan tadi, ulang arahan dan tunjukkan cara melakukan arahan itu.</p> <p>e) Jika pesakit masih lagi gagal, bantu pesakit melakukan arahan itu secara bantuan fizikal.</p>

## 6. Meningkatkan Pemahaman Perbuatan

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
6.1	Membolehkan pesakit memahami kata perbuatan	Gambar perbuatan seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makan</li> <li>• Minum</li> <li>• Tidur</li> <li>• Duduk</li> </ul>	a) Sediakan beberapa gambar perbuatan. b) Susun gambar di hadapan pesakit c) Berikan arahan seperti berikut: "Tunjukkan gambar orang makan" d) Jika pesakit tidak dapat menunjukkan gambar yang tepat, bantu pesakit untuk menunjukkan gambar yang tepat. e) Ulangi langkah di atas untuk gambar 1 lain.

## 7. Latihan Kemahiran Penghasilan Bahasa (Lisan)

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
7.1	Membolehkan pesakit menjawab soalan-soalan mudah secara lisan	Tiada	a) Sediakan beberapa soalan-soalan mudah b) Contoh soalan adalah seperti : Siapa nama awak? Awak nak makan apa? Hari ini hari apa? c) Penguji bertanya soalan dan memberi masa kepada pesakit untuk menjawab secara spontan. d) Jika pesakit tidak dapat menjawab soalan, penguji akan bertanya soalan itu sekali lagi dan menjawab bagi pihak pesakit. e) Pesakit diminta mengulang jawapan tadi. f) Lakukan latihan ini berulang-kali sehingga pesakit dapat menjawab soalan dengan spontan.



## 8. Menuturkan Pertuturan Automatik

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
8.1	Meningkatkan penghasilan pertuturan secara spontan	<p>Contoh Pertuturan automatik adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kira 1-20</li> <li>• Nama hari dalam seminggu,</li> <li>• Nama bulan dalam setahun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Minta pesakit untuk menuturkan pertuturan automatik dengan memberi arahan "Kira 1 hingga 20" atau "Sebut nama hari dalam seminggu"</li> <li>Tunggu tindak balas pesakit</li> <li>Jika pesakit tidak memberi sebarang tindak balas, penguji hendaklah menyebut pertuturan automatik dan minta pesakit meniru pertuturan tersebut</li> <li>Ulangi latihan ini sehingga pesakit dapat menuturkan pertuturan automatik secara spontan.</li> </ol>

## 9. Penamaan Objek

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
9.1	Membolehkan pesakit menamakan objek untuk membantu pesakit menyatakan hasrat	<p>Gambar / objek mudah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baju</li> <li>• Nasi</li> <li>• Air</li> <li>• Kasut</li> <li>• Ubat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan beberapa objek atau gambar objek</li> <li>Minta pesakit namakan objek yang ditunjukkan satu demi satu.</li> <li>Jika pesakit gagal menamakan gambar, bantu pesakit dengan memberikan bantuan sukukata depan bagi perkataan. Contohnya, target perkataan "baju", sebut "ba".</li> <li>Jika pesakit masih gagal untuk menamakan gambar, minta pesakit meniru target perkataan, contohnya "baju"</li> <li>Jika pesakit masih gagal untuk meniru gambar, tunjukkan kedudukan bibir dan lidah untuk membantunya meniru.</li> <li>Ulangi langkah di atas dengan gambar objek yang lain.</li> </ol>

## 10. Meningkatkan Kepanjangkan Ayat

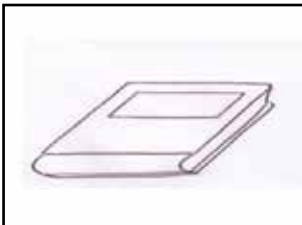
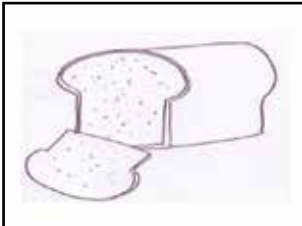
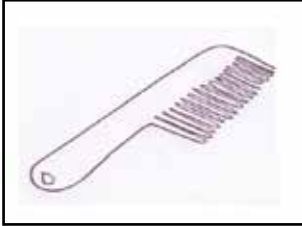


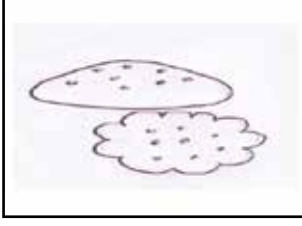
Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
10.1	Membolehkan pesakit menuturkan ayat dua hingga tiga patah perkataan secara spontan	Gambar perbuatan seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makan</li> <li>• Minum</li> <li>• Tidur</li> <li>• Duduk</li> </ul>	a) Sediakan beberapa keping gambar perbuatan b) Beri contoh target ayat yang dikehendaki; contohnya "Lelaki ini makan." c) Minta pesakit membuat ayat yang mengandungi dua hingga tiga patah perkataan yang bersesuaian dengan gambar yang ditunjukkan. d) Jika pesakit hanya dapat menuturkan satu patah perkataan, bantu pesakit untuk menuturkan dua patah perkataan dengan memberi contoh ayat. e) Jika pesakit hanya dapat menuturkan dua patah perkataan, bantu pesakit untuk menuturkan tiga patah perkataan dengan memberi contoh ayat.

## 11. Kemahiran Penghasilan Bahasa (Bukan Lisan)

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
10.1	Membolehkan pesakit menuturkan ayat dua hingga tiga patah perkataan secara spontan	Gambar perbuatan seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makan</li> <li>• Minum</li> <li>• Tidur</li> <li>• Duduk</li> </ul>	a) Sediakan beberapa keping gambar perbuatan b) Beri contoh target ayat yang dikehendaki; contohnya "Lelaki ini makan." c) Minta pesakit membuat ayat yang mengandungi dua hingga tiga patah perkataan yang bersesuaian dengan gambar yang ditunjukkan. d) Jika pesakit hanya dapat menuturkan satu patah perkataan, bantu pesakit untuk menuturkan dua patah perkataan dengan memberi contoh ayat. e) Jika pesakit hanya dapat menuturkan dua patah perkataan, bantu pesakit untuk menuturkan tiga patah perkataan dengan memberi contoh ayat.

(Jika pesakit tidak mampu untuk melakukan isyarat tangan dengan lebih jelas, sila rujuk ke Sistem Komunikasi Bergambar @ Picture Communication Symbol).

## 12. Simbol Komunikasi Bergambar (Picture Communication Symbols @ PCS)

Bil	Matlamat	Peralatan	Prosedur
12.1	Pesakit dapat menyatakan kehendak dan perasaan menggunakan PCS	<p>Objek dan gambar</p>      	<p>a) Dapatkan beberapa makanan dan objek yang dikenali oleh pesakit seperti roti dan sikat.</p> <p>b) Sediakan gambar-gambar yang berpadanan dengan objek tadi dan letakkan di petak di hadapan pesakit (Rujuk gambar di sebelah)</p> <p>c) Objek-objek sebenar seperti sikat dan roti berada di pihak penguji manakala gambar - gambar yang mewakili objek sebenar berada di pihak pesakit.</p> <p>d) Jika pesakit inginkan roti yang berada di pihak penguji, minta pesakit menunjuk kepada gambar roti yang berada di hadapannya dan kemudian penguji menyerahkan roti kepada pesakit.</p> <p>e) Jika pesakit tidak dapat menunjuk kepada gambar, beri bantuan secara fizikal kepada pesakit.</p> <p>f) Ulangi latihan di atas berulang-ulang sehingga pesakit dapat menunjukkan kepada gambar yang diinginkan secara spontan.</p> <p>g) Tambahkan dan tukarkan gambar-gambar lain yang bersesuaian dengan pesakit.</p>



## **BAB 7**

# **Perkhidmatan Kesihatan Psikiologi**

## | PENDAHULUAN

Kaunseling dalam rehabilitasi strok amat penting dalam membantu pesakit untuk meneruskan kehidupan yang lebih baik. Serangan strok biasanya memberikan kesan yang besar kepada diri dan ahli keluarga mereka.

Perubahan fizikal, psikologi, emosi dan sosial pesakit strok akan memerlukan penyesuaian diri yang besar dalam hidup seseorang. Perubahan emosi, personaliti, ketidakupayaan kognitif pesakit strok harus dititikberatkan oleh penjaga dan anggota kesihatan. Pesakit strok akan mengalami simptom seperti kemurungan, kekecewaan dan sebagainya.

Sebagai anggota kesihatan, kita berperanan untuk mengenalpasti masalah dan keperluan pesakit strok ini dengan mempunyai sifat-sifat empati, ikhlas dan mampu berkomunikasi dengan bijak.

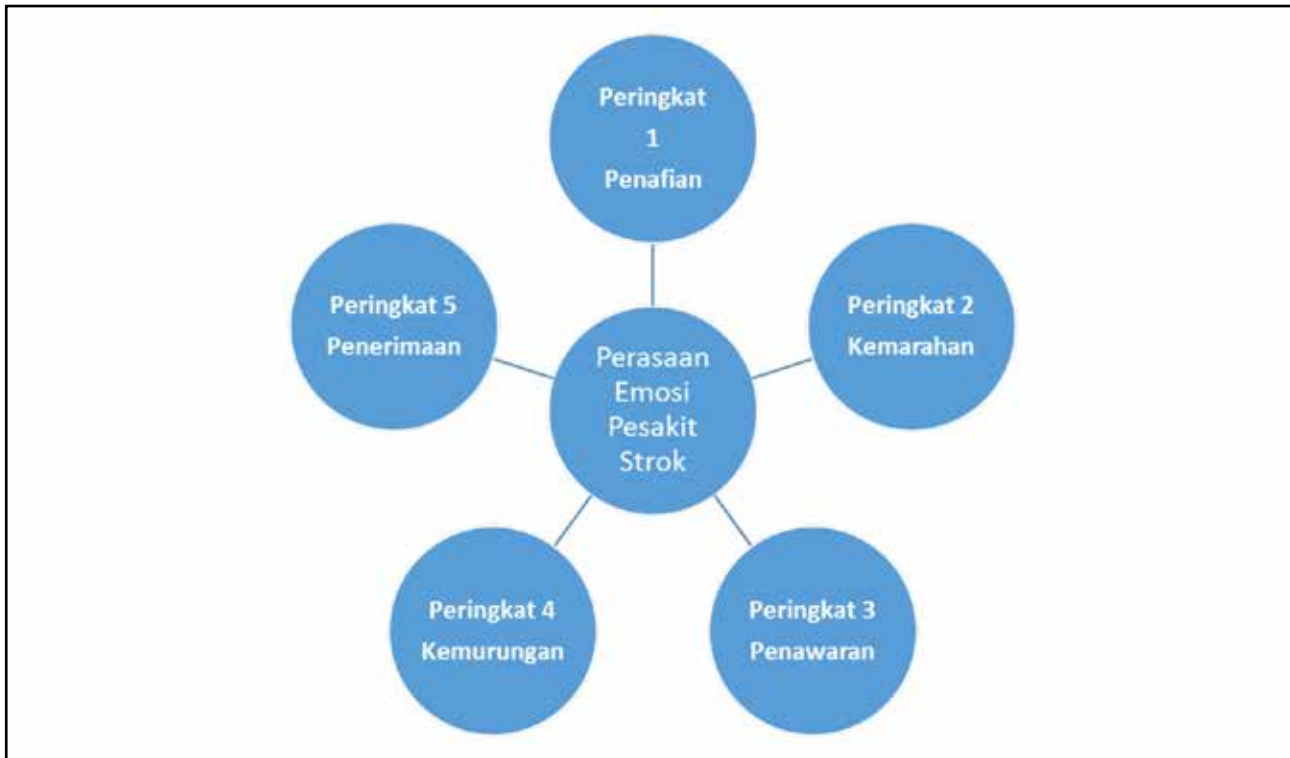
Modul ini harus dikendalikan oleh seorang Kaunselor Berdaftar, Pegawai Psikologi bertauliah atau anggota kesihatan yang dilatih khas.

## | OBJEKTIF

- Membantu anggota kesihatan memberi perkhidmatan menolong yang efektif berdasarkan keperluan pesakit menggunakan sumber-sumber yang ada
- Memaksimumkan fungsi psikologikal dan fungsi sosial untuk membolehkan pesakit hidup dengan lebih produktif dan berkeyakinan
- Membantu dan memberikan galakan kepada pesakit strok untuk menyesuaikan diri dalam hidup bermasyarakat

## | ISU EMOSI DAN KESAN PSIKOLOGIKAL TERHADAP PESAKIT STROK

- Pada kebiasaannya pesakit strok akan mengalami masalah daripada aspek kognitif seperti kurang daya penumpuan, lemah daya ingatan, kurang keupayaan membuat keputusan, kurang daya pemahaman serta hilang kemampuan merancang dan belajar.
- Pesakit strok selalunya berasa cepat letih, ketidaktentuan emosi, dan mengalami kesukaran menghadapi ahli keluarga, serta orang disekelilingnya.
- Elisabeth Kubler-Ross telah mengutarakan 5 peringkat dalam grief. Terdapat 5 peringkat emosi yang dilalui oleh pesakit strok.



(Setiap individu akan melalui fasa ini secara berbeza-beza dan tidak semestinya mengikut turutan)

## | FASA-FASA PENJAGAN

### 1. Penafian (Denial)

Pesakit strok mengalami rasa terkejut, sukar menerima kenyataan dan menidakkan apa yang berlaku ke atas dirinya. Ini mungkin merupakan reaksi pertama ketika seseorang mengalami strok. Pesakit strok akan mengalami “uncertainty” iaitu tidak tahu apa yang telah berlaku terhadap dirinya dan apa yang akan berlaku. Pada peringkat ini, Sesetengah ahli keluarga pesakit juga mungkin tidak menerima realiti dan masih beranggapan perkara ini tidak seharusnya terjadi terhadap mereka. Mereka tidak percaya insiden ini telah berlaku.

#### **Kenal Pasti Tahap Penafian (Denial)**

- Memberikan kesempatan kepada pesakit untuk meluahkan perasaan.
- Menunjukkan sikap menerima dengan ikhlas dan mendorong pesakit untuk berkongsi perasaan.
- Memberi jawapan yang jujur terhadap pertanyaan pesakit tentang penyakitnya.

## 2. Kemarahan (Anger) – akibat terkejut, perasaan marah akan wujud.

Pesakit akan meluahkan kemarahan seperti “Saya tidak percaya semua ini telah terjadi terhadap saya, ia adalah tidak adil”.

### Kenal Pasti Tahap Kemarahan (Anger)

- Mengizinkan dan mendorong pesakit meluahkan perasaan marah secara verbal, tanpa melakukan provokasi terhadap kemarahan.
- Harus dijelaskan bahawa kemarahan yang dilakukan sebenarnya tidak ditujukan kepada mereka.
- Membiarkan pesakit menangis dan mendorong pesakit membincangkan kemarahannya.
- Ahli keluarga boleh membantu pesakit dengan:
  - o Mendengar luahan dengan penuh perhatian / Mendengar dengan aktif
  - o Mendorong pesakit untuk membicarakan rasa takut atau rasa bersalahnya
  - o Bila pesakit selalu menyatakan “kalau” atau “seandainya ....” beritahu pesakit bahawa anggota kesihatan hanya dapat membantu memberikan perkhidmatan mengikut kepakaran berdasarkan prosedur yang ditetapkan.
  - o Meneroka dan menjelaskan punca rasa bersalah dan rasa takutnya.

## 3. Penawaran (Bargaining)

Pada fasa penawaran pesakit strok akan mula tawar menawar dengan diri sendiri, tuhan atau dengan persekitaran iaitu pesakit strok berharap yang dia akan sembuh. Contohnya pesakit mengharapkan berlaku keajaiban dengan menyatakan “ Oh! Tuhan, jika saya boleh gunakan tangan semula, saya akan melakukan pekerjaan yang baik untuk seumur hidup saya.”.

## 4. Kemurungan (Depression)

Pesakit akan mengalami perasaan kecewa, marah, dan murung ekoran daripada ketidakupayaan untuk menjadi seperti orang lain. Mereka tidak dapat menerima perubahan terhadap diri sendiri serta rasa bersalah disebabkan ketidakupayaan tersebut.

### Kenal Pasti Tahap Kemurungan (Depression)

- Membantu pesakit mengenalpasti rasa bersalah dan takut dengan cara mengamati perilaku pesakit dan meneroka perasaan mereka
- Membantu pesakit mengelakkan sebarang tindakan mencederakan diri
- Menghargai perasaan pesakit
- Mendengar dengan empati serta mengenalpasti fikiran negatif
- Membantu pesakit mendapat celik akal dan berfikiran positif
- Menilai tahap simptom kemurungan, kebimbangan dan stres menggunakan borang saringan PHQ 9 (Rujuk Lampiran XXXI)



## 5. Penerimaan/ acceptance

Pesakit stroke akan berada pada fasa ini apabila mereka berada dalam keadaan pemikiran yang rasional dan menerima apa yang telah terjadi terhadap diri sendiri. Pada fasa ini proses pemulihan dapat dijalankan dengan baik dan motivasi pesakit akan meningkat.

### Kenal Pasti Tahap Penerimaan (Acceptance)

- Membantu pesakit menerima kehilangan yang tidak dapat dielakkan :
- Membantu keluarga menziarahi pesakit secara teratur
- Memberikan maklumat mengenai pesakit kepada ahli keluarga

Berikut adalah simptom-simptom yang biasa dialami oleh pesakit Strok:

### 5.1. Kemurungan

- Segelintir pesakit strok akan mengalami kemurungan
- Kemurungan merupakan reaksi yang biasa setelah pesakit mengalami strok.
- Perubahan emosi terjadi adalah disebabkan oleh perubahan cara hidup akibat strok
- Berikut adalah tanda-tanda kemurungan:

#### 5.1.1 Tanda-tanda kemurungan termasuk :



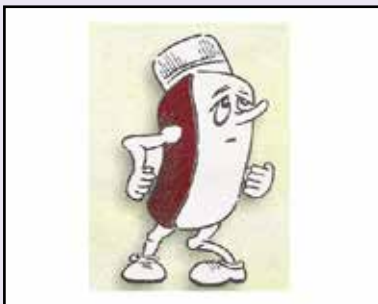
Rasa sedih, bimbang, mudah marah, gelisah, rasa bersalah, rasa diri tidak berharga



Perubahan tabiat tidur (Sukar untuk tidur, gangguan tidur atau tidur berlebihan)



Perubahan tabiat Pemakanan; (Tambah atau kurang selera makan atau dapat dilihat dengan penambahan dan penurunan berat badan)



Hilang minat terhadap aktiviti yang digemari



Tingkah laku yang gelisah dan lembap



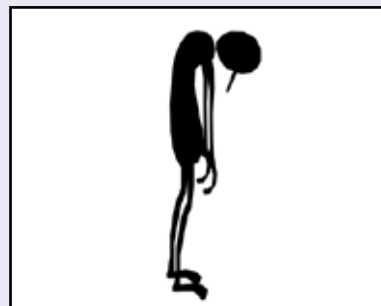
Sakit kepala yang berterusan, masalah penghadaman (contoh: sakit perut, rasa loya, sembelit atau cirit-birit),



Kesukaran menumpukan perhatian, mengingat atau membuat keputusan



Berasa letih dan kekurangan tenaga



Mempunyai Idea untuk membunuh diri atau mati  
– jika ia berlaku, dapatkan pertolongan profesional dengan segera

### 5.1.2. Rawatan

Jikalau anda memiliki dua atau lebih simptom seperti di atas untuk selama lebih daripada dua minggu, Sila hubungi doktor anda. Kemurungan boleh dicegah melalui pengesanan awal dengan mendapatkan khidmat daripada ahli profesional yang terlatih seperti Kaunselor, Pegawai Psikologi, Psikiatris, pengambilan ubat-ubat anti-depresi, ataupun kedua-duanya.

#### a) Ketawa Dan Menangis Yang Berterusan Dan Tidak Terkawal

- Pesakit strok lebih mudah menangis dan sensitif. Ada juga yang beranggapan dirinya memalukan dan membebankan
- Menangis merupakan satu kaedah untuk pesakit meluahkan perasaan mereka yang mudah tersentuh dan sensitif terhadap apa yang berlaku di sekeliling
- Sesetengah pesakit strok juga sering ketawa yang tidak terkawal dalam situasi yang tidak sesuai .( ketawa ketika sedih)
- Kekecewaan ( Frustration ) Perasaan ini wujud adalah disebabkan kesukaran pesakit strok untuk menghabiskan tugas-tugas harian seperti kebiasaan

#### b) Kurang Motivasi

- Pesakit strok akan kurang bermotivasi disebabkan oleh pelbagai faktor. Salah satu faktor adalah keletihan yang melampau.
- Kebanyakan pesakit strok mendapati mereka akan mengalami keletihan yang cepat, tidak dapat bergerak aktif untuk sepanjang hari.
- Pesakit strok harus mengenali simptom-simptom/ gejala yang dialami oleh tubuh badan mereka.
- Faktor lain adalah seperti kemurungan, ketakutan, kesukaran merancang dan menjalankan tugas

## | BAHAGIAN 2 : PENJAGA PESAKIT STROK ( Caregiver for Strok Patient )

- Tanggungjawab sebagai seorang penjaga pesakit strok memerlukan kemahiran, keupayaan dan komitmen yang tinggi
- Penjaga harus bersedia untuk menolong pesakit strok melakukan rutin harian mereka.
- Salah satu tugas utama penjaga pesakit strok adalah menolong pesakit strok untuk menjadi berdikari.
- Penjaga adalah sumber bagi pesakit strok untuk mengekalkan rasa selesa, selamat, bermaruah dan berkeyakinan.
- Penjaga akan diselubungi dengan rasa tanggungjawab sebagai seorang penjaga pesakit strok. Ini adalah reaksi yang norma.
- Berbincang dengan golongan profesional yang mungkin dapat membantu

### Peranan Penjaga Pesakit Strok Boleh Membantu Dalam Proses Pemulihan Dengan :

#### 1. Empati

Pesakit strok memerlukan masa untuk mempelajari semula kemahiran hidup untuk menjalani rutin harian. Oleh itu, penjaga perlu bersiap sedia untuk memahami dan menerima kekecewaan yang dialami pesakit strok. Walaupun mengalami kesukaran, anda akan dapat menemui kemampuan yang anda tidak sedar selama ini.

#### 2. Berbincang

Mengadakan perbincangan dengan doktor, Jururawat, Kaunselor, Pekerja Sosial, ketua agama atau kumpulan sokongan agama, hospital atau kumpulan sokongan strok ataupun pusat informasi komuniti untuk mendapatkan perkhidmatan penjagaan pesakit strok di kawasan anda.

Diantara perkhidmatan yang boleh membantu dalam penjagaan pesakit strok adalah :

- penjaga sementara supaya anda boleh berehat
- perkhidmatan komuniti
- kumpulan sokongan strok
- perkhidmatan pesakit luar / jagaan harian
- kumpulan sokongan agama atau bangsa.

#### 3. Melibatkan diri di dalam program pemulihan pesakit strok.

Dapatkan tunjuk ajar dari ahli terapi, jururawat dan doktor tentang cara-cara pemulihan. Pelajari cara yang sesuai untuk membantu.

#### 4. Mendapatkan maklumat dari kumpulan sokongan pemulihan strok

Maklumat tersebut dapat menolong penjaga mengetahui bagaimana strok boleh mempengaruhi pesakit dan ianya membantu dalam proses penjagaan pesakit. Selain itu, anda bolehlah menyediakan satu set soalan dan dapatkan jawapan yang anda perlukan. Salah satu peranan sebagai penjaga pesakit strok adalah membantu pesakit strok meningkatkan keyakinan diri.

##### Penjaga boleh membantu dengan:

- Menjelaskan bahawa pesakit berupaya untuk berdikari dengan terapi pemulihan
- Melibatkan pesakit strok dalam perbualan seharian anda. Berbual dengan pesakit tentang pelbagai isu semasa, dan bukannya berbual tentang dirinya sahaja.
- Memastikan pesakit strok faham dengan perkembangan aktiviti keluarganya. Dapatkan pandangan dan nasihat mereka.
- Meluahkan rasa sayang, pemahaman, dan rasa hormat pada pesakit
- Fokus pada masa sekarang dan aspek yang positif. Jangan membuat perbandingan terhadap kehidupan sekarang dan sebelumnya. Penjaga hendaklah menggalakkan pesakit strok melakukan aktiviti yang mampu dilakukan berdasarkan nasihat profesional berbanding perkara yang masih belum mampu dilakukan pada masa ini.
- Melibatkan diri dalam kumpulan sokongan strok. Ini dapat membantu anda dan pesakit strok berkongsi tentang perasaannya yang marah, sedih, dan kecewa bersama ahli kumpulan sokongan yang faham situasi yang dialami.

#### Penjaga Pesakit Strok (Caregiver)

##### 1. Menjaga Diri Sendiri

- Perubahan fizikal dan emosi pesakit strok boleh mempengaruhi kehidupan penjaga pesakit strok.
- Penjaga mungkin akan mengalami burnout, kekecewaan, kemurungan, takut dan juga marah.

##### Langkah-langkah Penjaga Pesakit Strok Dalam Menangani Masalah Emosi.

- Berkongsi perasaan dengan mereka yang rapat ataupun dengan penjaga yang lain yang sudi mendengar
- Cuba mendapatkan sekurang-kurangnya satu sesi perbualan setiap hari yang tidak berkaitan dengan strok
- Melakukan sesuatu aktiviti yang anda rasa menyenangkan, seperti bersiar-siar, membaca, yoga, tai chi, atau mendengar muzik yang menenangkan
- Mengemaskinikan diri dengan maklumat tentang isu semasa dan berita tempatan untuk meluaskan pandangan anda
- Mendapatkan bantuan dari ahli keluarga, rakan-rakan dan agensi lain dan komuniti. Jangan menyalahkan diri apabila tidak berkeupayaan bersama dengan pesakit sepanjang masa
- Menjaga diri anda dari segi fizikal seperti mengamalkan gaya hidup sihat dan mendapatkan diet yang seimbang.
- Mendapatkan sokongan rohaniah/ spiritual
- Menjalani saringan kesihatan secara berkala termasuklah saringan Kesihatan Mental (Saringan Minda Sihat-DASS 21 – Rujuk Lampiran I).

## 2. Berehat

Tugas sebagai seorang penjaga pesakit strok memerlukan masa dan tenaga yang banyak. Tetapi, ini tidak bermakna seseorang penjaga harus mengorbankan sepanjang hidupnya dalam kerja menjaga pesakit. Adalah penting bagi seorang penjaga mengambil rehat yang secukupnya kerana ini mungkin dapat membantu penjaga sendiri dan pesakit strok. Ini adalah kerana pesakit sendiri mempunyai ruang untuk berdikari dan penjaga berkemampuan untuk memberi penjagaan yang baik setelah rehat yang cukup.

**Berikut adalah panduan penyediaan diri untuk berehat:**

- **Membuat perancangan terlebih dahulu.**
  - o Berbincang dengan pihak atasan atau mereka yang terlibat anda terlebih dahulu sebelum meninggalkan pesakit strok di bawah jagaan bagi tempoh tertentu. Tanpa perancangan awal, ini mungkin akan menyukarkan kerja pengambil alihan tugas anda.
- **Senaraikan jenis pertolongan atau bantuan yang anda perlukan.**
  - o Ini adalah penting kerana sekiranya anda memerlukan cuti yang panjang yang memerlukan bantuan dari penjaga yang lain untuk menggantikan tugas.
- **Mendapatkan bantuan dari orang terdekat**
  - o Jangan berasa segan mendapatkan bantuan dari jiran atau rakan sekali-sekala. Mereka mungkin berbesar hati untuk menolong.
  - o Membina hubungan baik dengan pembantu yang akan menggantikan tugas menjaga pesakit strok agar dapat memahami rutin dan harapan anda.
  - o Jangan risau bahawa pesakit strok akan berasa terasing apabila tanpa kehadiran anda. Sebaliknya, galakkan pesakit anda untuk lebih berdikari.

### | BAHAGIAN 3 : PANDUAN KEPADA ANGGOTA KESIHATAN (HEALTH WORKER) UNTUK SESI BIMBINGAN PESAKIT STROK DAN KELUARGA

1. Mengalu-alukan kehadiran pesakit strok seperti yang ditetapkan.
2. Memberi keselesaan kepada pesakit strok/ keluarga.
3. Memperkenalkan diri kepada pesakit strok/ keluarga
  - Mewujudkan rapport. (hubungan terapeutik)
  - Menerima kehadiran pesakit strok tanpa syarat dan secara ikhlas.
4. Menolong pesakit strok yang berasa tidak gembira

#### Mesra dan peramah (kemahiran melayan - SOLER)



- Mendengar dengan empati (komunikasi lisan dan bukan lisan). Selepas mendengar, anda boleh menggalakkan pesakit strok untuk meluahkan perasaan yang terbuka dalam pemikiran mereka menggunakan kemahiran dorongan minima iaitu dengan menggunakan perkataan-perkataan seperti dibawah:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>o Hmm.....</li> <li>o Ya...Ya</li> <li>o Senyap atau mendengar dengan aktif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Aha.....</li> <li>o Teruskan ...</li> </ul>
--	--

- Mengalakkan pesakit strok untuk bercakap

Anda boleh menunjukkan bahawa mereka memahami perasaan pesakit strok dengan cara : Contohnya

- o Anda kelihatan sedih...
- o Anda rasa dilukai ...
- o Anda sekarang rasa marah. Saya boleh memahami...

- Mengalakkan pesakit strok untuk bercakap

Anda boleh menunjukkan bahawa mereka memahami perasaan pesakit strok dengan cara : Contohnya

- o Anda kelihatan sedih...
- o Anda rasa dilukai ...
- o Anda sekarang rasa marah. Saya boleh memahami...

- Berempati, memberi respon terhadap emosi klien

Jika kamu mendapati pesakit strok menghadapi masalah, kamu harus :

- o Membantu pesakit strok supaya merasa selesa dan difahami
- o Sensitif terhadap keperluan pesakit strok dan meneliti masalah yang dihadapi
- o Sekiranya anda mendapati simptom yang dikenal pasti tidak berhenti, anda diminta untuk mendapatkan rujukan terhadap pihak yang profesional untuk nasihat yang selanjutnya.

## | BAHAGIAN 4 : PERHUBUNGAN SEKSUAL

**Keinginan seksual adalah suatu yang sangat peribadi.**

- Kebiasaannya, keinginan pesakit strok terhadap hubungan seksual adalah tidak berubah sama ada sebelum atau selepas strok
- Walau bagaimanapun, keadaan fizikal akan menyebabkan sedikit gangguan dan ketidakselesaan bergantung kepada kecederaan yang di alami.
- Anda mungkin tidak dapat merasa sebahagian daripada tubuh anda atau menghadapi kesukaran untuk bercakap.

### **Kebimbangan Terhadap Penglibatan diri dalam Hubungan Seksual**

Perasaan bimbang adalah sesuatu yang normal bagi pesakit strok. Seksualiti berkait rapat dengan cara anda membayangkan diri.

- Sekiranya strok telah mengubah keadaan fizikal anda, anda mungkin akan tertanya-tanya sama ada pasangan anda masih berminat.
- Pesakit berasa tertekan dan tidak berminat untuk memberi atau menerima sebarang perhatian.
- Semua ini akan melahirkan rasa bimbang dan seterusnya menyebabkan anda mengelak dari hubungan seksual



- Penglibatan diri dalam hubungan seksual memerlukan sedikit perubahan. Anda dan pasangan anda memerlukan penyesuaian diri dari segi fizikal.
- Penerimaan hakikat ini akan mengambil masa, usaha dan hubungan berkomunikasi yang jujur.
- Jika anda berasa tidak selesa berbincang tentang perasaan seksual kepada orang lain, dapatkan rujukan dari doktor anda kepada pihak yang profesional.

### Tips-Tips Menjalinkan Hubungan Seksual

- Rasa cinta terhadap pasangan boleh diluahkan dengan pelbagai cara bukan hanya melalui hubungan seksual sahaja. Berpeluk, bercium, bercumbu, berurut dan bersentuhan dapat menunjukkan rasa cinta dan sayang. Pasangan perlu bijak mempelbagaikan kaedah yang berlainan untuk menghiburkan hati masing-masing.
- Meneruskan kehidupan sebagai seorang yang sentiasa menjaga keterampilan dan kesihatan diri untuk kelihatan menarik
- Membuat perancangan terlebih dahulu sebelum mengadakan hubungan seksual. Pilih masa yang sesuai di mana kedua-dua pihak bersedia dari segi fizikal dan mental serta bebas dari sebarang gangguan.
- Sentiasa berfikir positif. Elakkan rasa bimbang bahawa anda akan mengalami strok ketika mengadakan hubungan seksual. Ini adalah kerana, walaupun aktiviti seksual akan menaikkan tekanan darah anda tetapi ia tidak akan mencecah tahap yang tinggi.
- Berbincang dan cuba bertenang bersama-sama sebelum anda memulakannya. Contohnya, mengurut terlebih dahulu, mendengar muzik yang menenangkan, menggunakan aroma terapi yang menyenangkan ataupun berendam dalam kolam mandi.
- Mencuba cara baru untuk mengadakan hubungan seksual jika anda mengalami strok atau kehilangan sensasi. Penyesuaian diri ini adalah tidak mudah. Tetapi, adalah penting untuk aktiviti seksual anda menjadi lebih mudah dan selesa.
- Pastikan anda membuang air kecil sebelum mengadakan aktiviti seksual. Kurangkan pengambilan cecair seperti air, kopi dan jus lebih kurang dua jam sebelum menjalankan hubungan seksual untuk mengurangkan kandungan air kencing dalam badan.
- Sesetengah ubat-ubatan yang dibekalkan kepada pesakit strok, boleh mempengaruhi keinginan dan kemampuan untuk mengadakan hubungan seks. Berbincang dengan doktor anda. Jangan berhenti mengambil ubat-ubatan sebelum mendapat nasihat dari doktor.



## **BAB 8**

# **Perkhidmatan Sosial dan Kebajikan**

## | PENDAHULUAN

Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan di Klinik Kesihatan adalah untuk memberikan bantuan psikososial kepada pesakit strok dan keluarga/penjaga. Bantuan psikososial ini melibatkan penilaian biopsikososial yang perlu dijalankan ke atas pesakit strok dan atau waris oleh Pegawai Kerja Sosial Perubatan (PKSP) sebelum intervensi bantuan praktik dan intervensi terapi sokongan diberikan. Proses intervensi kerja sosial memfokuskan kepada tiga proses utama iaitu kerja kes, kerja kumpulan multidisiplin dan kerja komuniti. Intervensi bantuan praktik melibatkan aspek bantuan kewangan (pembelian peralatan perubatan, pembelian ubat-ubatan, membiayai kos rawatan atau bantuan am), penempatan ke institusi kebajikan dan mengesan waris.

Intervensi terapi sokongan merupakan aktiviti atau proses penyelesaian masalah yang ditumpukan dalam 3 jenis intervensi iaitu khidmat rundingan, sokongan emosi dan intervensi krisis. Pesakit stroke merupakan salah satu kumpulan sasaran bagi perkhidmatan kerja sosial perubatan klinik di kesihatan primer. Tujuan intervensi kerja sosial adalah untuk meningkatkan kesejahteraan hidup pesakit strok dan membantu mengembalikan kefungsi sosial mereka dalam masyarakat sesuai dengan batas keupayaan yang diakibatkan oleh penyakit.

Manual ini adalah sebagai garis panduan kepada Pegawai Kerja Sosial Perubatan di Klinik Kesihatan Kementerian Kesihatan Malaysia dalam pengurusan kes khususnya dalam memberi bantuan psikososial kepada pesakit strok.

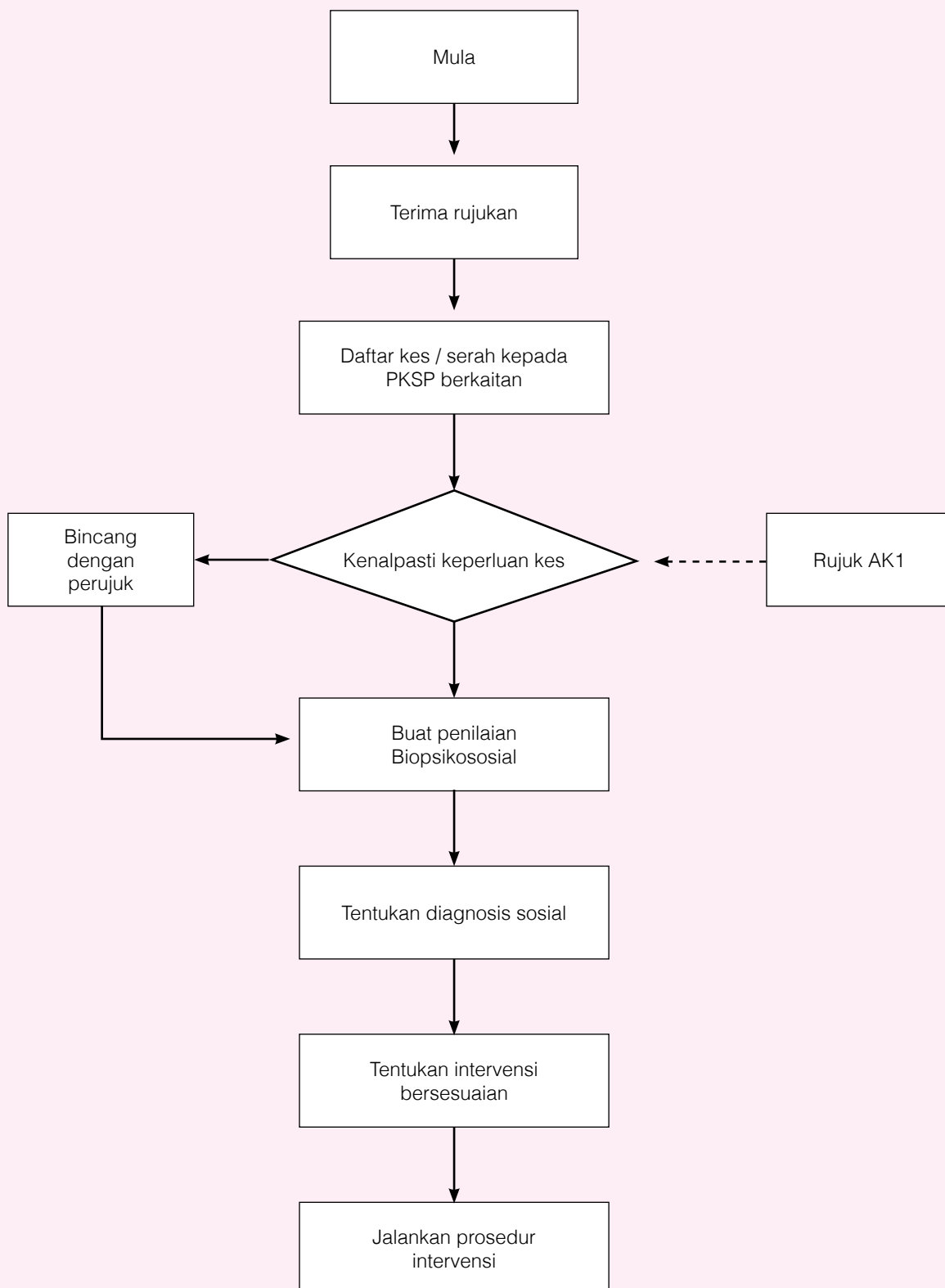
## | OBJEKTIF

- Memenuhi keperluan pesakit strok dalam tempoh yang telah ditetapkan bagi membantu proses rawatan, pemulihan dan pencegahan.
- Membantu memulihkan kefungsi sosial pesakit supaya menjadi lebih produktif, berdikari dan kembali kepada komuniti selaras dengan batas keupayaan mereka.

## Polisi Operasi Utama

- Manual ini hendaklah digunapakai dan dipatuhi oleh Pegawai Kerja Sosial Perubatan di seluruh Malaysia dalam memberi perkhidmatan bantuan psikososial kepada pesakit strok di Klinik Kesihatan
- Semua rujukan kes perlu dibuat oleh Pakar/Pegawai Perubatan sahaja.
- Semua pesakit mesti didaftarkan sebelum perkhidmatan diberikan
- Respon kepada rujukan perlu diberi dalam tempoh tiga (3) hari / 72 jam bekerja selepas menerima dokumen rujukan.
- Pesakit strok yang memerlukan bantuan praktik (kewangan) perlu dinilai mengikut Garis panduan Laporan Sosioekonomi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan.
- Bekerjasama dengan pelbagai profesional seperti Pegawai Perubatan, Jururawat, Penolong Pegawai Perubatan, Pegawai Pemulihan / Jurupulih Perubatan Fisioterapi / Carakerja, Pegawai Psikologi dan lain-lain dalam konteks pengurusan kes.
- Pesakit dan perujuk mesti bekerjasama menyediakan dokumen sokongan dan maklumat bagi memastikan proses bantuan psikososial boleh diberikan dengan efisien.
- Bantuan praktik (kewangan) hanya diberi kepada pesakit strok warganegara Malaysia.
- Bagi Hospital, Institusi Kesihatan dan Klinik Kesihatan yang tidak mempunyai Pegawai Kerja Sosial Perubatan, pesakit perlu dirujuk ke Jabatan Kerja Sosial Perubatan di Hospital atau Klinik Kesihatan yang berhampiran.

## 1. CARTA ALIR PROSEDUR PENILAIAN BIOPSIKOSOSIAL KERJA

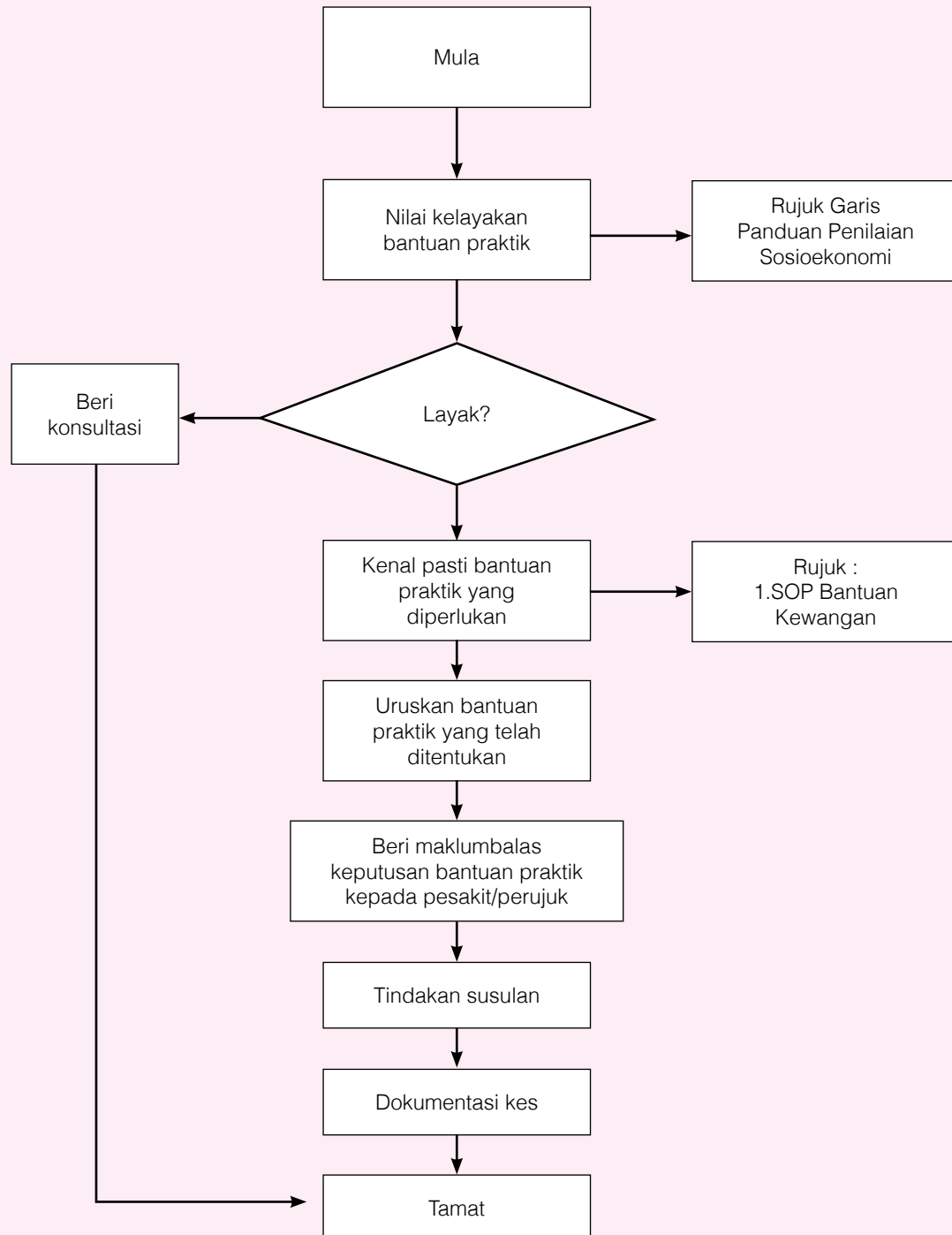


### 1.1. Huraian Prosedur Penilaian Biopsikososial

- Terima rujukan dari klinik sama ada secara manual atau elektronik rujukan dan buat semakan pengesahan rawatan terkini pesakit.
- Daftar kes dalam Sistem Maklumat Pesakit/ Buku Daftar Pesakit, buka rekod pesakit Jabatan Kerja Sosial Perubatan dan serahkan kepada Pegawai Kerja Sosial Perubatan yang bertanggungjawab.
- Kenalpasti keperluan kes mengikut dokumen rujukan yang diterima. Jika rujukan dikenalpasti buat penilaian biopsikososial.
- Buat perbincangan dengan perujuk (Pakar/Pegawai Perubatan) tentang penyakit yang dihadapi dan mengenalpasti dengan lebih terperinci keperluan pesakit.
- Buat penilaian biopsikososial untuk mendapat maklumat berkaitan isu fizikal (biologi), psikologi dan sosial pesakit. (Rujuk Arahan Kerja 1 )
- Tentukan Diagnosis Sosial kes yang dirujuk berdasar penilaian biopsikososial yang telah dilakukan.
- Tentukan jenis intervensi psikososial yang bersesuaian samada pesakit memerlukan bantuan praktik atau terapi sokongan.
- Jalankan intervensi psikososial. Rujuk Prosedur Intervensi Bantuan Praktik dan Prosedur Intervensi Terapi Sokongan.

## 2. Prosedur Intervensi Bantuan Praktik

### 2.1. Carta Alir Intervensi Bantuan Praktik

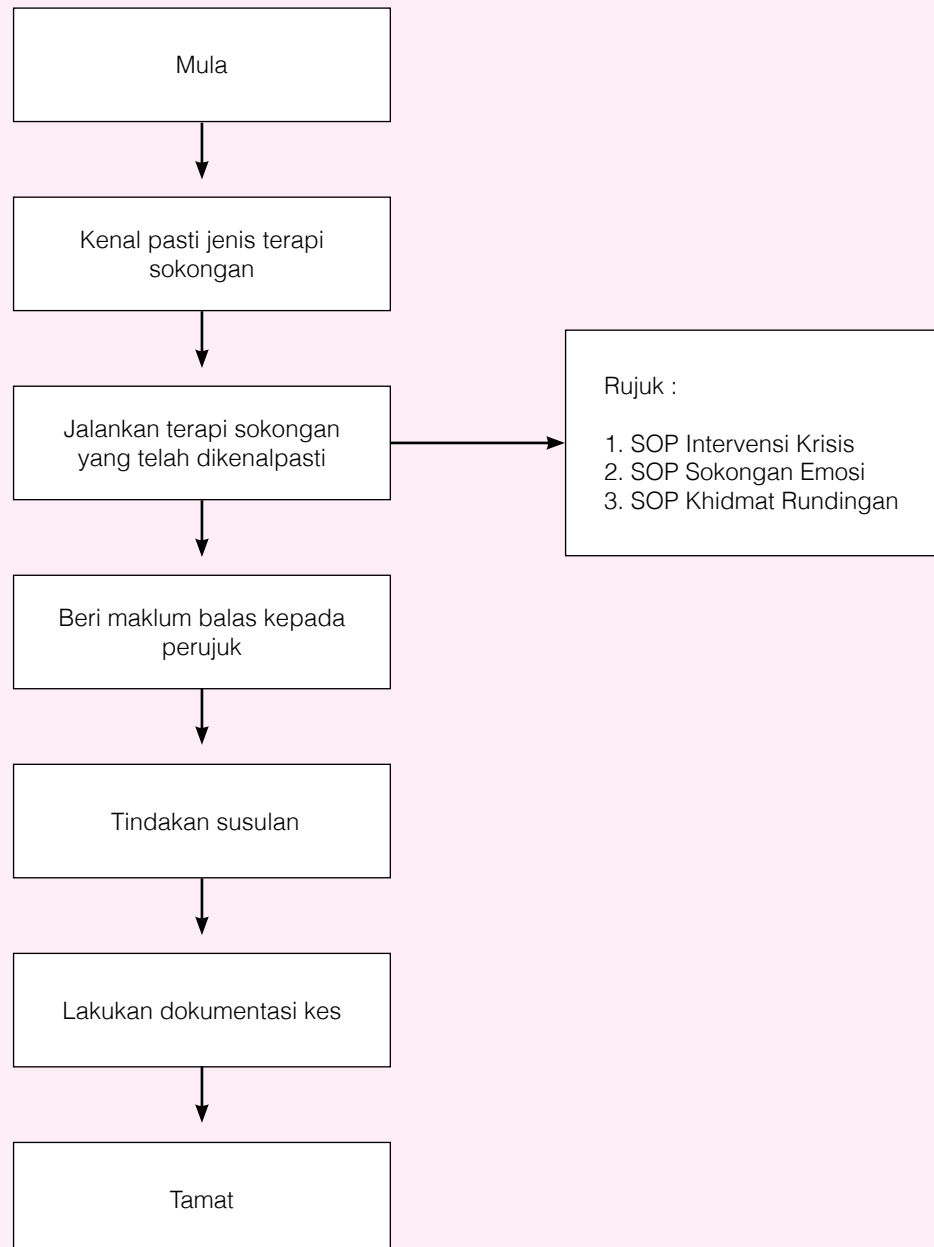


## 2.2. Huraian Prosedur Intervensi Bantuan Praktik

- Buat penilaian kelayakan bantuan praktik mengikut Garis Panduan Penilaian
  - o Sosioekonomi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan.
- Jika pesakit tidak layak menerima bantuan praktik, beri konsultasi dengan menjelaskan sebab pesakit tidak layak dan cadangkan alternatif sekiranya ada.
- Jika pesakit layak, PKSP akan mengenalpasti jenis bantuan praktik yang diperlukan oleh pesakit.
- Uruskan bantuan praktik yang telah dikenalpasti :
- Bantuan Kewangan – Rujuk SOP Bantuan Kewangan
- Bantuan Penempatan Institusi – Rujuk SOP Penempatan Institusi
  - o Mengesan Waris - Rujuk SOP Mengesan Waris
  - o Pesakit mungkin memerlukan lebih dari satu jenis bantuan praktik pada masa yang sama.
- Beri maklumbalas status kelulusan permohonan bantuan praktik kepada
  - o pesakit/perujuk dari masa ke semasa bagi memastikan proses rawatan pesakit tidak terjejas.
- Buat tindakan susulan mengikut keperluan pelan intervensi sosial yang telah
  - o dicadangkan oleh PKSP dan perujuk.
- Buat dokumentasi kes.

### 3 Prosedur Kerja Intervensi Terapi Sokongan

#### 3.1. Carta Alir Intervensi Terapi Sokongan



### 3.2 Huraian Prosedur Intervensi Terapi Sokongan

- Kenalpasti jenis terapi sokongan mengikut keperluan pesakit strok.
- Jalankan terapi sokongan yang telah dikenalpasti mengikut arahan kerja berkaitan berpandukan Lampiran B Garispanduan Laporan Sosio ekonomi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan.
  - o Intervensi Krisis - Rujuk SOP Intervensi Krisis
  - o Sokongan Emosi – Rujuk SOP Sokongan Emosi
  - o Khidmat Rundingan – Rujuk SOP Khidmat Perundingan.

Pesakit mungkin memerlukan lebih dari satu jenis terapi sokongan pada masa yang sama.

- Maklumkan kepada perujuk tentang perkembangan dan perancangan kes
- Jalankan tindakan susulan mengikut keperluan dan perancangan yang telah dipersetujui oleh PKSP untuk pesakit strok.
- Jalankan dokumentasi kes.

## 4. Arahan Kerja

### 4.1 Arahan Kerja 1: Penilaian Biopsikososial

- Isi Borang Rujukan Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan (Rujuk Lampiran XXXII) untuk keizinan mendapat maklumat.
- Bincang dengan Pasukan Multidisiplin (MDT) untuk mendapatkan maklumat dan penjelasan yang tepat berkaitan permasalahan pesakit meliputi diagnosa penyakit, epidemiologi penyakit, rawatan dan implikasi penyakit terhadap kehidupan sosial pesakit strok / keluarga.
- Buat siasatan lanjut jika perlu bagi mendapatkan maklumat tambahan pesakit dengan membuat lawatan ke rumah, tempat kerja dan persekitaran. Semasa lawatan ini, PKSP perlu dapatkan maklumat berpandukan Lampiran XXXII. Kaedah menjalankan lawatan ke rumah dalam Garis Panduan Penilaian Sosioekonomi.
- Lengkapkan Laporan Lawatan Ke Rumah Pesakit (Rujuk Lampiran XXXIII)
  - o Analisa hasil siasatan untuk:
  - o Kenalpasti kesahihan maklumat pesakit
  - o Mengenalpasti halangan dan limitasi dalam menjalani proses rawatan.
  - o Mengenalpasti masalah-masalah lain yang berkaitan.
- Lengkapkan semua maklumat pesakit dan jalankan penilaian pesakit dalam Aspek :
  - a) Biologi
    - o Kenalpasti ketidakfungsian pesakit disebabkan penyakit yang dihidapi.
  - b) Psikologi
    - o Buat pemerhatian dan kenalpasti jika ada masalah psikologi seperti gangguan emosi, tekanan dan tahap Coping Skill pesakit dan keluarganya.
  - c) Sosial
    - o Status ekonomi pesakit dan keluarga.
    - o Apa pekerjaan yang dilakukan
    - o Jumlah Pendapatan yang diterima



- o Jumlah Perbelanjaan – adakah sumber kewangan mencukupi untuk belanja harian
- o Perbelanjaan untuk rawatan dan pembelian ubatan
- d) Lain-lain sumber kewangan yang menyokong pesakit iaitu sumbangan keluarga, Bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat, Zakat, Pencen, simpanan kecemasan, KWSP, PERKESO dan lain-lain (Rujuk Lampiran XXXV).
- e) Jalinan Sokongan Sosial
  - o Kenalpasti jalinan sokongan sosial yang sedia ada meliputi keluarga, tempat kerja, komuniti, orang yang memainkan peranan penting (significant other) serta dinamik keluarga.
- f) Tentukan diagnosis sosial dan buat perancangan intervensi.



**BAB 9**

**Lampiran**

**BORANG SALINAN DASS (SOAL SELIDIK DASS)**

**Langkah 1 :** Sila baca dan tuliskan skor yang bersesuaian dengan anda.

BAHAGIAN 1					
<p>Sila baca setiap kenyataan dan tuliskan skor mengikut skala yang menggambarkan keadaan anda SEMINGGU YANG LEPAS. Tidak ada jawapan betul dan salah.</p> <p>JANGAN guna terlalu banyak masa untuk mana-mana kenyataan.</p> <p>0 = Tidak pernah sama sekali    1 = Jarang    2 = Kerap    3= Sangat Kerap</p>					
S		Tidak Pernah	Jarang	Kerap	Sangat Kerap
1.	Saya rasa susah untuk bertenang				
2.	Saya sedar mulut saya rasa kering				
3.	Saya seolah-olah tidak dapat mengalami perasaan positif sama sekali				
4.	Saya mengalami kesukaran bernafas (contohnya, bernafas terlalu cepat, tercungap-cungap walaupun tidak melakukan aktiviti fizikal)				
5.	Saya rasa tidak bersemangat untuk memulakan sesuatu keadaan				
6.	Saya cenderung bertindak secara berlebihan kepada sesuatu keadaan				
7.	Saya pernah menggeletar (contoh tangan)				
8.	Saya rasa terlalu gelisah				
9.	Saya risau akan berlaku keadaan yang menyebabkan saya panik dan berkelakuan bodoh				
10.	Saya rasa tidak ada harapan (Putus harapan)				
11.	Saya dapati saya mudah resah				
12.	Saya berasa sukar untuk relaks				
13.	Saya rasa muram dan sedih				
14.	Saya tidak boleh menerima apa jua yang menghalangi saya daripada meneruskan apa yang saya sedang lakukan				
15.	Saya rasa hampir panik				
16.	Saya tidak bersemangat langsung				
17.	Saya rasa diri saya tidak berharga				
18.	Saya mudah tersinggung				

S		Tidak Pernah	Jarang	Kerap	Sangat Kerap
19.	Walaupun saya tidak melakukan aktiviti fizikal, saya sedar akan debaran jantung saya (contoh degupan jantung lebih cepat)				
20.	Saya rasa takut tanpa sebab				
21.	Saya rasa hidup ini tidak bererti lagi				

**Langkah 2 :** Masukkan skala markah jawapan ke dalam ruangan kosong di Bahagian 2, mengikut soalan (S) bagi setiap kategori (Stres, Anxieti dan Kemurungan).

<b>BAHAGIAN 2</b>								
<b>Panduan Mengira Skor :-</b> Masukkan skala markah jawapan bagi soalan (S) bagi setiap kategori.								
<b>TEKANAN (STRESS)</b>								
SOALAN	S1	S6	S8	S11	S12	S14	S18	JUMLAH
MARKAH								
<b>KEBIMBANGAN (ANXIETY)</b>								
SOALAN	S2	S4	S7	S9	S15	S19	S20	JUMLAH
MARKAH								
<b>KEMURUNGAN (DEPRESSION)</b>								
SOALAN	S3	S5	S10	S13	S16	S17	21	JUMLAH
MARKAH								

**Langkah 3 :** Jumlahkan skala markah bagi setiap kategori bagi mengetahui tahap status kesihatan mental anda.

Rujuk petak skor saringan dan terjemahkan jumlah skor untuk mengetahui tahap status kesihatan mental anda.

<b>SKOR SARINGAN</b>			
	<b>KEMURUNGAN (DEPRESSION)</b>	<b>KEBIMBANGAN (ANXIETY)</b>	<b>TEKANAN (STRES)</b>
<b>NORMAL</b>	0 – 5	0 - 4	0 - 7
<b>RINGAN</b>	6 - 7	5 - 6	8 - 9
<b>SEDERHANA</b>	8 - 10	7 - 8	10 - 13
<b>TERUK</b>	11 - 14	9 - 10	14 - 17
<b>SANGAT TERUK</b>	15 +	11 +	18 +

**Langkah 4 :** Sila isikan keputusan dalam bahagian 3 dan isikan dalam borang Keputusan Saringan Minda Sihat

<b>BAHAGIAN 3</b>	
Isikan tahap kesihatan mental ( normal, ringan, sederhana, teruk, atau sangat teruk) ke dalam jadual.	
<b>KEPUTUSAN UJIAN DASS</b>	
<b>UJIAN</b>	<b>TAHAP</b>
TEKANAN (STRESS)	
KEBIMBANGAN (ANXIETY)	
KEMURUNGAN (DEPRESSION)	

#### Interpretasi

- Normal** : Kehidupan yang selesa  
**Ringan** : Sihat  
**Sederhana** : Cari Pengetahuan mengenai pengurusan kesihatan mental  
**Teruk** : Berjumpa dan berbincang dengan Pegawai Psikiologi untuk mengurus kesihatan mental dengan lebih positif  
**Sangat teruk** : Berjumpa dan berbincang dengan Pegawai Psikiologi dan merujuk kepada psikiatris, jika perlu.

## LAMPIRAN II

**BORANG SARINGAN KOGNITIF (ECAO)  
ELDERLY COGNITIVE ASSESSMENT QUESTIONNAIRE**

**MEMORY**

**Score 1 for  
Correct Answer**

1. I want you to remember this number.  
Can you repeat after me (e.g 4517)  
I shall be testing you again in 10 mins.
2. How old are you?
3. When is your birthday?  
or  
In what year were you born?

---

---

---

---

---

**ORIENTATION - INFORMATION**

4. What day of the week is today?
- 5.
- 6.
- 7.
8. What is the place called (e.g. clinic, hospital)?  
No necessary to give name of place.
9. What is his/her job (e.g. nurse, doctor)?

Day  
Month  
Year

---

---

---

---

---

---

---

**MEMORY - RECALL**

10. Can you recall the number again?

Total

---

---

**SCORE**

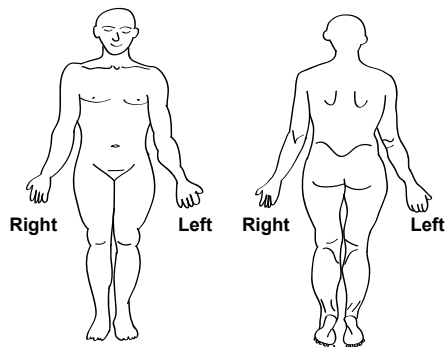
0-4 Probable cases      5-6 Borderline cases      7> Normal

**SORF COPY TIDAK JELAS**



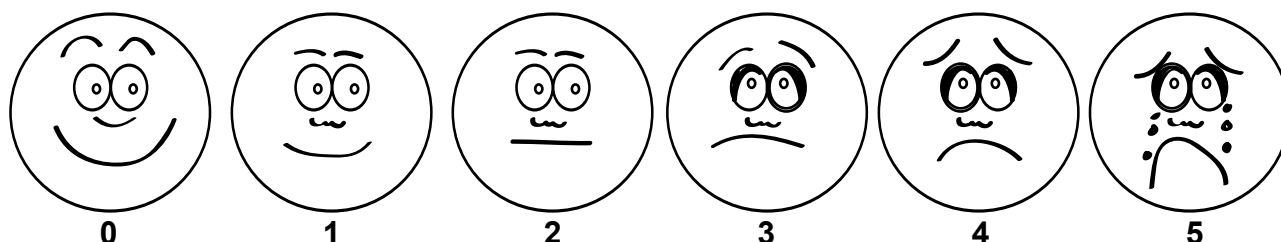
## LAMPIRAN IV

**HOSPITAL REHABILITASI CHERAS  
UNIT KEJURURAWATAN  
PAIN ASSESSMENT CHART**

<p><b>NAMA</b> : .....</p> <p><b>N</b> : .....</p> <p><b>TARIKH ADM</b> : .....</p> <p><b>UMUR</b> : .....</p> <p><b>AD</b> : .....</p> <p><b>DIAGNOSIS</b> : .....</p>	
---	--

TARIKH	MASA	PAIN SCORE PESAKIT	TINDAKAN KEJURURAWATAN	ANALGESIK DIBERIKAN	MASA DIBERI	TANDATANGAN

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



HOSPITAL REHABILITASI CHERAS  
UNIT KEJURURAWATAN  
SLEEP CHART

NAMA : ..... WARD : .....  
R/N : ..... BED NO : .....

MASA TARIKH	8am	10am	12n	2pm	4pm	6pm	8pm	10pm	12mn	2am	4am	6am

- Tidur

- Tidak Tidur

## LAMPIRAN VI

## BRADEN SCALE - For Predicting Pressure Sore Risk

SEVERE : Total score ≤ 9 MODERATE RISK : Total score 13 - 14			HIGH RISK : Total score 10 - 12 MILD RISK : Total score 15 - 18					
					1	2	3	4
<b>SENSORY PERCEPTION</b> Ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort	<b>1. COMPLETELY LIMITED</b> - Unresponsive (does not moan, flinch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation <b>OR</b> limited ability to feel pain over most body surface	<b>2. VERY LIMITED</b> - Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness <b>OR</b> has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over 1/2 of body.	<b>3. SLIGHTLY LIMITED</b> - Responds to verbal commands but cannot always communicate discomfort or need to be turned <b>OR</b> has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	<b>4. NO IMPAIRMENT</b> - Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or discomfort.				
<b>MOISTURE</b> Degree to which skin is exposed to moisture	<b>1. CONSTANTLY MOIST</b> Degree to which skin is exposed to moisture almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.	<b>2. OFTEN MOIST</b> - Skin is often but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	<b>3. OCCASIONALLY MOIST</b> - Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	<b>4. RARELY MOIST</b> - Skin is usually dry; linen only requires changing at routine intervals.				
<b>ACTIVITY</b> Degree of physical activity	<b>1. BEDFAST</b> - Confined to bed.	<b>2. CHAIRFAST</b> - Ability to walk severely limited or nonexistent. Cannot bear down weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	<b>3. WALKS OCCASIONALLY</b> - Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. spends majority of each shift in bed or chair.	<b>4. WALKS FREQUENTLY</b> - Walks outside the room at least twice a day and inside room at least once every 2 hours during working hours.				
<b>MOBILITY</b> Ability to change and control body position	<b>1. COMPLETELY IMMOBILE</b> - Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	<b>2. VERY LIMITED</b> - makes occasional slight changes in body or extremity position but enable to make frequent or significant change independently.	<b>3. SLIGHTLY LIMITED</b> - makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	<b>4. NO LIMITATIONS</b> - Makes major and frequent changes in position without assistance.				
<b>NUTRITION</b> Usual food intake pattern  1NPO : Nothing by mouth. 2IV : Intravenously. 3TPN : Total parenteral nutrition.	<b>1. VERY POOR</b> - Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/3 of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take liquid dietary supplement, <b>OR</b>  is NPO1 and/or maintained on clear liquids or IV2 for more than 5 days.	<b>2. PROBABLY INADEQUATE</b> - Rarely eats a complete meal and generally eats only about 1/2 of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take adietary supplement <b>OR</b>  receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding	<b>3. SLIGHTLY LIMITED</b> - makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	<b>4. NO LIMITATIONS</b> - Makes major and frequent changes in position without assistance.				

<b>PREDICTION AND SHEAR</b>		<b>1. PROBLEM</b> - Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures, or agitation leads to almost constant friction	<b>2. POTENTIAL PROBLEM</b> - Moves feebly or requires minimum assistance. During a move, skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints, or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	<b>3. NO APPARENT PROBLEM</b> - Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. maintains good position in bed or chair at all times.				
<b>PREDICTION AND SHEAR</b>								
<b>ASSESS</b>	<b>DATE</b>	<b>EVALUATOR SIGNATURE/ TITLE</b>		<b>ASSESS.</b>	<b>DATE</b>	<b>EVALUATOR SIGNATURE/ TITLE</b>		
	/ /				/ /			
	/ /				/ /			
NAME - List		First	Middle	Attending Physician		Record No.	Room/ Bed	
Form 3166P BRIGGS, Des Moines, IA 5030 (800) 247-2343				Source : Barbara Braden and Nacy Bergstrom. Copyright, 1988, Reprinted with permission. Permission should be sought to use this tool at <a href="http://www.bradenscale.com">www.bradenscale.com</a>				<b>BRADEN SCALE</b>

## LAMPIRAN VII

HRC/UK/057

**HOSPITAL REHABILITASI CHERAS  
UNIT KEJURURAWATAN**

**SISC/SIC CHART**

NAMA : .....

WARD : .....

R/N : .....

BED NO : .....

DATE	TIME	INTAKE	SPONTAN -EOUS	SISC/ SIC	LEAKING	REMARKS	NAME & SIGN
	7am						
	8am						
	9am						
	10am						
	11am						
	12pm						
	1pm						
	2pm						
	3pm						
	4pm						
	5pm						
	6pm						
	7pm						
	8pm						
	9pm						
	10pm						
	11pm						
	12am						
	1am						
	2am						
	3am						
	4am						
	5am						
	6am						

[illegible]

## LAMPIRAN IX

BRISTOL STOOL CHART		
TYPE 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
TYPE 2		Sausage-shaped but lumpy
TYPE 3		Like a sausage but with cracks on its surface
TYPE 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
TYPE 5		Soft blobs with clear-out edges (passed easily)
TYPE 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
TYPE 7		Watery, no solid places, entirely liquid

### TEKNIK MENCUCI TANGAN

- Tanggalkan barang kemas dan hiasan (termasuk jam tangan)
- Basahkan tangan serta lengan dengan air dan sabun

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- i. Gosok dengan menggeserkan kedua-dua tapak tangan

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- ii. Tapak tangan kanan di atas tangan kiri dan sebaliknya.

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- iii. Gosok jari-jari tangan kanan antara celah-celah jari tangan kiri dan sebaliknya

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- iv. Belakang je jari kanan digosok pada tapak tangan kanan dan sebaliknya

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- v. Genggam jari ibu kanan dengan tapak tangan kiri sambil digosok secara berputar. Ulangi ke atas jari ibu kiri dengan tapak tangan kanan

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- vi. Pusingkan hujung je jari kanan pada tapak tangan kiri dan sebaliknya

**SORF COPY  
TIDAK JELAS**

- vii. Gosokkan secara berputar pergelangan tangan. Kemudian basuh dan keringkan tangan.



## LAMPIRAN XI

**HOSPITAL REHABILITASI CHERAS**  
**UNIT KEJURAWATAN**  
**MORSE FALL RISK (Re-Assessment) - Adult**

**Name** : .....

**R/N** : .....

**Date of Admission** : .....

**Ward** : .....

No.	Morse Fall Risk	Scale	Reassessment Date			
1.	History of falling : Immediate or within 3 months (if age > 65 years fall within 12 months)	No : 0				
		Yes : 25				
2.	Secondary diagnosis	No : 0				
		Yes : 25				
3.	Ambulatory aid					
	3.1 Bed rest / nurse assist	0				
	3.2 Crutches / cane / walker	15				
	3.1 Furniture	30				
4.	I/V Heparin Lock / CBD	No : 0				
	3.1 Bed rest / nurse assist	Yes : 25				
5.	Gait Transferring	No : 0				
	5.1 Normal/ bed rest/ immobile	0				
	5.2 Weak	10				
	5.3 Impaired	20				
6.	Mental Status	No : 0				
	6.1 Orientated to own ability	0				
	6.2 Forgets limitations	15				
	TOTAL SCORE					
	Nama Dan Tandatangan staff					

Determination of Risk and Prevention Strategies		
Risk Level	MFS Score	Action
No Risk	0-24	Good basic Nursing Care
Low Risk	25-50	Implement Standard Fall Prevention Intervention
High Risk	≥51	Implement High Risk Fall Prevention Intervention

## MODIFIED ASHWORTH SCALE

## UNIT FISIOTERAPI

**INSTITUSI** \_\_\_\_\_

**NAMA** : .....

R/N : .....

IC NUMBER :.....

**AGE** : .....

**DIAGNOSIS :** .....

[illegible]

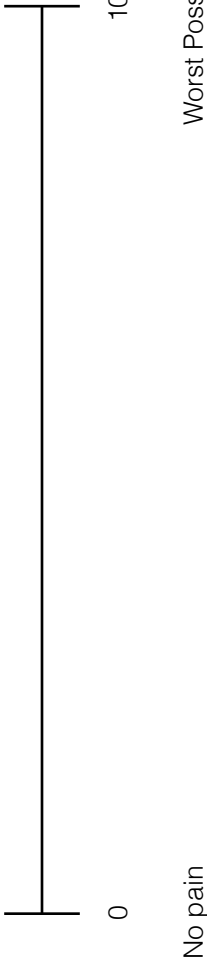
## 2.1 MODIFIED ASHWORTH SCALE

<b>SOURCE</b>	Modified Ashworth Scale 1987 (Bohannon & Speed)
<b>AIMS</b>	To Measures muscle hypertonia instead of spasticity
<b>TOOL</b>	<b><i>Modified Ashworth Scale</i></b>
<b>SCORING INSTRUCTION</b>	<p>i PROCEDURE</p> <p>The Modified Ashworth Scale (MAS) has a 6-point scale that assists with stroke patients.</p>

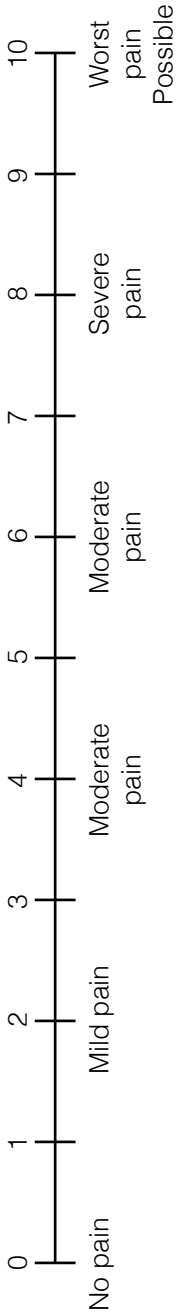
## 2.1 MODIFIED ASHWORTH SCALE

<b>GRADE</b>	<b>TONUS</b>
<b>0</b>	No increase in muscle tone.
<b>1</b>	Slight increase in tone with a catch and release or minimal resistance at end of range.
<b>2</b>	As 2 but with minimal resistance through range following catch
<b>3</b>	More marked increase tone through ROM.
<b>4</b>	Considerable increase in tone, passive movement difficult.
<b>5</b>	Affected part rigid.

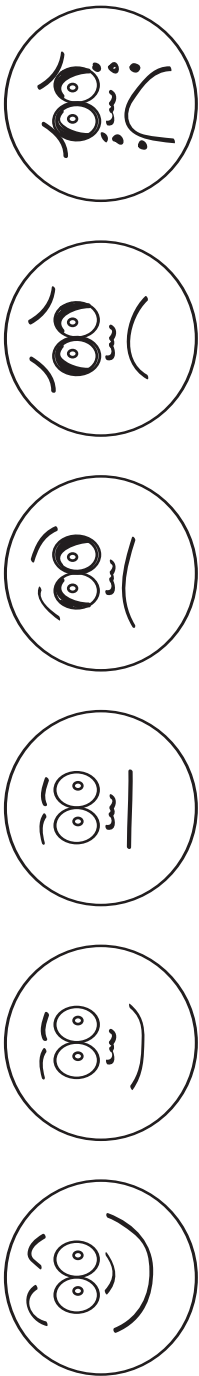
Visual Analog Scale



Visual Descriptive Scale



Wong - Baker Facial Grimace Scale



Activity Tolerance Scale

No pain	Can be Ignored	Interferes With Tasks	Interferes With Concentration	Interferes With Basic Needs	Bedrest Required
---------	----------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------

## 1.1 OXFORD SCALE

## LAMPIRAN XIV

SOURCE	
AIMS	<p>Self-report questionnaire designed to measure strength of the muscle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i Upper limbs</li> <li>ii Lower limbs</li> <li>iii Abdominal</li> <li>iv Back</li> <li>v Neck</li> </ul>
TOOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Oxford Scale</li> <li>b. Scale of 0-5</li> </ul>
INTERPRETATION OF SCORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grade 5 : Muscle contracts normally against full resistance.</li> <li>• Grade 4 : Muscle strength is reduced but muscle contraction can still move joint against resistance</li> <li>• Grade 3 : Muscle strength is further reduced such that the joint can be moved only against gravity with the examiner's resistance completely removed. As an example, the elbow can be moved from full extension to full flexion starting with the arm hanging down at the side.</li> <li>• Grade 2 : Muscle can move only if the resistance of gravity is removed. As an example, the elbow can be fully flexed only if the maintained in a horizontal plane.</li> <li>• Grade 1 : Only a trace or flicker of movement is been or felt in the muscle or fasciculation are observed in the muscle.</li> <li>• Grade 0 : No movement is observed.</li> </ul>

**MUSCLE STRENGTH : OXFORD SCALE****UNIT FISIOTERAPI****KLINIK KESIHATAN** \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

R/N \_\_\_\_\_

IC NUMBER \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS \_\_\_\_\_

NO	JOINT	MUSCLE	GRADE		
1	SHOULDER	anterior deltoid			
		posterior deltoid			
		supraspinatus / middle deltoid			
		adductor			
2	ELBOW	Biceps			
		Triceps			
3	WRIST	Flexor			
		Extensor			
		Radial Deviator			
		Ulnar Deviator			
4	HIP	ILIAPSOAS			
		GLUTEUS MAXIMUS			
		GLUTEUS MEDIUS			
		ADDUCTOR			
5	KNEE	Hamstring			
		Quadriceps			
6	KNEE	Tibialis Anterior			
		Gastrocnemius			
		Tibialis Posterior			
		Evertor			
		Invertor			

### 5.3 MOTOR ASSESSMENT SCALE (MAS)

### LAMPIRAN XV

<b>SOURCE</b>	Carr J, Shepherd R et al (1985) Investigation of a new Motor Assessment Scale for stroke patients. Physical Therapy 65, 2, 175-180
<b>AIMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. To assess the return of function following a stroke or other neurological impairment.</li> <li>ii The test looks at a patient's ability to move with low tone or in a synergistic pattern and finally move actively out of that into normal movement.</li> </ul>
<b>TOOL</b>	Motor Assessment Scale Questionnaire
<b>PROCEDURE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. PROCEDURE</li> </ul> <p>Staff-completed scale measuring physical disability. Consist of 8 hierarchical areas of every day motor function and one item to rate muscle tone. Each motor item is assessed 3 times, the best performance being rated on a scale of 0-6. Also included are criteria to aid grading (some measuring quality, others time) and a set of general rules for carrying out the assessment. Following reliability studies the authors suggest dropping the muscle tone section.</p>
<b>INTERPRETATION OF SCORE</b>	<p>The higher the score - the higher functioning the patient is on the affected side</p> <p>High Score : 54 Low Score : 0</p>

## UNIT FISIOTERAPI

ISNTITUSI \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

IC NUMBER \_\_\_\_\_

R/N \_\_\_\_\_

AGE \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS \_\_\_\_\_

### MOTOR ASSESSMENT SCALE (MAS)

**If the patient cannot complete any part of a section score a zero (0) for that section. There are (sections in all).**

MOVEMENT	DATE	DATE	DATE
<b>1. Supine to Side-lying onto intact side (starting position : supine with knees straight)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Use intact arm to pull body toward intact side. Use intact leg to hook impaired leg to pull it over.</li> <li>Actively moves impaired leg across body to roll but leaves impaired arm behind.</li> <li>Impaired arm is lifted across body with other arm. Impaired leg moves actively &amp; body follows as a block.</li> <li>Actively moves impaired arm across body. The rest of the body moves as a block.</li> <li>Actively moves impaired arm and leg rolling to intact side but overbalances.</li> <li>Rolls to intact side in 3 seconds without use of hands.</li> </ol>			
<b>2. Supine to sitting over side of bed</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pt assisted to the side-lying position : Patient lifts head sideways but can't sit up.</li> <li>Pt may be assisted to side-lying &amp; is assisted to sitting but has head control throughout.</li> <li>Pt may be assisted to side-lying &amp; is assisted with lowering LEs off bed to assume sitting.</li> <li>Pt may be assisted to side-lying but is able to sit up without help.</li> <li>Pt able to move from supine to sitting without help.</li> <li>Pt able to move from supine to sitting without help in 10 seconds.</li> </ol>			
<b>3. Balance Sitting</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pt is assisted to sitting and needs support to remain sitting.</li> <li>Pt sits unsupported for 10 seconds with arms folded, knees and feet together &amp; feet on the floor.</li> <li>Pt sits unsupported with weight shifted forward and evenly distributed over both hips/ legs. Head and thoracic spine extended.</li> <li>Sits unsupported with feet together on the floor. Hands resting on thighs. Without moving the legs the patient turns the head and trunk to look behind the right and left shoulders.</li> <li>Sits unsupported with feet together on the floor. Without allowing the legs or feet to move &amp; without holding on the patient must reach forward to touch the floor (10cm Or 4 inch in front of them) the affected arm may be supported if necessary.</li> <li>Sits on stool unsupported with feet on the floor. Pt reaches sideways without moving the legs or holding on returns to sitting position. Support affected arm if needed.</li> </ol>			
<b>4. Sitting to Standing</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pt assisted to standing - any method</li> <li>Pt assisted to standing. The patient's weight is unevenly distributed &amp; may use hands for support.</li> <li>Pt stands up. The patient's weight evenly distributed but hips and knees are flexed - no use of hands for support.</li> <li>Pt stands up. Remains standing for 5 seconds with hips &amp; knees extended with weight evenly distributed.</li> <li>Pt stands up and sits down again 3 x in 10 seconds with hips &amp; knees extended &amp; weight evenly distributed.</li> </ol>			
<b>5. Upper Arm Function</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Supine : Therapist places affected arm in 90 degrees shoulder flexion and holds elbow in extension - hand toward ceiling, the patient protracts the affected shoulder actively.</li> <li>Supine : Therapist places affected arm in above position. The patient must maintain the position for 2 seconds with some external rotation and with the elbow in at least 20 degrees of full extension.</li> </ol>			



MOVEMENT			DATE	DATE	DATE
3.	Supine	: Patient assumes above position and brings hand to forehead and extends the arm again. (flexion & extension of elbow) Therapist may assist with supination of forearm.			
4.	Sitting	: Therapist places affected arm in 90 degrees of forward flexion. Patient must hold the affected arm in position for 2 second with some shoulder external rotation and forearm supination. Excessive shoulder elevation or pronation.			
5.	Sitting	: Patient lifts affected arm to 90 degrees forward flexion - holds it there for 10 seconds and then lowers it with some shoulder external rotation and forearm supination. No Pronation.			
6.	Standing	: Have patient's affected arm abducted to 90 degrees with palm flat against wall. Patient must maintain arm position while turning body toward the wall.			
6. Hand Movement					
1.	Pt assisted to standing - any method. Sitting at a table (Wrist Extension) : Affected forearm resting on table. Place cylindrical object in palm of patient's hand. Patient asked to lift object off table by extending the wrist - no elbow flexion allowed.				
2.	Sitting at a table (Radial Deviation of Wrist) : Therapist should place forearm with ulnar side on table in mid-pronation / supination position. Thumb in line with forearm and wrist in extension. Fingers around cylindrical object. Patient is asked to lift hand off cable. No wrist flexion or extension.				
3.	Sitting (Pronation / Supination) : Affected arm on table with elbow unsupported at side. Patient asked to supinate and pronate forearm (3/4 range acceptable).				
4.	Place a 5 inch ball on the table so that the patient has to reach forward with arms extended to reach it. Have the patient reach forward with shoulders protracted, elbows extended, wrist in neutral or extended, pick up the ball with both hands and put it back down in the same spot.				
5.	Have the patient pick up a polystyrene cup with their affected hand and put it on the table on the other side of their body without any alteration to the cup.				
6.	Continuous opposition of thumb to each finger 14 x in 10 seconds. Each finger in turn taps the thumb, starting with the index finger. Do not allow thumb to slide from one finger to the other or go backwards.				
7. Advanced Hand Activities					
1.	Have the patient reach forward to pick up the top of a pen with their affected hand, bring the affected arm back to their side and put the pen cap down in front of them.				
2.	Place 8 jellybeans, (beans), in a teacup an arms length away on the affected side. Place another teacup an arms length away on the intact side. Have the patient pick up one jellybean with their affected hand and place the jellybean in the cup on the intact side.				
3.	Sitting (Pronation / Supination) : Affected arm on table with elbow unsupported at side. Patient asked to supinate and pronate forearm (3/4 range acceptable).				
4.	Have the patient pick up a pen/pencil with their affected hand, hold the pen as for writing, and position it without assistance and make rapid consecutive dots (not strokes) on a sheet of paper. Goal : at least 2 dots a second for 5 seconds.				
5.	Have the patient take a dessert spoon of liquid to their mouth with their affected hand without lowering the head toward the spoon or spilling.				
6.	Have the patient hold a comb and comb the back of their head with the affected arm in abduction and external rotation, forearm in supination.				
8. Walking					
1.	With assistance the patient stands on affected leg with the affected weight bearing hip extended and steps forward with the intact leg.				
2.	Walks with the assistance of one person.				
3.	Walks 10 feet or 3 meters without assistance but with assistive device.				
4.	Walks 16 feet of 15 meters without a device or assistance in 15 seconds.				
5.	Walks 33 feet or 10 meters without assistance or a device. Is able to pick up a small object from the floor with either hand and walk back in 25 seconds.				
6.	Walks up and down 4 steps with or without a device but without holding on to a rail 3 x in 35 seconds.				
8. Walking					
1.	Flaccid, limp, no resistance when body parts are handled.				
2.	Some resistance felt as body parts are moved.				
3.	Variable, sometimes flaccid, sometimes good tone, sometimes hypertonic.				
4.	Hypertonic 50% of the times.				
5.	Hypertonic all of the time.				
6.	Consistently normal response.				

## 2.2 DYNAMIC GAIT INDEX

## LAMPIRAN XVI

<b>SOURCE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Herdman SJ, Vestibular Rehabilitation, 2nd ed. Philadelphia, PA; F.A.Davis Co; 2000.</li> <li>2. Shumway-Cook A, Woolacott M. Motor Control Theory and Applications, Williams and Wilkins Baltimore, 1995; 323-324</li> </ol>
<b>AIMS</b>	To assess the likelihood of falling in older adults. Designed to test eight facets of gait.
<b>TOOL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Box (Shoebox)</li> <li>b. Cones (2), Stairs</li> <li>c. 20' length and 15" wide walkway</li> </ol>
<b>PROCEDURE</b>	<p>I PROCEDURE</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Has 8 items.</li> <li>b. Each item ranging from 0-3</li> <li>c. Grading the lowest category that applies.</li> <li>d. Total Score is 24</li> </ol> <p style="text-align: center;">0                      3</p> <p style="text-align: center;">Lowest level of function to the highest level of function</p>
<b>INTERPRETATION OF SCORE</b>	<p>Less than 19 = Predictive of falls in the elderly</p> <p>More than 22 = Safe ambulators</p>

## DYNAMIC GAIT INDEX UNIT FISIOTERAPI

KLINIK KESIHATAN : \_\_\_\_\_

NAME : \_\_\_\_\_

IC NUMBER : \_\_\_\_\_

R/N : \_\_\_\_\_

AGE : \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS : \_\_\_\_\_

No	Scale	Activity	DATE	DATE	DATE
1		<b>Gait level surface</b>  <b>Instructions : Walk at your normal speed from here to the next mark (20')</b>			
	3	Normal : Walks 20', no assistive devices, good speed, no evidence for imbalance, normal gait pattern			
	2	Mild Impairment : Walks 20', uses assistive devices, slow speed, mild gait deviations.			
	1	Moderate Impairment : Walks 20', slow speed, abnormal gait pattern, evidence for imbalance.			
	0	Severe Impairment : Cannot walk 20' without assistance, severe gait deviations or imbalance. Pain is mild and comes and goes.			
2		<b>Change in gait speed</b>  <b>Instructions : Begin walking at your normal pace (for 5'), when i tell you "go", walk as fast as you can (for 5'). When i tell you "slow", walk as slowly as you can (for 5')</b>			
	3	Normal : Able to smoothly change walking speed without loss of balance or gait deviation. Shows a significant difference in walking speeds between normal, fast and slow speeds.			
	2	Mild Impairment : Is able to change speed but demonstrates mild gait deviations, or not gait deviations but unable to achieve a significant change in velocity, or uses an assistive device.			
	1	Moderate Impairment : Makes only minor adjustments to walking speed, or accomplishes a change in speed with significant gait deviations, or changes speed but loses balance but is able to recover and continue walking.			
	0	Severe Impairment : Cannot change speeds, or loses balance and has to reach for wall or be caught.			

<b>3</b>		<p>Gait with horizontal head turns</p> <p>Instructions : Begin walking at your normal pace. When i tell you to "look right," keep walking straight, but turn your head to the right. Keep looking to the right until i tell you, "look left," then keep walking straight and turn your head to the left. Keep your head to the left until i tell you "look straight" then keep walking straight, but return your head to the center.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Performs head turns smoothly with no change in gait			
	<b>2</b>	Mild impairment : Performs head turns smoothly with slight change in gait velocity, i.e., minor disruption to smooth gait path or uses walking aid.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Performs head turns with moderate change in gait velocity, slows down, staggers but recovers, can continue to walk.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Performs task with severe disruption of gait, i.e., staggers outside 15' path, loses balance, stops, reaches for wall.			
<b>4</b>		<p>Gait with vertical head turns</p> <p>Instructions : Begin walking at your normal pace. When i tell you to "look up," keep walking straight, but turn your head up. Keep looking up until i tell you, "look down," then keep walking straight and turn your head down. Keep your head down until i tell you "look straight" then keep walking straight, but return your head to the center.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Performs head turns smoothly with no change in gait.			
	<b>2</b>	Mild Impairment : Performs head turns smoothly with slight change in gait velocity, i.e., minor disruption to smooth gait path or uses walking aid.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Performs head turns with moderate change in gait velocity, slows down, staggers but recovers, can continue to walk.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Performs task with severe disruption of gait i.e., staggers outside 15" path, loses balance, stops, reaches for wall.			

<b>5</b>		<p>Gait and pivot turn</p> <p>Instructions : Begin walking at your normal pace. When i tell you, "turn and stop," turn as quickly as you can to face the opposite direction and stop.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Pivot turns safely within 3 seconds and stops quickly with no loss of balance.			
	<b>2</b>	Mild Impairment : Pivot turns safely in > 3 seconds and stops with no loss of balance.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Turns slowly, requires verbal cueing, requires several small steps to catch balance following turn and stop.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Cannot turn safely, requires assistance to turn and stop.			
<b>6</b>		<p>Step over Obstacle</p> <p>Instrustions : Begin walking at your normal speed. When you come to the shoebox, step over it, not around it, and keep walking.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Is able to step over the box without changing gait speed, no evidence of imbalance.			
	<b>2</b>	Mild Impairment : Is able to step over box, but must slow down and adjust steps to clear box safely.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Is able to step over box but must stop, then step over. May require verbal cueing.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Cannot perform without assistance.			

<b>7</b>		<p>Step over Obstacle</p> <p>Instructions : Begin walking at your normal speed. When you come to the first cone (about 6' away), walk around the right side of it. When you come to the second cone (6' past first cone), walk around it to the left.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Is able to walk around cones safely without changing gait speed, no evidence of imbalance.			
	<b>2</b>	Mild Impairment : Is able to step around both cones, but must slow down and adjust steps to clear cones.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Is able to clear cones but must significantly slow, speed to accomplish task, or requires verbal cueing.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Unable to clear cones, walks into one or both cones, or requires physical assistance.			
<b>8</b>		<p>Steps</p> <p>Instructions : Walk up these stairs as you would at home, i.e., using the railing if necessary. At the top, turn around and walk down.</p>			
	<b>3</b>	Normal : Alternating feet, no rail.			
	<b>2</b>	Mild Impairment : Alternating feet, must use rail.			
	<b>1</b>	Moderate Impairment : Two feet to stair, must use rail.			
	<b>0</b>	Severe Impairment : Cannot do safely.			
		<b>TOTAL SCORE</b>			

## 3.2 TIMED UP &amp; GO TEST

## LAMPIRAN XVII

<b>SOURCE AIMS</b>	To measure & predict the probability for falls
<b>TOOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Arm chair</li> <li>b. Tape measure</li> <li>c. Tape</li> <li>d. Stop watch</li> </ul>
<b>PROCEDURE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Begin with subject sitting correctly on chair with arms, back should resting on the back of the chair. The chair should be stable and positioned such that it will not move when the subject moves from sitting to standing.</li> <li>b. Place a piece of tape on the floor 3 meters away from the chair.</li> <li>c. Instructions to subject:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1. "on the word GO you will stand up, walk to the line on the floor, turn around and walk back to the chair and sit down. Walk at your pace."</li> </ul> </li> <li>d. Start timing on the word 'GO' and stop timing when the subject is seated again correctly on the chair with thei back resting.</li> <li>e. The subject should be given a practice trial that is not timed before testing.</li> </ul>
<b>INTERPRETATION OF SCORE</b>	<p><math>\leq 10</math> seconds = Normal</p> <p><math>\leq 20</math> seconds = Good mobility, can go out alone, mobile without a gail aid</p> <p><math>&lt; 30</math> seconds = Problems, cannot go outside alone, requires a galt aid</p>

## TIME UP & GO TEST (TUG)

### UNIT FISIOTERAPI

KLINIK KESIHATAN : \_\_\_\_\_

NAME : \_\_\_\_\_

IC NUMBER : \_\_\_\_\_

R/N : \_\_\_\_\_

AGE : \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS : \_\_\_\_\_

Date	TIME				Interpretation
	1st	2nd	3rd	Average	



# MODIFIED BARTHEL INDEX

## LAMPIRAN XVIII

NAME : \_\_\_\_\_

MRN : \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS : \_\_\_\_\_

Activity	CRITERIA	Initial Ass.	After 2 week	After 4 week	After 6 week	After 8 week	After 10 week	After 12 week
Personal Hygiene	Unable to perform task (0) Substantial help required (1) Moderate help required (3) Minimal help required (4) Fully independent (5)							
Bathing								
Feeding	Unable to perform task (0) Substantial help required (1) Moderate help required (5) Minimal help required (8) Fully independent (10)							
Toilet								
Stair Climbing								
Dressing								
Bowel Control								
Bladder Control								
Chair/ Bed transfers	Unable to perform task (0) Substantial help required (3) Moderate help required (8) Minimal help required (12) Fully independent (15)							
Ambulation								
Or Wheelchair (score only if patient is unable to ambulate and is trained in wheelchair)	Unable to perform task (0) Substantial help required (3) Moderate help required (8) Minimal help required (12) Fully independent (15)							
TOTAL SCORE (100)								

SCORING :

MBI TOTAL SCORE	DEPENDENCY LEVEL	HOURS OF HELP REQUIRED PER WEEK
0 - 24	Total	27.0
0 - 24	Total	27.0
0 - 24	Total	27.0
0 - 24	Total	27.0
0 - 24	Total	27.0

Therapist : .....

Signature : .....

Date : .....

## UNIT PEMULIHAN CARAKERJA

### THE LAWTON INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE

Circle the item description that most closely resembles the clients highest functional level (either 0 or 1)

<p><b>Ability to Use Telephone</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Operate telephone on own initiative: look up an dials numbers</li> <li>2. Dial a few well-known numbers 1</li> <li>3. Answer telephone, but does not dial 0</li> <li>4. Does not use telephone at all 0</li> </ol> <p><b>Shopping</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Takes care of shopping needs independently 1</li> <li>2. Shop independently for small purchase 0</li> <li>3. Needs to be accompanied on any shopping trip 0</li> <li>4. Completely unable to shop 0</li> </ol> <p><b>Food Preparation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plans, prepare and serve adequate meals independently 1</li> <li>2. Prepare adequate meals if supplied with ingredients 0</li> <li>3. Heat and serves prepared meals or prepare meals but does not maintain adequate diet 0</li> <li>4. Needs to have meals prepared and serves 0</li> </ol> <p><b>House Keeping</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maintain house alone with occasion Assistance (heavy work) 1</li> <li>2. Perform light daily task such as dishwashing, bed making 1</li> <li>3. Perform light daily tasks, but cannot maintain adequate level of vleanliness 1</li> <li>4. Does not participate in any house keeping tasks 1</li> </ol>	<p><b>Laundry</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Does personal laundry completely 1</li> <li>2. Launders small item, rinses sock, stocking, etc 1</li> <li>3. All laundry must be done by others 0</li> </ol> <p><b>Mode of Transportation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travels independently on public transportation or drive own car 1</li> <li>2. Arranges own travels via taxi, but does not otherwise use public transportation 1</li> <li>3. Travels on public transportation when assisted or accompanied by another 1</li> <li>4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another 0</li> <li>5. Does not travel at all 0</li> </ol> <p><b>Responsibility for Own Medication</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct times 1</li> <li>2. Take responsibility if medication is prepared in advance in seprate Dosages 1</li> <li>3. Is not capable of dispensing own medication 0</li> </ol> <p><b>Ability to Handle Finance</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manages financial matters independently (budget, writes check, pay rent bill, goes to bank) Collect and keep track of income 1</li> <li>2. Manages day-to-day purchase, but needs help with banking, major Purchase, etc 1</li> <li>3. Incapable of handling money 0</li> </ol>
---	--

### Score : /8

The higher the score, the greater the person's ability  
(Assessment of older people self maintaining and instrumental activities of daily living) A summary socre ranges from 0 (low function, dependent) to 8 (high function, independent) for women, and 0 through 5 for men.

# INTEREST CHECKLIST

LAMPIRAN XX

Activity	What has been your level of interest						Do you currently participate in this activity?		Would you like to pursue this in the future?	
	In the past ten years			In the past years						
	Strong	Some	No	Strong	Some	No	Yes	No	Yes	No
Gardening Yardwork										
Sewing/ needle work										
Palying card										
Foreign languages										
Church activities										
Radio										
Walking										
Car repair										
Writing										
Dancing										
Golf										
Football										
Listening to popular music										
Puzzles										
Holiday Activities										
Pets/ livestock										
Movie										
Listening to classical music										
Speeches/ lectures										
Swimming										
Bowling										
Visiting										
Mending										
Checkers/ Chess										
Barbecues										
Reading										
Traveling										
Parties										
Wrestling										
Housecleaning										
Model building										
Televisio										
Concerts										
Pottery										

## INTEREST CHECKLIST Continued

Activity	What has been your level of interest						Do you currently participate in this activity?		Would you like to pursue this in the future?	
	In the past ten years			In the past years						
	Strong	Some	No	Strong	Some	No	Yes	No	Yes	No
Camping										
Laundry/ Ironing										
Politics										
Table games										
Home decorating										
Clubs/ Lodge										
Singing										
Scouting										
Clothers										
Handicrafts										
hairstyling										
Cycling										
Attending plays										
Bird watching										
Dating										
Auto-racing										
Home repairs										
Exercise										
Hunting										
Woodworking										
Pool										
Driving										
Child care										
Tennis										
Cooking/ Baking										
Basketball										
History										
Collecting										
Fishing										
Science										
Letherwork										
Shopping										
Photography										
Painting/ Drawing										

## Home Assessment Form (Brief)

**LAMPIRAN XXI**

**KK :**.....

Name : .....

Date : .....

Add : ..... Diagnosis : .....

General Description :

Apartment/ flat : ..... Terrace : ..... Banglow : ..... Village : .....

No. Persons Residing : ..... Relationship to patients : .....

Transportation : .....

Neighborhood description : .....

Access to Living Area : (Consider entryway, ramps, steps, rolling, sidewalk).....

General Household Description (consider general appearance, floor surface, laundry, width of haft-ways, telephone, storage and stairs.....

### 1. Bedroom :

Accessibility to :

Bed (heaight, firmness).....

Closets.....

Light Switch.....

Functional Abilities :

Bed transfers.....

Bed Mobility.....

Comments.....

### 2. Bathroom :

Accessibility to :

Sink : .....

Toilet : .....

Shower : .....

Equipment (grab bars, rubber mat etc.)

Turn around Space.

Functional Activities • Toilet transfers

**3. Kitchen :**

Accessibility to :

Sink.....

Store (range and oven, control).....

Refrigerator.....

Work area (counter height).....

Storage Area.....

Functional Abilities :

Able to transport articles.....

Reach store top and oven.....

Take items from refrigerator.....

Reach cabinet.....

**4. Summary/ Recommendation :**

.....

.....

.....

.....

.....

Occupational Therapist

## HOME EVALUATION CHECKLIST (Detailed)

KK : .....

NAME : ..... SEX : M / F D.O.B : .....

MRN : ..... RACE : M / C / I OTHERS : .....

CURRENT ADDRESS : .....  
.....  
.....

CONTACTABLE TELEPHONE / MOBILE : .....  
.....  
.....

DIAGNOSIS / PATIENT DETAILS : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

PHOTOGRAPH TAKEN : YES / NO

1. MOBILITY STATUS : ..... Ambulatory..... Cane..... Walker..... Wheelchair.....

.....

2. TYPE OF HSE

.....

3. DRIVEWAY SURFACE:..... Inclined..... Smooth..... Level..... Rough.....

.....

4. ENTRANCE : ..... Front ..... Front  
: ..... Gate ..... Gate  
: ..... Path ..... Others

5. DOOR : Width

.....Swing in .....Swing out .....Sliding

6. STAIRS : Width..... Height..... Depth..... Number..... Handrails : Y / N on R / L

Height fr. Step surface.....

COMMENTS :.....

.....

7. LIVING ROOM :

Furniture arrangement suitable for maneuver ? Y / N Is frequently used furniture accessible ? Y / N

Height and Depth of most frequent used chair.....On / Off chair

.....

Type of floor covering :.....Electric switches / outlets accessible ? Y / N

COMMENTS :.....

.....

8. HALLWAY : Can w / c or walking aid be maeuvered in hallway ? Y / N Sharp turns ? Y / N

Steps / no : Y / N.....

9. DINING ROOM : Ht. of dining table :..... Ht. of dining chair :.....W / c

accessible ? Y / N Switches ? Y / N

COMMENTS.....

.....

10. BEDROOM :.....Single .....Shared

.....Sliding

Door Width.....Swing in .....Swing out

Drawer accessible ? Y / N Closet accessible ? Y / N Is Lighting sufficient ? Y / N

On / Off bed..... Bed frame Ht..... Mattress Ht.....

Type : Hard / M / Soft

Switches accessible ? Y / N Is there enough room for w / c maneuver ? Y / N



COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

11. BATHROOM : Door Width..... Swing In ..... Swing Out ..... Sliding

Shower facilities accessible ? Y / N Can w / e get close to : Sink..... Ht. & Dh.....

Bathtub..... Ht. & Dh.....

COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

12. TOILET : Door Width..... Swing in ..... Swing out ..... Sliding

Type :.....

Toilet facilities accessible ? Y / N On / Off Toilet..... Toilet sit Ht.....

Toilet location :.....

COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

13. KITCHEN : Door Width..... Swing In ..... Swing Out

Sliding W / e Accessible ? Y / N ..... Swing In ..... Swing Out

Stove accessible with w / c or walking aids ? Y / N Y / N Ht..... Dh.....

Sink accessible with w / e or walking aids ? Y / N Y / N Ht..... Dh.....

Will w / e fit under neath ? Y / N

Cabinet accessible with w / c or walking aids ? Y / N Ht..... Dh.....

Kitchen table accessible with w / c or walking aids ? Y / N Ht..... Dh.....

COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

---

14. PATIENT FUNCTIONAL ACTIVITIES :

Can patient enter / leave home independently ? Y / N, if N what assistance is needed?

.....  
 .....  
 .....

Can patient move about his / her home freely ? Y / N, if N what assistance is needed?

.....  
 .....  
 .....

Which transfer activities is patient's unable to perform independently ?

Bed to w / c..... Toilet..... Shower..... Automobile.....

COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

---

15. RELATIVES / NEIGHBOURS / STAFF OF HOME / HELP AVAILABLE :

COMMENTS :.....  
 .....  
 .....

---

16. HOME MANAGEMENT ACTIVITIES :

.....  
 .....  
 .....

---

17. PROBLEM LIST :

.....  
 .....  
 .....

---

18. AIDS AND ADAPTATION RECOMMENDED :

.....

.....

.....

.....

(OCCUPATIONAL THERAPIST SIGNATURE)

## PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - PHQ-9

NAME : \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH : \_\_\_\_\_ TODAY DATE : \_\_\_\_\_

Fill in the boxes with pen or pencil to mark your answers.

A. Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems ?

	Not at All	Several days	More than half the days	Nearly every day
	0	1	2	3
1. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trouble falling/staying asleep, sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Feeling tired or having little energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poor appetite or overeating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total Score _____ =	_____ +	_____ +	_____ +	_____ +

B. If you have been bothered by any of the 9 problems listed above, please answer the following:

How difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all

☐

Somewhat Difficult

☐

Very Difficult

☐

Extremely Difficult

☐

This health survey was adapted from the PRIME-MD® Patient Health Questionnaire © 1999, Pfizer Inc. Reproduced with permission. For research information, contact Dr. Robert L. Spitzer at rls8@columbia.edu.

## **BAB 10**

### **Rujukan**

## | RUJUKAN

1. Akta Kanak-kanak 2001.
2. Akta Keganasan Rumahtangga 1994 & Pindaan 2012.
3. Akta Pendaftaran Kelahiran dan Kematian 1957 (Akta 299).
4. Akta Orang Kurang Upaya 2001.
5. Akta Kesihatan Mental 2001.
6. American Dietetic Association. Dietitians of Canada. Nutrition assessment of adults in: Manual of Clinical Dietetics. 6th ed. Chicago, Ill: 2000:3-37, and 2000:235-252, American Dietetics Association.
7. A. Michael Dougherty (1995) Consultation Practice and Perspectives in School and Community Settings, Brooks/Cole Publishing Company.
8. Albert R. Roberts, Allen J. Ottens. Roberts ( ), Seven Stage Crisis Intervention Model. State University of New Jersey.
9. Clinical Practice Guidelines – Management of Stroke (June 2006), Ministry of Health Malaysia.
10. Consensus Statement on the Management of Ischaemic Stroke (2000), Ministry of Health, Malaysia Academy of Medicine of Malaysia.
11. Corr S (1995) Occupational Therapy for stroke patient after hospital discharge: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation, 9:291-6.
12. Drummond AER, Walker MF (1995) A randomized controlled trial of leisure rehabilitation after stroke. Clinical Rehabilitation; 9:283-90.
13. Francis J. Turner (1995) Differential Diagnosis and Treatment in Social Work, The Free Press A. Div. of Macmillan, USA.
14. Domiciliary Care 101 by Commonwealth of Pennsylvania, May 2006
15. Edmans J. et al. (2001) Occupational Therapy And Stroke, WHURR Publishers, London
16. Edmans J. (2003). Occupational Therapy and Stroke. WHURR Publishers, London and Philadelphia.
17. Eggers O. (1983) Occupational Therapy in the Treatment of Adult Hemiplegia. Butterworth-Heinmann.
18. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (2006). ESPEN Guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. Clinical Nutrition. 25:245-259
19. Freishtat B. (1986). The Adult Stroke Patient, A Manual For Education And Treatment Of Perceptual And Cognitive Dysfunction. SLACK Incorporated NJ.
20. Fary Khan, Ian J Baguley and Ian D Cameron, MJA 2003 178(6) : 290 – 295 Rehabilitation After Traumatic Brain Injury
21. Gillen G. (1998) Stroke Rehabilitation – A Function Based Approach. St. Louis: Mosby- Year Book Inc.
22. Geblert S. and Browne T. (2006) Handbook of Health Social Work, Wiley and Sons, Inc. New Jersey.
23. Garis Panduan Perkhidmatan Rehabilitasi Di Klinik Kesihatan, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM 2014.
24. Garis Panduan Melaksanakan Perkhidmatan Kesihatan Warga Tua Di Peringkat Daerah, Klinik Kesihatan Dan Penglibatan Komuniti, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM 2006.
25. Garis Panduan Perkhidmatan Rehabilitasi Di Klinik Kesihatan, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM 2014.
26. Garis Panduan Perkhidmatan Minda Sihat, Edisi 1 (BPKK, KKM), Mac 2007.
27. Garis Panduan Pendaftaran Orang Kurang Upaya (2012). Jabatan Pembangunan Orang Kurang Upaya, Jabatan Kebajikan Masyarakat.
28. Ireton - Jones C. & Turner W. (1991). Actual or ideal body weight: which should be used to predict energy expenditure J Am Diet Assoc. 91:193-195.
29. Kod Etika Pegawai Kerja Sosial Perubatan

30. Kathryn S.B. RN, Phd, CS.Et All. Mosby (1991). Year Book, St. Louis,. Promoting Stroke Recovery: A Research – Based Approach For Nurses.
31. Kenneth N. K. Fong , Chetwyn C. H. Chan And Derrick K. S. AC, (2001). Vol. 15, No. 5, 443 –453 Brain Injury Relationship Of Motor And Cognitive Abilities To Functional Performance In Stroke Rehabilitation.
32. Let's talk About Stroke. An Information Guide For Survivors and Their Families (2005). Heart and Stroke Foudation.
33. MDA (2005) Medical Nutrition Therapy Guidelines for Nutrition Support in Critically Ill Adults. Malaysia's Dietitian Association.
34. MDA. 2005. Medical Nutrition Therapy Guidelines for Diabetes Mellitus, Malaysia's Dietitian Association
35. Modul Latihan Pengendalian Fisioterapi Asas untuk Warga Emas oleh PPP dan Jururawat Peringkat Penjagaan Kesihatan Primer (2013). Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan dan Jabatan Fisioterapi, Hospital Kuala Lumpur.
36. Manual Diet Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia (2006).
37. Manual Latihan Bagi Penjaga, Jagaan Asas OKU di Institusi & di Rumah, (Edit II, Julai 2013). Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan Malaysia.
38. Pamela, D. & Victoria, L. (2000). Nutrition Manual. DAA (WA Branch) and Health Department for Western Australia.
39. Promoting Independence Following a Stroke: A Guide for Therapists and Profesionals Working in Primary Health Care (1990). World Health Organisation.
40. Predretti L.W. , Lilie S. M., Foti D., (1996) Occupational Therapy Practice Skills For Physical Dysfunction : Activities of Daily Living, Mosby, 4th Ed. USA, Pg 463 – 506.
41. Prosedur Operasi Standard Pemulihan Carakerja Pesakit Strok (2013) Perkhidmatan Pemulihan Carakerja, KKM).
42. Pedretti, L.W., Zoltan, B. (1990) Occupational Therapy Practice Skills For Physical Dysfunction. The C.V Mosby Company,ST Louis.
43. Richard C. Senlick, M.D, Peter W.Rossi, M.D.,and Karla Dougherty (1999). Living with Stroke, (Revised Version) A Guide For Families. Contemparay Books.
44. Standard Operating Prosedur Perkhidmatan Fisioterapi Di Kesihatan Primer (2015). Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan Malaysia.
45. Samir Muhazzab Amin,Winny Abdul (2009). Penghantar Kerja Sosial. Utusan Publication & Distribution Sdn. Bhd.
46. Siev E, Freishtat B, Zoltan B. (1986). Perceptual and Cognitive Dysfunction in the Adult Stroke Patient. New Jersey: Slack Inc.
47. Trombly CA, Radomski MV. (2002) Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins, 5th edition (Pg. 308-326)
48. Workshop on Stroke and Head Injury Rehabilitation – Hospital Sultanah Aminah 2000.
49. www.heartandstroke.ca.
50. Zoltan B. (1986) The Adult Stroke Patient. SLACK Incorporated N.J.
51. Zoltan B. (1990) Occupational Therapy Practice skills for Physical Dysfunction.Mosby Company. (Pg.6-7)





## **BAB 10**

# **Penghargaan dan Sumbangan**

## | JAWATANKUASA PEMANDU

### MANUAL JAGAAN PESAKIT STROK (ANGIN AHMAR) DI PERINGKAT PENJAGAAN KESIHATAN PRIMER

---

<b>1. YBhg. To' Puan Dr. Safurah Bt. Hj. Jaafar</b> Pengarah Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga Jabatan Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia	Penasihat
--	-----------

---

<b>2. Dr. Yusniza Bt. Mohd Yusof</b> Ketua Jabatan & Ketua Perkhidmatan Rehabilitasi Hospital Rehabilitasi Cheras, Kuala Lumpur	Penasihat
---	-----------

---

<b>3. Dr. Ungku Ahmad Ameen B. Ungku Mohd Zam</b> Pakar Perubatan Geriatrik Jabatan Perubatan Geriatrik Hospital Tengku Ampuan Rahimah Klang, Selangor	Penasihat
--	-----------

---

<b>4. Dr. Baizuri Binti Bashah</b> Ketua Perkhidmatan Pakar Perubatan Keluarga Klinik Kesihatan Putrajaya Presint 18, W.P. Putrajaya	Penasihat
---	-----------

---

<b>5. Dr. Hajah Faridah Bt. Hj. Abu Bakar</b> Timbalan Pengarah Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga Jabatan Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia	Penasihat
---	-----------

---

<b>6. Dr. Salimah Bt. Hj. Othman</b> Ketua Penolong Pengarah Kanan Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga Jabatan Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia	
--	--

---

<b>7. Puan Cheoh Siew Tin</b> Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga Jabatan Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia	
--	--

---

## | PENGHARGAAN

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Kementerian Kesihatan Malaysia merakamkan setinggi-tinggi penghargaan dan terima kasih kepada semua anggota kesihatan di Hospital Rehabilitasi Cheras, Kuala Lumpur dan pegawai-pegawai di peringkat kebangsaan, negeri, daerah dan semua yang telah memberi sumbangan secara langsung dan tidak langsung dalam penyediaan Manual ini.

## | SUMBANGAN

### **Tn. Hj. Abdul Wahab B. Zain**

Penyelia Penolong Pegawai Perubatan Sektor Kesihatan  
Warga Emas Bahagian Pembangunan Kesihatan  
Keluarga, Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Dr. Aminah Bee Bt. Mohd. Kassim**

Pakar Perubatan Kesihatan Awam  
Sektor Kesihatan Kanak-Kanak  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Pn. Aina Mazwin Bt. Mohamed Radzi**

Pegawai Psikologi  
Hospital Serdang, Selangor

### **Pn. Ainun Jariah bt. Mokhtar**

Jurupulih Perubatan Carakerja  
Klinik Kesihatan Putrajaya, Putrajaya

### **En. Azmirul B. Shuib**

Jurupulih Perubatan Fisioterapi  
Klinik Kesihatan Kuala Selangor, Selangor

### **Dr. Hj. Bahanordin B. Hj. Jaafar**

Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi  
Hospital Tengku Ampuan Rahimah Klang, Selangor

### **Pn. Cheoh Siew Tin**

Ketua Penyelia Jurawat Kesihatan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Pn. Erniza Bt. Zakaria**

Jurupulih Perubatan Carakerja  
Klinik Kesihatan Putrajaya

### **Pn. Eshah Bt. Musa**

Ketua Jururawat  
Klinik Rehabilitasi  
Hospital Tengku Jaafar, Seremban  
Negeri Sembilan

### **Pn. Faizah Bt. Abdul Rashid**

Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan  
Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Pn. Faridah Anion Bt. Othman**

Jurupulih Perubatan Fisioterapi  
Hospital Kuala Lumpur

### **Pn. Hasmah Bt. Sabur**

Ketua Jururawat  
Unit Neurologi  
Hospital Sultanah Nur Zahirah,  
Kuala Trengganu, Terengganu

### **Dr. Hamimah Bt. Saad**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Putrajaya  
W.P. Putrajaya

### **Dr. Ho Bee Kiau**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Botanik, Klang  
Selangor

### **Cik Husmeela Bt. Hussain**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Kuala Lumpur

### **Cik Haryani Bt. Harun**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Teluk Intan, Perak

### **En. Ismadi B. Jaafar**

Penyelia Penolong Pegawai Perubatan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

### **Pn .Ifa Ruziati Bt. Omar**

Jurupulih Perubatan Fisioterapi  
Klinik Kesihatan Bandar Kuantan, Pahang

### **En. Ilman Hadree B. Idris**

Pegawai Dietetik  
Klinik Kesihatan Bandar Kuantan, Pahang

### **Dr. Kavitha a/p Ratnalingam**

Pakar Perubatan Rehabilitasi  
Hospital Sungei Buluh, Selangor

### **En. Lee Boon Hock**

Pegawai Psikiologi  
Hospital Rehabilitasi Cheras,  
Kuala Lumpur

**Pn.Mumtaz Jehan Bt. Abdul Rashid**

Pegawai Kerja Sosial Perubatan  
Klinik Kesihatan Kajang, Selangor

**En. Mohd Azmarul B. A. Aziz**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Rehabilitasi Cheras,  
Kuala Lumpur

**En. Mohd Shahril B. Ahmad**

Pegawai Pemulihan Perubatan Carakerja  
Pejabat Kesihatan Daerah Kuantan  
Pahang

**Pn. Marnette Selvy Anthony**

Ketua Jururawat  
Unit Perawatan Di Rumah  
Hospital Kuala Lumpur

**Pn. Meme Norraya Yahya**

Ketua Jururawat Kesihatan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**En. Mat Saad B. Abdullah**

Penolong Pegawai Perubatan  
Klinik Kesihatan Hiliran,  
Kuala Trengganu, Terengganu

**Pn. Marina Bt Abd. Malek**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Kuala Lumpur

**En. Mohd. Samsuri B. Muhammad Latpi**

Jurupulih Perubatan Carakerja  
Hospital Kuala Lumpur

**En. Muthuraman a/ Sellathurai**

Jurupulih Perubatan Carakerja  
Hospital Tuanku Fauziah, Kangar Perlis

**Dr. Md. Annar B. Ab. Samad**

Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Unit Rehabilitasi  
Bahagian Perkembangan Perubatan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Mohamad B. Salleh**

Pakar Perubatan Kesihatan Awam  
Sektor Kesihatan Warga Emas  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Norhayati Bt. Hussein**

Pakar Perubatan Rehabilitasi  
Hospital Rehabilitasi Cheras,  
Kuala Lumpur

**Dr. Nik Mazlana b/Bt.Mohammad**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Kajang, Selangor

**Pn. Norlina Bt. Abdullah**

Pengajar Jururawat  
Kolej Kejururawatan, Kuala Pilah

**Dr. Norizzati Bukhary Bt. Ismail Bukhary**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Bandar Baru Bangi,  
Hulu Langat, Selangor

**Pn. Nurul Huda Bt. Ibrahim**

Pegawai Dietetik  
Cawangan Kesihatan Primer  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Pn. Norilah Bt. Kassim**

Jururawat Kesihatan Awam  
Klinik Kesihatan Telok Datuk  
Kuala Langat, Selangor

**Pn. Noor Afni bt. Mohd Arif**

Pembantu Tadbir  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Cik Nur Eliana Bt. Mohd Ariff**

Pembantu Tandbir  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Cik Noor Azlin Bt. Zakaria**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Sungai Petani, Kedah

**Pn. Norzila Bt.Hasan**

Pegawai Kerja Sosial Perubatan  
Hospital Kuala Lumpur

**Dr. Nuzul Elme Bt. Abdul Razak**

Ketua Penolong Pengarah  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi,  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan  
Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia

**Pn. Ong Hai Choo**

Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi  
Hospital Sultanah Albayah, Alor Setar, Kedah

**Dr. Ruziaton Bt. Hasim**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Seksyen 7, Shah Alam, Petaling,  
Selangor

**Pn. Rohaidza Bt. Yahaya**

Penyelia Jururawat  
Klinik Kesihatan Kapar, Klang  
Selangor

**Pn. Roszida Bt. Ahmad Zahid**

Pegawai Kerja Sosial Perubatan  
Hospital Tuanku Jaafar, Seremban, Negeri Sembilan

**Pn. Rohiza Bt. Atan**

Jurupulih Perubatan Fisioterapi  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi,  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, Jabatan  
Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia

**Cik Saraswathi a/p S. Annamalai**

Penyelia Jururawat  
Klinik Kesihatan Simpang Ampat  
Seberang Perai Selatan, Pulau Pinang

**Pn. Sukhjit Kaur**

Pegawai Pemulihan Fisioterapi  
Hospital Sultanah Aminah, Johor

**Pn. Suhaini Bt. Bassah**

Ketua Jururawat Kesihatan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Salimah Bt. Hj. Othman**

Pakar Perubatan Kesihatan Awam  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Siti Aminah Bt. Akhbar Merican**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Seberang Takir  
Kuala Terengganu, Terengganu

**En. Sukri B. Sulaiman**

Jurupulih Perubatan Carakerja  
Klinik Kesihatan Teluk Intan, Perak

**Cik Teh Wei Siew**

Pegawai Sains Pemakanan,  
Bahagian Pemakanan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**En. Thillainathan a/l Krishnan**

Pegawai Pemulihan Perubatan Carakerja  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Pn. Wan Norizan Bt. Wan Othman**

Pegawai Psikologi  
Hospital Rehabilitasi Cheras, Kuala Lumpur

**Pn. Yusliza Bt. Ishak**

Ketua Jururawat  
Hospital Rehabilitasi Cheras  
Kuala Lumpur

**Dr. Yusniza Bt. Mohd. Yusof**

Ketua Profesyen & Pakar Perunding Perubatan  
Rehabilitasi  
Hospital Rehabilitasi Cheras  
Kuala Lumpur

**Pn. Yusmaeliza Bt. Istihat**

Pegawai Dietetik  
Cawangan Kesihatan Primer  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Zaiton Bt. Yahya**

Pakar Perubatan Keluarga  
Klinik Kesihatan Sandakan, Sabah

**En. Zainal Abidin B. Mohd Kasim**

Penolong Pegawai Perubatan  
Hospital Tuanku Jaafar, Seremban  
Negeri Sembilan

**En. Zaidi B. Yaacob**

Pegawai Pemulihan Perubatan Pertuturan & Bahasa  
Hospital Kuala Lumpur

**En. Zulkifle B. Mohd Zain**

Jurupulih Perubatan Fisioterapi  
Klinik Kesihatan Hiliran, Kuala Trengganu  
Terengganu

## | PENYUNTING

**Puan Cheoh Siew Tin**

Ketua Penyelia Jururawat Kesihatan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Nuzul Elme Bt. Abdul Razak**

Ketua Penolong Pengarah  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi,  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga,  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**Dr. Salimah Bt. Hj. Othman**

Ketua Penolong Pengarah Kanan  
Sektor Kesihatan Orang Kurang Upaya & Rehabilitasi  
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Awam  
Kementerian Kesihatan Malaysia





**B.P.K.K.**  
BAGIAN PEMBANGUNAN KESEHATAN KELUARGA

*Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga*  
**Kementerian Kesihatan Malaysia**