

## MODEL REHABILITASI STROKE BERBASIS MASYARAKAT DI PUSKESMAS ANTARA KOTA MAKASSAR

### COMMUNITY-BASED STROKE REHABILITATION MODEL IN ANTARA HEALTH CENTERS MAKASSAR CITY

Wayabulani Idris<sup>1\*</sup>, Frida Chairunnisa<sup>2</sup>, Andi Rasdiyanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Puskesmas Antara Kota Makassar  
email: [wayabulani@gmail.com](mailto:wayabulani@gmail.com)

<sup>2</sup> Politeknik STIA LAN Makassar  
email: [fchairunisa68@gmail.com](mailto:fchairunisa68@gmail.com)

<sup>3</sup> Politeknik STIA LAN Makassar  
email: [a.rasdiyanti@gmail.com](mailto:a.rasdiyanti@gmail.com)

#### Article History

Submitted: 30 Juli 2024

Review : 05 Agustus 2024

Publish : 11 November 2024

#### Kata kunci (Keywords):

Rehabilitasi Stroke  
(*Stroke Reahabilitaion*);  
Berbasis Masyarakat  
(*Community Based*);  
Puskesmas (*Health  
Primary Centre*).

#### ABSTRAK

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di Indonesia, dengan prevalensi yang terus meningkat. Dampak stroke tidak hanya mempengaruhi individu, tetapi juga keluarga dan masyarakat. Di wilayah kerja Puskesmas Antara terjadi peningkatan kasus tiap tahunnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas Antara Kota Makassar. Metode penelitian kualitatif digunakan untuk mengeksplorasi komponen penting dalam pengembangan model dan faktor-faktor yang meningkatkan aksesibilitas layanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengembangan model melibatkan pembentukan tim multidisiplin, penerapan pendekatan holistik, pelibatan aktif keluarga dan masyarakat, serta pemanfaatan sumber daya lokal. Faktor-faktor yang meningkatkan aksesibilitas meliputi lokasi layanan yang dekat, biaya terjangkau, keterlibatan masyarakat, edukasi, dan dukungan kebijakan pemerintah. Rekomendasi yang diusulkan mencakup pengembangan program pelatihan, perekrutan tenaga kesehatan rehabilitasi, peningkatan integrasi dan komunikasi antar fasilitas kesehatan, pengembangan sistem pemantauan, pemanfaatan teknologi digital, dan penguatan kebijakan terkait. Implementasi model ini diharapkan dapat meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat, serta mendukung pemulihan pasien dalam lingkungan mereka sendiri.

#### Abstract

*Stroke is the leading cause of disability and death in Indonesia, with an increasing prevalence. The impact of stroke not only affects individuals, but also families and communities. In the working area of the Antara Health Center there is an increase in cases every year. This study aims to develop a model of community-based stroke rehabilitation services at the Antara Health Center in Makassar City. Qualitative research methods were used to*

\* Penulis Korespondensi  
Email: [wayabulani@gmail.com](mailto:wayabulani@gmail.com)

*explore important components in the development of the model and factors that improve service accessibility. The results showed that the development of the model involved the formation of a multidisciplinary team, the application of a holistic approach, the active involvement of families and communities, and the utilization of local resources. Factors that improve accessibility include proximity to services, affordable costs, community involvement, education, and government policy support. Recommendations include developing training programs, recruiting rehabilitation health workers, improving integration and communication between health facilities, developing monitoring systems, utilizing digital technology, and strengthening related policies. The implementation of this model is expected to improve the accessibility and quality of community-based stroke rehabilitation services, as well as support the recovery of patients in their own environment.*

---

## **PENDAHULUAN**

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan utama di dunia, menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga secara global (WSO, 2022). Di Indonesia, Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2013 dan 2018, prevalensi stroke mengalami peningkatan dari 7 permil pada tahun 2013 menjadi 10,9 permil pada tahun 2018, dengan Sulawesi Selatan tercatat sebagai daerah dengan prevalensi stroke tertinggi secara nasional yaitu 17,9 permil. Stroke tidak hanya berdampak pada fungsi fisik, tetapi juga mempengaruhi aspek kognitif, emosional, dan sosial penderitanya, yang secara signifikan menurunkan kualitas hidup (Duncan et al., 2021)

Rehabilitasi pasca-stroke memainkan peran penting dalam pemulihan penderita, namun akses terhadap layanan rehabilitasi yang berkualitas masih menjadi tantangan, terutama di negara berkembang (Bernhardt et al., 2020). Kendala seperti keterbatasan fasilitas, biaya layanan, kurangnya informasi, dan stigma sosial seringkali menghambat penderita stroke untuk mendapatkan rehabilitasi yang optimal (Bright et al., 2018). Selain itu, model layanan konvensional cenderung kurang efektif dalam memberikan perawatan yang berkelanjutan dan terindividualisasi (Gallacher et al., 2019).

Rehabilitasi di layanan primer oleh *World Health Organization* (WHO) adalah bagian dari perkembangan perawatan kesehatan primer dan rehabilitasi yang telah menjadi fokus organisasi ini selama beberapa dekade. Berikut adalah beberapa poin penting dalam sejarah rehabilitasi di layanan primer oleh WHO:

*Alma-ATA Declaration* (1978): Dokumen ini dianggap sebagai tonggak sejarah dalam perkembangan layanan primer kesehatan. Dalam deklarasi ini, konsep kesehatan primer didefinisikan sebagai pendekatan yang holistik, dengan fokus pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Meskipun rehabilitasi bukanlah fokus utama dalam deklarasi ini, namun ia dimasukkan

sebagai salah satu komponen yang penting dalam konsep layanan primer (World Health Organization, 2019)

*Charter for Health Promotion* (1986): Dokumen ini menekankan pentingnya promosi kesehatan dan rehabilitasi sebagai bagian integral dari pendekatan kesehatan primer ([World Health Organization, 2004](#)). *World Disability Report* (2011): WHO merilis laporan ini yang membahas masalah disabilitas secara global dan mendorong peran layanan primer dalam rehabilitasi. Laporan ini menyoroti pentingnya perawatan kesehatan primer dalam mendukung orang dengan disabilitas dan memberikan akses yang lebih baik ke layanan rehabilitasi.

*Rehabilitation 2030 a call for action* (2017): WHO meluncurkan inisiatif "*Rehabilitation 2030*" yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan rehabilitasi di seluruh dunia. Inisiatif ini menggarisbawahi pentingnya integrasi rehabilitasi dalam sistem perawatan kesehatan primer dan bagaimana hal ini dapat berkontribusi pada pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) terutama SDG 3 (tiga) tentang kesehatan yang baik dan kesejahteraan.

**Pandemi Covid 19:** Pandemi COVID-19 telah menyoroti pentingnya rehabilitasi dalam pemulihan pasien yang terkena dampak jangka panjang dari penyakit ini. WHO telah memberikan panduan dan dukungan untuk memastikan bahwa layanan rehabilitasi mencakup pemulihan pasien pasca COVID-19.

Seiring berjalannya waktu, WHO semakin mengakui pentingnya rehabilitasi dalam perawatan kesehatan primer dan terus berupaya untuk mempromosikan akses yang lebih baik ke layanan rehabilitasi, terutama untuk orang-orang dengan disabilitas atau kondisi kesehatan yang memerlukan rehabilitasi. Sejarah ini mencerminkan evolusi pandangan dan pendekatan WHO terhadap rehabilitasi sebagai bagian integral dari perawatan kesehatan primer dan pemenuhan hak kesehatan masyarakat.

Secara global, khususnya di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, rehabilitasi dalam sistem kesehatan memerlukan penguatan agar layanan berkualitas tinggi dan terjangkau tersedia bagi semua yang membutuhkan. Penguatan seperti ini tidak hanya akan menjamin penghormatan terhadap hak asasi manusia namun juga akan meningkatkan kualitas hidup kesehatan dan memberikan manfaat sosial dan ekonomi ([World Health Organization, 2018](#))

Selanjutnya sebagai jaminan kesehatan universal secara tegas diidentifikasi sebagai target SDGs (*Sustainability Development Goals*) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (kesehatan), dan negara-negara tersebut didorong untuk memastikan akses yang adil terhadap layanan kesehatan berkualitas tinggi dan terjangkau, termasuk rehabilitasi. Kemajuan menuju cakupan kesehatan universal, dan rehabilitasi universal cakupan khususnya, sangat bervariasi di seluruh dunia ([World Health Organization, 2018](#))

Secara historis, rehabilitasi yang telah dilakukan masih merupakan prioritas yang rendah bagi banyak negara, khususnya negara-negara dengan investasi kesehatan yang terbatas yang mengakibatkan layanan yang terbelakang dan tidak terkoordinasi dengan baik mengenai ketersediaan layanan rehabilitasi, beberapa penelitian yang dilakukan di Afrika bagian selatan menunjukkan adanya kesenjangan yang besar antara kebutuhan akan rehabilitasi dan realisasinya ([World Health Organization, 2018](#))

Puskesmas, sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan masyarakat, memiliki potensi besar untuk mengimplementasikan program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat. Pendekatan ini menekankan pada keterlibatan aktif masyarakat, dukungan berkelanjutan, dan penyesuaian intervensi dengan konteks kehidupan sehari-hari pasien. Di Puskesmas Antara Kota Makassar, prevalensi stroke menunjukkan tren peningkatan dari 14 orang pada tahun 2021 menjadi 25 orang per Oktober 2023, mengindikasikan kebutuhan akan model layanan rehabilitasi yang lebih efektif dan terjangkau.

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di Puskesmas Antara Kota Makassar dan mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan aksesibilitas pelayanan rehabilitasi stroke bagi pasien. Dengan mengintegrasikan pendekatan berbasis masyarakat ke dalam sistem pelayanan kesehatan primer, diharapkan penelitian ini dapat memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup penderita stroke, memberdayakan masyarakat, dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan.

## **KAJIAN LITERATUR**

Kesehatan masyarakat tidak bisa dipisahkan dari konsep pelayanan publik, karena bertujuan memberikan manfaat maksimal bagi masyarakat secara keseluruhan yang mencakup strategi pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kuratif dan rehabilitatif ([Turnock, 2016](#)). Sebagai bagian dari pelayanan publik, pelayanan kesehatan harus dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat tanpa memandang status sosial atau ekonomi. Konsep aksesibilitas mencakup ketersediaan layanan, biaya yang terjangkau, dan pemberian informasi yang jelas. Pemerintah dan penyedia layanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap warga negara dapat dengan mudah mengakses perawatan yang mereka butuhkan ([Fleming & Parker, 2020](#))

Pelayanan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan publik juga mencakup tanggung jawab sosial. Ini berarti mendorong partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan dan memberdayakan mereka untuk mengelola kesehatan mereka sendiri. Selain itu, tanggung jawab sosial juga mencakup upaya untuk menjaga keberlanjutan sumber daya kesehatan dan melibatkan masyarakat dalam kampanye kesehatan yang berkelanjutan ([Shi & Stevens, 2018](#)).

Melalui fokus pada pencegahan, aksesibilitas, dan tanggung jawab sosial, pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi upaya individu tetapi juga bagian integral dari upaya bersama untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Pelayanan kesehatan yang efektif dan merata adalah cerminan dari komitmen suatu negara terhadap prinsip pelayanan publik yang berkualitas.

Pentingnya rehabilitasi sangat signifikan dalam perawatan pasien yang mengalami kondisi medis, cedera, atau disabilitas. Berikut adalah beberapa alasan mengapa rehabilitasi penting: ([World Health Organization, 2018](#)). Pertama, pemulihan fisik: Rehabilitasi membantu pasien untuk memulihkan dan meningkatkan fungsi fisik mereka, seperti gerakan, mobilitas, kekuatan, dan keseimbangan. Hal ini penting dalam mengembalikan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kedua : Pemulihan Kognitif, bagi mereka yang mengalami gangguan kognitif, seperti cedera otak traumatis atau penyakit neurodegeneratif, rehabilitasi kognitif membantu memperbaiki fungsi otak, termasuk memahami, berpikir, dan mengingat. Ketiga: Dukungan Kesehatan Mental dimana rehabilitasi melibatkan dukungan untuk kesehatan mental, termasuk penanganan stres, depresi, dan gangguan kejiwaan. Ini penting untuk pasien yang mungkin mengalami dampak emosional akibat kondisi medis atau cedera. Keempat: Pencegahan Kambuhnya Kondisi, melalui edukasi dan perubahan gaya hidup, rehabilitasi membantu mencegah kambuhnya kondisi kesehatan, seperti stroke atau penyakit jantung. Kelima: Inklusi Sosial. rehabilitasi membantu individu untuk kembali terlibat dalam masyarakat, berpartisipasi dalam kehidupan sosial, dan mencapai independensi yang lebih besar. Keenam: Meningkatkan Kualitas Hidup, dengan mengembalikan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas yang mereka nikmati dan mencapai kemandirian, rehabilitasi secara signifikan meningkatkan kualitas hidup pasien. Ketujuh: Pengurangan Biaya Perawatan Jangka panjang, Investasi dalam rehabilitasi dapat membantu mengurangi biaya perawatan jangka panjang dan perawatan intensif yang mungkin diperlukan jika pasien tidak menerima rehabilitasi yang memadai.

Rehabilitasi merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan. Regulasi terkait rehabilitasi diatur didalam PMK 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi. Pelayanan fisioterapi di Indonesia tidak saja dapat diakses pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat rujukan, namun sudah dapat dijumpai pada beberapa fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dasar/primer

Rehabilitasi stroke berbasis masyarakat merupakan pendekatan yang semakin mendapat perhatian dalam upaya meningkatkan pemulihan dan kualitas hidup pasien stroke. Konsep ini menggabungkan prinsip-prinsip rehabilitasi medis dengan keterlibatan aktif masyarakat untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan ([Mountain et al., 2020](#)).

Menurut *World Health Organization* (WHO), rehabilitasi berbasis masyarakat (*Community-Based Rehabilitation/CBR*) adalah strategi dalam pengembangan masyarakat untuk rehabilitasi, pemerataan kesempatan, dan inklusi sosial dari semua orang dengan disabilitas ([World Health Organization & Consortium, 2010](#)). Dalam konteks stroke, pendekatan ini bertujuan untuk mengoptimalkan pemulihan pasien dengan memanfaatkan sumber daya lokal dan melibatkan masyarakat dalam proses rehabilitasi.

Beberapa penelitian terdahulu telah menunjukkan efektivitas rehabilitasi stroke berbasis masyarakat. [Mayo et al., \(2015\)](#) menemukan bahwa program rehabilitasi berbasis masyarakat dapat meningkatkan kemandirian fungsional dan kualitas hidup pasien stroke secara signifikan dibandingkan dengan perawatan konvensional. Studi lain ([P & S, 2019](#)) menegaskan bahwa terapi rehabilitasi yang dilakukan di lingkungan masyarakat dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Peran puskesmas sebagai fasilitas kesehatan primer dalam implementasi rehabilitasi stroke berbasis masyarakat sangat penting. Kemenkes RI (2013) menekankan bahwa puskesmas memiliki posisi strategis dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, termasuk rehabilitasi, kepada masyarakat. Integrasi rehabilitasi stroke ke dalam layanan puskesmas dapat meningkatkan aksesibilitas dan kontinuitas perawatan bagi pasien stroke.

Model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas melibatkan beberapa komponen kunci. Pertama, penilaian awal yang komprehensif untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik pasien ([Gittler & Davis, 2018](#)). Kedua, pembentukan tim kesehatan multidisiplin yang terlatih dalam manajemen stroke ([Gittler & Davis, 2018](#)). Ketiga, pengembangan rencana perawatan individual yang melibatkan pasien dan keluarga dalam pengambilan Keputusan ([Luker et al., 2015](#)). Keempat, pelaksanaan sesi terapi dan rehabilitasi yang disesuaikan dengan konteks local ([Ogunlana et al., 2014](#)). Kelima, pendidikan pasien dan keluarga tentang manajemen stroke ([Lo et al., 2018](#)). Keenam, penyediaan dukungan psikososial ([Lin et al., 2019](#)). Dan ketujuh, kolaborasi aktif dengan komunitas setempat ([Bernhardt et al., 2020](#)).

Penelitian ini menawarkan kebaruan dalam mengembangkan model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat yang spesifik untuk konteks puskesmas di Indonesia, khususnya di Puskesmas Antara Kota Makassar. Model ini akan mempertimbangkan karakteristik unik sistem kesehatan primer di Indonesia, sumber daya yang tersedia di puskesmas, dan dinamika sosial-budaya masyarakat setempat. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan rehabilitasi stroke di tingkat komunitas. Rehabilitasi stroke berbasis masyarakat merupakan pendekatan yang semakin mendapat perhatian dalam upaya meningkatkan pemulihan dan kualitas hidup pasien stroke. Konsep ini

menggabungkan prinsip-prinsip rehabilitasi medis dengan keterlibatan aktif masyarakat untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi observasional deskriptif. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh pemahaman mendalam tentang model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di Puskesmas Antara Kota Makassar.

Sumber data penelitian meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara langsung dengan pemangku kepentingan, termasuk perwakilan Dinas Kesehatan, BPJS, tenaga kesehatan Puskesmas, kader kesehatan, pasien stroke, dan keluarga pasien. Data yang dikumpulkan mencakup profil pasien, partisipasi dalam rehabilitasi, evaluasi klinis, keberhasilan rehabilitasi, sikap dan pengetahuan pasien, kualitas hidup, serta kepuasan pasien dan keluarga terhadap layanan. Data sekunder diperoleh dari literatur kesehatan, data statistik, catatan puskesmas, dan informasi komunitas yang relevan.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan meliputi panduan wawancara untuk profesional kesehatan dan keluarga pasien, dan kader kesehatan mewakili komunitas, *checklist* observasi langsung, formulir pemeriksaan medis, dan instrumen-instrumen ini dirancang untuk mengumpulkan informasi komprehensif tentang berbagai aspek model rehabilitasi stroke.

Pengolahan dan analisis data penelitian dilakukan dengan mengelompokkan data berdasarkan tema-tema utama yang selaras dengan komponen-komponen dalam kerangka penelitian, melakukan triangulasi data dari berbagai sumber seperti pasien, keluarga, tenaga kesehatan, pemangku kebijakan serta metode pengumpulan data yang berbeda. Kemudian disintesis untuk mengembangkan pemahaman yang lebih dalam tentang bagaimana berbagai komponen dalam model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat saling berinteraksi dan berfungsi dalam konteks puskesmas.

## **HASIL PENELITIAN**

Di lingkungan puskesmas, program rehabilitasi stroke bertujuan untuk mendukung program rehabilitasi di klinik atau rumah sakit. Pasien stroke di fase awal disarankan untuk mengikuti program rehabilitasi rutin di rumah sakit untuk membantu pemulihan pasca stroke. Setelah perkembangan pasien sudah mulai meningkat, maka rehabilitasi bisa dilanjutkan di puskesmas oleh fisioterapis disertai dengan program pendukung lain seperti pencegahan sekunder, edukasi tentang stroke, dan program jangka panjang. Selain itu, pada kasus-kasus yang tidak memungkinkan pasien untuk menjalani rehabilitasi di rumah sakit atau klinik, maka untuk rehabilitasi di puskesmas, fisioterapis bisa melakukan kunjungan ke rumah pasien untuk memberikan program rehabilitasi. Hal ini bertujuan

untuk mendukung pasien-pasien yang mengalami kendala untuk mengikuti program rehabilitasi di rumah sakit atau klinik

### **Karakteristik Informan**

Penelitian ini melibatkan 8 informan kunci yang terdiri dari: Kepala Bidang Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan, perwakilan BPJS, dokter rehabilitasi medik, fisioterapis, kepala puskesmas, keluarga pasien, pasien stroke dan kader Kesehatan sebagai perwakilan komunitas

Saat ini Puskesmas Antara belum memiliki layanan khusus rehabilitasi stroke. Layanan yang tersedia hanya berupa lanjutan pengobatan dan kontrol metabolik setelah pasien dirujuk dari rumah sakit.

### **Kebutuhan Pengembangan Model Layanan**

Dalam upaya mengembangkan model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di Puskesmas Kota Makassar, hasil wawancara dengan informan menunjukkan adanya beberapa kebutuhan penting yang perlu diperhatikan. Model ini mencakup berbagai aspek yang saling terkait dan bertujuan untuk memberikan perawatan komprehensif bagi pasien stroke.

### **Penilaian Awal**

Penilaian awal mengacu pada proses evaluasi yang dilakukan oleh tim rehabilitasi medis, terutama dokter rehabilitasi medik, untuk menilai kondisi dan kebutuhan pasien stroke secara menyeluruh. Penilaian dalam konteks ini meliputi beberapa aspek penting yaitu :

### **Penilaian Medis dan Fungsi**

Penilaian ini melibatkan evaluasi kondisi medis pasien, seperti riwayat penyakit, tanda dan gejala, jenis stroke, lokasi lesi, serta faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya stroke dan evaluasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti makan, berpakaian, berjalan, dan aktivitas pribadi lainnya. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan intervensi rehabilitasi. Adapun bagaimana dokter Rehabilitasi medik melakukan penilaian awal, dokter Rehabilitasi Medik menyatakan

“Pasien terlebih dahulu dirujuk dari Puskesmas ke rumah sakit untuk di evaluasi oleh dokter Rehabilitasi Medik, dilakukan penilaian awal pada pasien, dan ditegakkan diagnosis fungsi, ditentukan daftar masalah, prognosis serta rencana terapi nya. Terkait pemeriksaan medis dinyatakan oleh dokter Rehabilitasi Medik yaitu dengan melakukan : “ a) Anamnesis , b) Pemeriksaan fisik : Tanda vital, penilaian postur, Penilaian fungsi mobility, Penilaian fungsi komunikasi dan kognitif, penilaian fungsi neuromuskular, penilaian fungsi musculoskeletal, penilaian fungsi kardiorespirasi, penilaian fungsi menelan, penilaian fungsi ekskresi. Penilaian deformitas fisik yang terjadi akibat stroke nya. Kemudian dilakukan penilaian kemampuan merawat diri dan aktivitas sehari-hari (instrumennya Barthel indeks, FIM, ARAT (fungsi Tangan), IADL (kemandirian aktivitas sehari dalam penggunaan instrumen), c) Penilaian apa aktivitas dan partisipasi dari pasien yang terganggu”. (Wawancara dokter Rehabilitasi Medik 27 Februari 2024)

### **Penilaian Kognitif dan Komunikasi**

Selain kondisi fisik, dokter rehabilitasi medik juga menekankan perlunya menilai fungsi kognitif dan kemampuan komunikasi pasien. Dokter menjelaskan,

"Stroke dapat memengaruhi fungsi kognitif seperti memori, perhatian, dan pemrosesan informasi, serta kemampuan berbicara dan memahami Bahasa". (Wawancara dokter Rehabilitasi Medik 27 Februari 2024)

### **Penilaian psikologis**

Aspek emosional dan psikologis juga dianggap penting dalam penilaian awal. dokter menyatakan,

"Pasien stroke sering mengalami depresi, kecemasan, dan penurunan harga diri. Kami harus menilai kondisi ini agar dapat menyediakan dukungan yang tepat.". (Wawancara dokter Rehabilitasi Medik 27 Februari 2024)

### **Tim Kesehatan dan Pelatihan**

Tim kesehatan dan pelatihan mengacu pada sekelompok tenaga kesehatan dan profesional yang terlibat dalam memberikan perawatan, rehabilitasi, dan pelatihan kepada pasien stroke dan keluarganya di lingkungan masyarakat. Dijelaskan oleh dokter Rehabilitasi Medik.

"Dalam program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas, anggota tim kesehatan yang terlibat biasanya meliputi: Dokter spesialis ahli saraf, dokter rehabilitasi medis, dokter umum, terapis fisik, terapis okupasi, terapis wicara, nutrisisionis, perawat dan nakes lapangan yang turun edukasi dan pembinaan ke masyarakat".

Dokter Rehabilitasi Medik juga memastikan bahwa setiap anggota tim kesehatan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk memberikan layanan rehabilitasi yang efektif kepada pasien stroke dengan cara berikut: Memastikan ketersediaan profesional yang terlatih dalam bidangnya, seperti dokter spesialis ahli saraf, dokter rehabilitasi medis, terapis fisik, terapis okupasi, dan ahli gizi; Memberikan pelatihan dan upgrading kontinyu untuk anggota tim Kesehatan; Mendukung kolaborasi antarprofesi dalam tim medis multidisiplin; Merencanakan program rehabilitasi yang holistik dan individu untuk setiap pasien; Mempersiapkan persiapan sebelum mulai rehabilitasi, seperti konsultasi dengan dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi; Melakukan evaluasi konstan terhadap kinerja dan hasil rehabilitasi; Mempromosikan motivasi dan semangat pasien dalam proses rehabilitasi. Tim ini bekerja secara kolaboratif dan terpadu untuk memberikan layanan rehabilitasi yang komprehensif kepada pasien stroke di lingkungan masyarakat, dengan melibatkan keluarga dan masyarakat sekitar dalam proses rehabilitasi tersebut.

### **Pengembangan Rencana Perawatan**

Pengembangan rencana perawatan adalah proses penyusunan rencana perawatan dan rehabilitasi yang komprehensif untuk pasien stroke, dengan mempertimbangkan hasil penilaian

kondisi pasien dan kebutuhan spesifik pasien. Adapun beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu pasien dijelaskan oleh dokter Rehabilitasi Medik adalah sebagai berikut; Evaluasi Komprehensif: Melakukan evaluasi awal yang komprehensif terhadap kondisi fisik, mental, dan sosial pasien stroke untuk memahami kebutuhan rehabilitasi yang spesifik; Penetapan Tujuan Bersama: Berdiskusi dengan pasien dan keluarga untuk menetapkan tujuan rehabilitasi yang realistis dan sesuai dengan kebutuhan individu pasien; Rehabilitasi Multidisiplin: Melibatkan tim medis multidisiplin dalam perencanaan program rehabilitasi untuk memastikan pendekatan holistik dan terintegrasi; Personalisasi Program: Menyesuaikan program rehabilitasi dengan kondisi fisik, mental, dan sosial pasien, serta mempertimbangkan preferensi dan kemampuan individu; Kolaborasi dengan Pasien dan Keluarga: Melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan rehabilitasi untuk memastikan pemahaman yang baik dan dukungan yang optimal; Pemantauan Progres:

“Melakukan pemantauan progres secara berkala dan menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan respons pasien terhadap intervensi rehabilitasi; Edukasi Pasien: Memberikan edukasi kepada pasien mengenai kondisi mereka, tujuan rehabilitasi, serta pentingnya keterlibatan aktif dalam proses pemulihan. Dengan menerapkan strategi-strategi ini, dokter Rehabilitasi Medik dapat menyesuaikan rencana perawatan rehabilitasi untuk setiap pasien stroke sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individunya dalam konteks layanan berbasis masyarakat di puskesmas”. (Wawancara dokter Rehabilitasi Medik 27 Februari 2024)

### **Pendidikan pasien dan keluarga**

Pendidikan pasien dan keluarga dalam model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas adalah program edukasi yang diberikan kepada pasien stroke dan keluarganya yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang kondisi stroke, manajemen perawatan, dan proses rehabilitasi. Beberapa aspek pendidikan pasien dan keluarga dijelaskan oleh dokter rehabilitasi medik yaitu; Edukasi tentang stroke :Pengertian stroke, jenis-jenis stroke, penyebab, faktor risiko, gejala stroke, pentingnya deteksi dini dan penanganan cepat saat terjadi stroke; Manajemen perawatan stroke: Peran pengobatan medis dalam mengatasi stroke, cara merawat pasien stroke di rumah, pencegahan komplikasi dan kekambuhan stroke; Rehabilitasi stroke: Pentingnya rehabilitasi dalam pemulihan fungsi fisik, kognitif, dan emosional.

“Jenis-jenis terapi rehabilitasi (fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, dan lain-lain) dan latihan yang dapat dilakukan di rumah untuk membantu proses rehabilitasi; Modifikasi gaya hidup: Edukasi tentang pola makan sehat dan aktivitas fisik untuk mencegah stroke berulang, Pengelolaan faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, obesitas, dan lain-lain; Dukungan emosional dan social: Strategi untuk mengatasi masalah psikologis pasca stroke; Peran keluarga dan lingkungan sosial dalam mendukung proses pemulihan”. (Wawancara 27 Februari 2024)

Pendidikan pasien dan keluarga ini penting untuk membantu mereka berpartisipasi secara aktif dalam proses rehabilitasi, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, dan mencapai hasil yang lebih baik dalam pemulihan pasien stroke. Adapun tantangan yang di hadapi dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya dalam model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas, dijelaskan oleh dokter rehabilitasi medik. Berikut adalah beberapa tantangan utama yang sering dihadapi; Tingkat Pendidikan dan Pemahaman Pasien serta Keluarga: Pasien dan keluarganya mungkin memiliki latar belakang pendidikan yang beragam, yang mempengaruhi pemahaman mereka terhadap informasi medis; Budaya dan Bahasa: Dalam komunitas yang multibahasa, dokter mungkin menghadapi kesulitan dalam berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarga yang tidak fasih dalam bahasa resmi. dan keyakinan budaya dan tradisional mengenai penyakit dan pemulihan bisa mempengaruhi penerimaan pasien terhadap metode rehabilitasi yang dianjurkan.

Mengatasi tantangan-tantangan ini membutuhkan pendekatan yang terintegrasi, melibatkan peningkatan sumber daya, pelatihan bagi tenaga medis, serta upaya kolaboratif dengan komunitas dan keluarga pasien. Selain itu, pendekatan yang berbasis budaya dan berfokus pada pasien sangat penting untuk memastikan bahwa edukasi dan rehabilitasi dapat dilakukan secara efektif dan berkelanjutan.

### **Sesi Terapi dan Rehabilitasi**

Sesi terapi dan rehabilitasi dalam model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas mengacu pada rangkaian intervensi terapeutik dan rehabilitatif yang diberikan kepada pasien stroke. Tujuannya adalah untuk membantu pemulihan fisik, kognitif, dan fungsional pasien setelah mengalami stroke.

Beberapa aspek yang tercakup dalam sesi terapi dan rehabilitasi dijelaskan oleh dokter Rehabilitasi medik yaitu; Fisioterapi: Latihan untuk meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, koordinasi, dan mobilitas, Terapi dengan modalitas seperti panas, dingin, listrik, atau ultrasonik untuk mengurangi nyeri dan kekakuan, Pelatihan berjalan, naik turun tangga, dan kegiatan fungsional sehari-hari; Terapi Okupasi, latihan untuk meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas dasar sehari-hari seperti makan, berpakaian, mandi, dan berpindah tempat, pelatihan keterampilan motorik halus dan koordinasi tangan, Penggunaan alat bantu adaptif dan modifikasi lingkungan untuk memfasilitasi kemandirian.

### **Tantangan Implementasi**

Tantangan utama yang teridentifikasi dalam implementasi model layanan ini meliputi keterbatasan SDM terlatih, keterbatasan fasilitas dan peralatan, keterbatasan anggaran, rendahnya kesadaran masyarakat, dan kurangnya koordinasi lintas sektor Kebutuhan Sarana dan Prasarana.

Beberapa sarana rehabilitasi stroke yang dibutuhkan di puskesmas meliputi matras latihan, bola latihan, tongkat penyangga, parallel bar, beban ringan, peralatan stretching, meja latihan fungsional, kursi roda, papan latihan keseimbangan, serta alat ukur seperti goniometer dan pita pengukur.

Pembentukan tim rehabilitasi stroke yang solid harus didukung oleh sistem rujukan yang efektif yaitu model rujukan balik antara Rumah Sakit dan Puskesmas dan penggunaan teknologi *telemedicine* untuk memudahkan konsultasi jarak jauh antara tenaga kesehatan.

### **Pembiayaan Layanan**

Berdasarkan informasi dari perwakilan BPJS, pembiayaan layanan rehabilitasi stroke di puskesmas dapat menggunakan mekanisme kapitasi yang sudah berjalan. Mekanisme non kapitasi masih perlu ditelaah lebih lanjut.

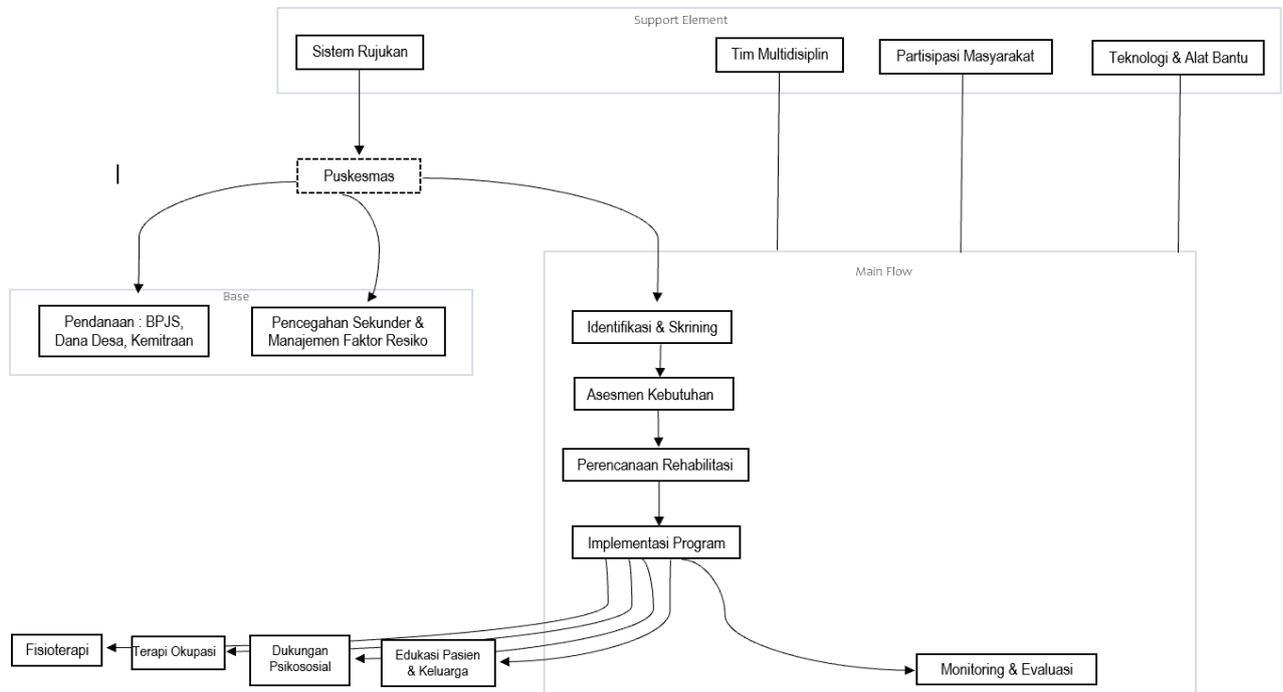
### **Harapan Stakeholder**

Harapan utama *stakeholder* terhadap pengembangan model layanan ini meliputi peningkatan kualitas hidup pasien, peningkatan akses layanan, pencegahan komplikasi, penguatan kapasitas puskesmas dan peningkatan kesadaran masyarakat

### **Model Layanan Rehabilitasi Stroke Berbasis masyarakat di Puskesmas**

Model Layanan Rehabilitasi Stroke Berbasis Masyarakat (MRBM) adalah pendekatan yang mengedepankan perawatan terpadu di tingkat komunitas. Berikut adalah detail dari model ini: Struktur Layanan: Berbasis di Puskesmas sebagai pusat koordinasi, melibatkan kader kesehatan masyarakat, terintegrasi dengan layanan kesehatan primer; Tim Multidisiplin: Dokter umum terlatih rehabilitasi stroke, Perawat komunitas, Fisioterapis, Terapis okupasi, Pekerja sosial, Psikolog (jika tersedia); Pelatihan: Pelatihan khusus untuk tenaga kesehatan Puskesmas, Pelatihan kader masyarakat untuk dukungan rehabilitasi dasar; Proses Layanan: Skrining dan identifikasi pasca-stroke di masyarakat, Asesmen kebutuhan rehabilitasi, Penyusunan rencana rehabilitasi individual, Pelaksanaan terapi di Puskesmas dan kunjungan rumah, Monitoring dan evaluasi berkala; Intervensi: Fisioterapi untuk pemulihan fungsi motorik, Terapi okupasi untuk aktivitas sehari-hari, Terapi wicara (jika diperlukan), Dukungan psikososial, Edukasi pasien dan keluarga; Partisipasi Masyarakat: Pembentukan kelompok dukungan stroke, Keterlibatan tokoh masyarakat dalam kampanye kesadaran; Teknologi dan Alat Bantu: Penggunaan aplikasi *mobile* untuk panduan Latihan, Alat bantu rehabilitasi sederhana yang dapat diproduksi lokal, *Telemedicine* untuk konsultasi dengan spesialis jika diperlukan; Integrasi Sosial: Program reintegrasi kerja atau aktivitas produktif, Adaptasi lingkungan rumah dan masyarakat, Kegiatan sosial inklusif untuk penyintas stroke; Pencegahan Sekunder: Manajemen faktor risiko stroke, Edukasi gaya hidup sehat, Pemantauan kesehatan rutin; Sistem Rujukan: Mekanisme rujukan ke rumah sakit untuk kasus kompleks, Kolaborasi dengan spesialis neurologi dan rehabilitasi medik; Pendanaan: Integrasi dengan sistem jaminan kesehatan

nasional, Pemanfaatan dana desa untuk program Kesehatan, Kemitraan dengan sektor swasta dan LSM; Monitoring dan Evaluasi: Pengumpulan data rutin tentang kemajuan pasien, Survei kepuasan pasien dan keluarga, evaluasi berkala efektivitas program



Gambar. 1. Usulan Model Layanan Rehabilitasi Stroke Berbasis Masyarakat di Puskesmas

Tabel 1 .Perbandingan Model Layanan rehabilitasi saat ini dan Model Layanan Rehabilitasi Berbasis Masyarakat

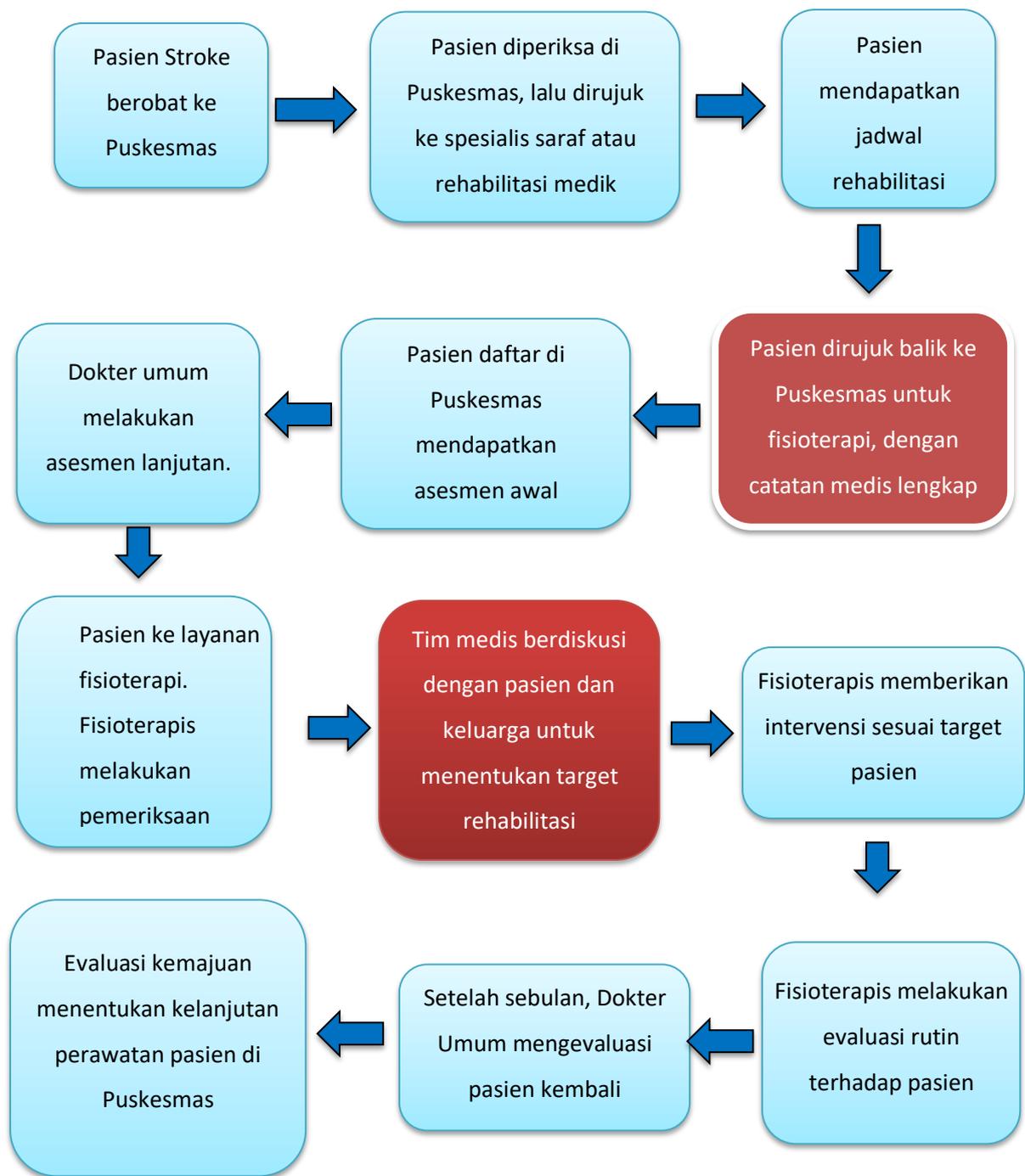
Aspek	Model Layanan Saat Ini	Model Layanan Berbasis Masyarakat
Lokasi Layanan	Rumah sakit atau klinik khusus	Puskesmas dan lingkungan masyarakat
Aksesibilitas	Terbatas oleh jarak dan transportasi	Lebih mudah diakses, dekat dengan tempat tinggal
Biaya	Cenderung lebih mahal	Lebih terjangkau
Kontinuitas Perawatan	Sering terputus setelah rawat inap	Berkelanjutan dan terintegrasi
Keterlibatan Keluarga/Masyarakat	Terbatas	Tinggi
Pendekatan	Fokus pada aspek medis dan fungsional	Holistik (medis, sosial, lingkungan)
Personalisasi Layanan	Terbatas oleh protokol rumah sakit	Fleksibel, disesuaikan kebutuhan lokal
Penggunaan Teknologi	Peralatan rumah sakit canggih	Teknologi sederhana dan inovatif
Fokus Intervensi	Pemulihan fungsi fisik	Pemulihan fisik, reintegrasi sosial, adaptasi lingkungan
Sumber Daya Manusia	Spesialis dan terapis profesional	Tenaga kesehatan lokal dan relawan terlatih
Durasi Program	Cenderung lebih singkat	Bisa lebih panjang, menyesuaikan kebutuhan
Integrasi dengan Layanan Lain	Terbatas pada sistem rumah sakit	Terintegrasi dengan layanan kesehatan primer

Sumber data : Data Primer ,2024

## **Usulan Alur Pelayanan Rehabilitasi Stroke Berbasis Masyarakat di Puskesmas Antara Kota Makassar**

Penelitian juga dilakukan dengan mensimulasikan model layanan ini kepada pasien stroke di Puskesmas. Dari hasil penelitian didapatkan usulan alur pelayanan rehabilitasi stroke Puskesmas Antara Kota Makassar: Pertama Pasien berobat ke Puskesmas dengan diagnosa stroke; kedua, Pasien diperiksa di Puskesmas dan dirujuk ke dokter saraf atau langsung ke layanan rehabilitasi medik (RS Unhas), sesuai hasil pemeriksaan; Ketiga, Pasien mendapatkan jadwal rehabilitasi medik (2 kali seminggu); Keempat, Pasien dirujuk balik ke Puskesmas untuk layanan fisioterapi di Puskesmas. Rujukan balik sebaiknya dilengkapi dengan hasil asesmen dokter saraf, intervensi/pengobatan dokter saraf, hasil asesmen dokter rehabilitasi medik, dan intervensi yang diberikan di layanan rehabilitasi medik; Kelima, Pasien mendaftar di Puskesmas. Perawat Puskesmas melakukan asesmen awal berupa: Anamnesis, mengukur tekanan darah, pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain; keenam dilakukan asesmen oleh dokter umum berupa: Evaluasi rujukan balik (hasil asesmen dokter saraf dan dokter rehabilitasi medik), Medikasi, Rencana fisioterapi, dan seterusnya; Ketujuh pasien diarahkan ke layanan fisioterapi. Fisioterapis melakukan pemeriksaan, berupa: Anamnesis, Pemeriksaan motorik, sensorik, dan kekuatan otot, Pemeriksaan kemampuan fungsional, keseimbangan, dan ADL, Pemeriksaan lain sesuai kondisi pasien (diisi saat uji coba). Berdasarkan hasil pemeriksaan, Dokter Umum, Perawat, dan Fisioterapis mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien terkait target yang ingin dicapai dalam pelayanan rehabilitasi di Puskesmas. Setiap pasien memiliki target dan ekspektasi yang berbeda. Target dan ekspektasi tersebut disesuaikan dengan kondisi masing-masing. Contoh target yang ingin dicapai: dalam 1 bulan, pasien sudah bisa berjalan sendiri (dengan atau tanpa alat bantu) sejauh 10 meter. Rencana rehabilitasi disusun untuk mencapai target yang telah ditentukan; Kedelapan, Fisioterapis melakukan intervensi yang disesuaikan dengan target yang ingin dicapai oleh pasien. Intervensi tersebut dapat berupa: Penguatan otot, Latihan mobilisasi (mobilisasi di tempat tidur, bangun dari tempat tidur, bangun dari duduk, duduk, duduk ke berdiri, berdiri, Latihan berjalan, Latihan ADL, Latihan lain sesuai hasil asesmen dan target yang ingin dicapai oleh pasien (ditambahkan saat uji coba). Selanjutnya, fisioterapis melakukan evaluasi sesaat (setelah terapi) dan berkala (1 bulan sekali), berupa: Pengukuran sesuai progress pencapaian target pasien, Pengukuran kemampuan fungsional, Pengukuran kemampuan ADL, Pengukuran lain sesuai hasil asesmen awal, Setelah satu bulan, pasien dievaluasi kembali oleh Dokter Umum dan rujukan rehabilitasinya diperbaharui, jika diperlukan. Evaluasi Dokter Umum berupa : Evaluasi progress dibandingkan dengan asesmen awal (termasuk dengan hasil asesmen dokter saraf dan dokter rehab medik), Pengobatan, dan seterusnya.; dan akhirnya jika dalam waktu satu-tiga (1-3) bulan, hasil evaluasi

kemajuan akan menentukan kapan pasien bisa sepenuhnya dilayani di Puskesmas, tanpa perlu dirujuk kembali ke rumah sakit. Misalnya, setelah dua (2) bulan, pasien sudah mengalami kemajuan pesat, sehingga hanya perlu menjalani fisioterapi satu kali seminggu di Puskesmas. Puskesmas juga berupaya menyediakan program jangka panjang yang bisa diikuti oleh pasien atau penyintas stroke secara berkelompok, misalnya senam bersama pasien stroke atau sesi edukasi bagi pasien stroke. Keterangan: Yang bertanda bintang belum ada pada saat uji coba alur ini tanggal 4 & 6 April 2024. Perlu ada kerja sama khusus (MOU) antara rumah sakit rujukan dan Puskesmas untuk merujuk balik pasien stroke ke Puskesmas untuk menjalani fisioterapi di luar jadwal rehabilitasi di rumah sakit. Secara jangka panjang, diperlukan kolaborasi antara dokter saraf, dokter rehabilitasi medik, fisioterapis rumah sakit, dokter umum Puskesmas, perawat Puskesmas, fisioterapis Puskesmas, dan tentu saja pasien dan keluarga pasien, serta Kader Puskesmas untuk membuat program ini bisa berjalan dengan baik (perlu penelitian lanjutan untuk uji coba model layanan kolaboratif ini).



\*) belum ada pada saat uji coba alur ini tanggal 4 & 6 April 2024. Perlu ada kerja sama khusus (MOU) antara rumah sakit rujukan dan Puskesmas untuk merujuk balik pasien stroke ke Puskesmas untuk menjalani fisioterapi di luar jadwal rehabilitasi di rumah sakit. Secara jangka panjang, diperlukan kolaborasi antara dokter saraf, dokter rehabilitasi medik, fisioterapis rumah sakit, dokter umum Puskesmas, perawat Puskesmas, fisioterapis Puskesmas, dan tentu saja pasien dan keluarga pasien, serta Kader Puskesmas untuk membuat program ini bisa berjalan dengan baik (perlu penelitian lanjutan untuk uji coba model layanan kolaboratif ini).

Gambar 2. Alur Pelayanan Rehabilitasi Stroke Puskesmas Antara Kota Makassar

## PEMBAHASAN

Model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat yang akan dikembangkan di Puskesmas Antara Kota Makassar mencerminkan pendekatan holistik dan terintegrasi dalam penanganan pasien stroke. Komponen-komponen model ini sejalan dengan rekomendasi *World Health Organization* (WHO) tentang rehabilitasi berbasis masyarakat, yang menekankan pentingnya pendekatan multidisiplin dan partisipasi aktif masyarakat dalam proses rehabilitasi.

Penilaian awal yang komprehensif dalam model ini mencakup aspek medis, fungsional, kognitif, dan psikososial, sesuai dengan konsep *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) yang dikembangkan oleh WHO. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi kebutuhan spesifik pasien dan pengembangan rencana perawatan yang personal, sejalan dengan prinsip *patient-centered care* yang semakin ditekankan dalam pelayanan kesehatan modern.

Keterlibatan tim multidisiplin dalam model ini menunjukkan pemahaman akan kompleksitas rehabilitasi stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian [Mountain et al., \(2020\)](#) yang menunjukkan bahwa pendekatan tim multidisiplin dapat meningkatkan hasil rehabilitasi stroke secara signifikan. Namun, tantangan dalam implementasi model ini, terutama terkait keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas di tingkat puskesmas, perlu mendapat perhatian serius.

Komponen edukasi pasien dan keluarga dalam model ini mencerminkan pemahaman akan pentingnya pemberdayaan pasien dan keluarga dalam proses rehabilitasi. Hal ini sesuai dengan temuan [Lo et al., \(2018\)](#) yang menunjukkan bahwa edukasi dan pelatihan keluarga dapat meningkatkan pemulihan pasien stroke dan mengurangi beban perawatan.

Integrasi dukungan psikososial dalam model layanan ini merupakan aspek penting yang sering terabaikan dalam rehabilitasi konvensional. Hal ini sejalan dengan penelitian [Hackett & Pickles \(2014\)](#) yang menunjukkan prevalensi tinggi masalah psikologis pada pasien stroke dan pentingnya intervensi psikososial dalam meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kolaborasi dengan komunitas dalam model ini mencerminkan pergeseran paradigma dari pendekatan berbasis fasilitas kesehatan ke pendekatan berbasis masyarakat. Hal ini sejalan dengan konsep *Community-Based Rehabilitation* (CBR) yang dipromosikan oleh WHO, yang menekankan pentingnya pemberdayaan masyarakat dalam rehabilitasi pasien dengan disabilitas.

Tantangan dalam implementasi model ini, terutama terkait keterbatasan sumber daya dan kesadaran masyarakat, mencerminkan realitas yang sering dihadapi dalam pengembangan layanan kesehatan di negara berkembang. Hal ini menunjukkan pentingnya pendekatan bertahap dan adaptif dalam implementasi model, serta kebutuhan akan dukungan kebijakan dan alokasi sumber daya yang memadai.

Pemanfaatan sistem pembiayaan kapitasi BPJS dalam model ini menunjukkan upaya untuk mengintegrasikan layanan rehabilitasi stroke ke dalam sistem jaminan kesehatan nasional. Namun, perlu kajian lebih lanjut untuk memastikan kecukupan pembiayaan dan keberlanjutan program dalam jangka panjang.

Secara keseluruhan, model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat yang diusulkan untuk dikembangkan di Puskesmas Antara Kota Makassar menunjukkan potensi untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan rehabilitasi stroke di tingkat primer. Namun, implementasi yang efektif akan membutuhkan komitmen dari berbagai pemangku kepentingan, penguatan kapasitas sistem kesehatan, dan adaptasi berkelanjutan berdasarkan evaluasi dan umpan balik dari masyarakat.

Adapun analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) dari model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas yang pertama; Kekuatan (*Strengths*): Internal puskesmas yang terdiri dari Aksesibilitas yang lebih baik karena lokasi puskesmas yang dekat dengan tempat tinggal masyarakat, tersedianya dana kapitasi puskesmas yang bisa dimanfaatkan untuk membiayai program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat, biaya yang lebih terjangkau dibandingkan dengan layanan rehabilitasi di fasilitas kesehatan tingkat lanjut, program upaya kesehatan masyarakat yang dapat menjangkau masyarakat secara menyeluruh, misalnya melalui pos pembinaan terpadu, keterlibatan keluarga dan masyarakat dalam proses rehabilitasi stroke berbasis masyarakat, keterlibatan relawan kesehatan (kader) untuk mendukung program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat.

Kedua Kelemahan (*Weaknesses*): Internal puskesmas yaitu terbatasnya sumber daya manusia terlatih di puskesmas, seperti fisioterapis dan terapis okupasi; Kurangnya pemahaman tenaga kesehatan di puskesmas tentang program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat; Kurangnya peralatan dan fasilitas rehabilitasi yang memadai di puskesmas; Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk menjalankan program rehabilitasi stroke di puskesmas; Persaingan dengan program-program kesehatan lain di puskesmas yang juga menjadi prioritas; Kesulitan dalam mengkoordinasikan dan memantau layanan yang tersebar di berbagai lokasi masyarakat; Belum tersedia panduan rehabilitasi stroke ditingkat puskesmas.

Ketiga Peluang (*Opportunities*): Eksternal puskesmas yaitu kebutuhan masyarakat akan layanan rehabilitasi stroke yang mudah diakses dan terjangkau; Potensi penghematan biaya kesehatan melalui program rehabilitasi stroke di puskesmas; Kebijakan kementerian kesehatan tentang ruang fisioterapi sebagai salah satu fasilitas yang bisa disediakan di puskesmas; Dukungan dari pemerintah dan organisasi kesehatan untuk program-program berbasis masyarakat; Kemajuan teknologi yang memungkinkan layanan rehabilitasi jarak jauh atau berbasis aplikasi; Kolaborasi dengan organisasi

masyarakat dan kelompok pendukung pasien stroke; Peluang untuk melibatkan sukarelawan dan relawan masyarakat dalam mendukung program rehabilitasi.

Ke-Empat Ancaman (*Threats*): Eksternal puskesmas yaitu keterbatasan pendanaan dan keberlanjutan program jika tidak masuk dalam salah satu program prioritas dalam anggaran dana kapitasi; Persaingan dengan layanan rehabilitasi di fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang mungkin dipersepsikan lebih berkualitas; Perubahan kebijakan pemerintah atau prioritas kesehatan yang dapat mempengaruhi dukungan untuk program rehabilitasi berbasis masyarakat; Tantangan dalam menjaga kepatuhan pasien dan keluarga terhadap program rehabilitasi jangka panjang; Potensi resistensi atau kurangnya partisipasi dari sebagian masyarakat karena faktor budaya atau persepsi negatif; Belum ada kerjasama antara Puskesmas dan Rumah Sakit untuk berkolaborasi mengembangkan layanan rehabilitasi stroke di puskesmas. Belum tersedia kebijakan yang spesifik tentang rehabilitasi stroke di puskesmas

Berdasarkan analisis SWOT diatas, layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas memiliki potensi untuk diimplementasikan dengan mempertimbangkan beberapa strategi berikut: Pertama Strategi *Strengths-Opportunities* (S-O); Memanfaatkan dana kapitasi dalam menyediakan layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat yang mudah diakses dan biaya terjangkau untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan layanan rehabilitasi stroke; Memanfaatkan aksesibilitas yang lebih baik dan biaya terjangkau untuk mempromosikan layanan ini kepada masyarakat, terutama dengan dukungan dari pemerintah dan organisasi Kesehatan; Melibatkan keluarga, masyarakat, dan sukarelawan dalam proses rehabilitasi untuk meningkatkan dukungan sosial dan emosional bagi pasien serta mengurangi beban layanan Kesehatan; Melakukan upaya kesehatan masyarakat dengan mengadopsi teknologi seperti aplikasi atau layanan jarak jauh untuk memperluas jangkauan dan meningkatkan keterlibatan pasien dalam rehabilitasi stroke berbasis masyarakat.

Kedua Strategi *Weaknesses-Opportunities* (W-O); Melakukan peningkatan kapasitas dan pemahaman tentang rehabilitasi stroke berbasis masyarakat bagi tenaga kesehatan di puskesmas; Mengadakan pelatihan dan pembinaan sumber daya manusia di tingkat masyarakat, seperti relawan dan keluarga, untuk mendukung layanan rehabilitasi; Melakukan upaya pengadaan fasilitas rehabilitasi stroke berbasis masyarakat untuk mendukung kebijakan pemerintah dalam upaya kesehatan berbasis masyarakat; Berkolaborasi dengan organisasi masyarakat dan kelompok pendukung pasien stroke untuk mengakses sumber daya dan fasilitas rehabilitasi yang memadai; Memanfaatkan kemajuan teknologi untuk menyediakan layanan rehabilitasi jarak jauh atau berbasis aplikasi, mengatasi keterbatasan sumber daya dan fasilitas di tingkat masyarakat.

Ketiga Strategi *Strengths-Threats* (S-T); Membangun kemitraan dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjut untuk memastikan kesinambungan dan kualitas layanan, serta mengatasi persaingan dengan layanan di fasilitas tersebut; Melakukan edukasi dan kampanye kesadaran masyarakat untuk mengatasi stigma dan persepsi negatif tentang stroke serta meningkatkan kepatuhan terhadap program rehabilitasi; Mengupayakan kebijakan dan pendanaan yang berkelanjutan dari pemerintah untuk mendukung program berbasis masyarakat ini.

Ke-Empat Strategi *Weaknesses-Threats* (W-T); Mengembangkan sistem koordinasi dan pemantauan yang efektif untuk menjaga kualitas layanan di berbagai lokasi masyarakat; Membangun kemitraan dengan pihak swasta, organisasi nirlaba, atau lembaga donor untuk mendukung pendanaan dan keberlanjutan program; Melibatkan tokoh masyarakat dan pemimpin lokal untuk meningkatkan partisipasi dan dukungan masyarakat terhadap program rehabilitasi.

Dengan mempertimbangkan strategi-strategi ini, layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas memiliki potensi untuk diimplementasikan dalam waktu dekat, dengan melibatkan kolaborasi antara pihak terkait, memanfaatkan sumber daya yang ada, dan mengatasi tantangan yang mungkin dihadapi.

## **KESIMPULAN**

Pengembangan model program rehabilitasi stroke berbasis masyarakat di puskesmas melibatkan beberapa komponen penting, antara lain: Pembentukan tim multidisiplin yang terdiri dari tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, fisioterapis, terapis okupasi, dan ahli terapi wicara untuk memberikan layanan rehabilitasi yang komprehensif dengan penerapan pendekatan holistik yang mencakup aspek fisik, kognitif, emosional, sosial, dan fungsional dalam proses rehabilitasi; Pelibatan aktif keluarga dan masyarakat dalam proses rehabilitasi melalui edukasi, pelatihan, dan pemberdayaan, dan pemanfaatan sumber daya masyarakat seperti fasilitas umum, relawan, dan organisasi masyarakat, untuk mendukung program rehabilitasi.

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan aksesibilitas pelayanan rehabilitasi stroke bagi pasien di puskesmas meliputi: Lokasi layanan yang dekat dengan masyarakat, sehingga pasien tidak perlu menempuh jarak jauh untuk mendapatkan layanan rehabilitasi, biaya layanan yang terjangkau atau adanya skema pembiayaan yang memadai, sehingga tidak membebani pasien secara finansial, keterlibatan masyarakat dalam program rehabilitasi, sehingga pasien merasa didukung dan tidak terisolasi secara sosial, edukasi dan penyadaran masyarakat tentang pentingnya rehabilitasi stroke, sehingga meningkatkan permintaan dan partisipasi dalam program rehabilitasi, kebijakan dan dukungan pemerintah yang memadai dalam menyediakan sumber daya dan fasilitas untuk layanan rehabilitasi berbasis masyarakat.

Dengan mengembangkan model layanan rehabilitasi stroke berbasis masyarakat yang komprehensif dan meningkatkan aksesibilitas layanan melalui berbagai faktor tersebut, diharapkan pasien stroke dapat memperoleh layanan rehabilitasi yang optimal dan mencapai pemulihan yang lebih baik dalam lingkungan masyarakat mereka sendiri.

## REFERENSI

- Bernhardt, J., Urimubenshi, G., Gandhi, D. B. C., & Eng, J. J. (2020). Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: a call to action. *The Lancet*, 396(10260), 1452–1462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31313-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31313-1)
- Bright, T., Wallace, S., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 1–34. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
- Duncan, P. W., Bushnell, C., Sissine, M., Coleman, S., Lutz, B. J., Johnson, A. M., Radman, M., Pvrubettger, J., Zorowitz, R. D., & Stein, J. (2021). Comprehensive Stroke Care and Outcomes: Time for a Paradigm Shift. *Stroke*, 52(1), 385–393. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029678>
- Fleming, M. L., & Parker, E. (2020). Health Promotion – Principles and practice in the Australian context. In *Australian and New Zealand Journal of Public Health* (Vol. 31, Issue 4). <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00097.x>
- Gallacher, K. I., Jani, B. D., Hanlon, P., Nicholl, B. I., & Mair, F. S. (2019). Multimorbidity in Stroke. *Stroke*, 50(7), 1919–1926. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.020376>
- Gittler, M., & Davis, A. M. (2018). Guidelines For Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 319(8), 820–821. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.22036>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of Depression After Stroke: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijs.12357>
- Lin, F. H., Yih, D. N., Shih, F. M., & Chu, C. M. (2019). Effect of Social Support and Health Education on Depression Scale Scores of Chronic Stroke Patients. *Medicine*, 98(44), e17667. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017667>
- Lo, S. H. S., Chang, A. M., & Chau, J. P. C. (2018). Stroke Self-Management Support Improves Survivors' Self-Efficacy and Outcome Expectation of Self-Management Behaviors. *Stroke*, 49(3), 758–760. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.019437>
- Luker, J., Lynch, E., Bernhardtsson, S., Bennett, L., & Bernhardt, J. (2015). Stroke Survivors' Experiences of Physical Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(9), 1698-1708.e10. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.03.017>
- Mayo, N. E., Anderson, S., Barclay, R., Cameron, J. I., Desrosiers, J., Eng, J. J., Huijbregts, M., Kagan, A., MacKay-Lyons, M., Moriello, C., Richards, C. L., Salbach, N. M., Scott, S. C., Teasell, R., & Bayley, M. (2015). Getting On With The Rest of Your Life Following Stroke: A Randomized Trial of A Complex Intervention Amed at Enhancing Life Participation Post Stroke. *Clinical Rehabilitation*, 29(12), 1198–1211. <https://doi.org/10.1177/0269215514565396>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation

- following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of Life and Burden of Informal Caregivers of Stroke Survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2013.11.003>
- P, L., & S, B. (2019). Early Supported Discharge Services for Ppeople With Acute Stroke: A Cochrane Review Summary. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 186–187. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.007>
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2018). *Vulnerable Populations in the United States*. Jossey-Bass.
- Turnock, B. J. (2016). *Public Health: What It Is and How It Works*. Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2004). Health Promotion. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), 517.
- World Health Organization. (2018). Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action. *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2019). Declaration of Alma-Ata. *Lancet*, 2(8100), 1144. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(78\)92291-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(78)92291-2)
- World Health Organization, & Consortium, I. D. D. (2010). *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*.