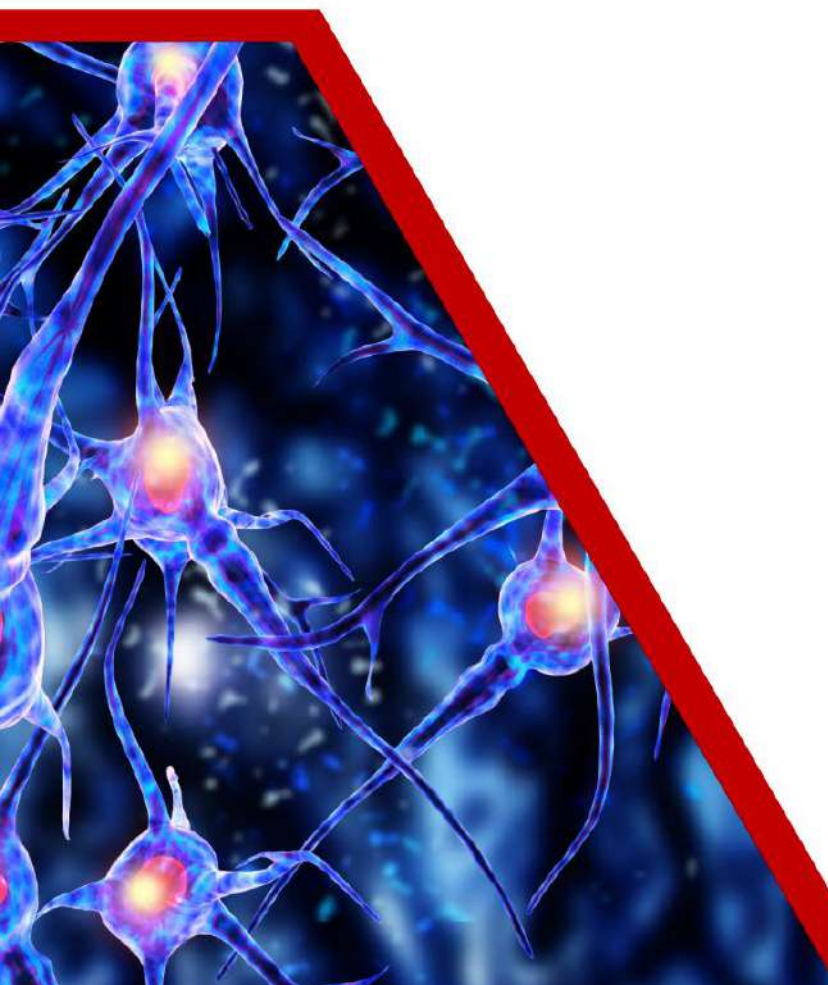




KEMENTERIAN KESIHATAN
MALAYSIA

MODUL PKRS

PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK





Ilustrasi Muka Hadapan: Neuron

Neuron merupakan komponen utama yang terlibat di dalam penghantaran impuls maklumat di dalam jaringan sistem saraf manusia. Neuron yang aktif mencetus keupayaan neuroplastisiti yang penting untuk pemulihan selepas

MODUL PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)

eISBN 978-967-0509-20-4

MOH/P/TKPK(P)/02.23(HB)-e

Diterbitkan oleh:

**Kementerian Kesihatan Malaysia
Pejabat Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Aras 7, Blok E1, Parcel E
Presint 1, Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590, Putrajaya
Tel: +603-88831034
Website: www.moh.gov.my**

Disediakan oleh:

**Bahagian Perkembangan Perubatan
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Bahagian Kejururawatan
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Terbitan pertama 2023

© HAK CIPTA TERPELIHARA

Tidak dibenarkan menyiar dan mengagihkan kandungan e-buku ini tanpa kebenaran pemilik karya dan pemilik hak penerbitan.

e ISBN 978-629-98220-0-4



ISI KANDUNGAN

KATA PENGANTAR	5
JAWATANKUASA INDUK	8
AHLI JAWATANKUASA TEKNIKAL DAN EDITORIAL	9
PANEL PENILAI MODUL DAN PENGHARGAAN	12
RINGKASAN EKSEKUTIF PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK	13
OBJEKTIF PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK	14
PELAKSANAAN PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK	15
TADBIR URUS PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK	16
KRITERIA RUJUKAN DAN DISCAJ	17
AHLI PASUKAN PERUBATAN REHABILITASI DAN AHLI PASUKAN PKRS	19
CARTA ALIR UTAMA DAN PROSES KERJA	20
ANGGOTA INTERDISIPLINARI	
• PERUBATAN REHABILITASI	23
• KEJURURAWATAN	32
• FISIOTERAPI	59
• TERAPI CARA KERJA	76
• TERAPI PERTUTURAN-BAHASA	97
• DIETETIK	110
• KERJA SOSIAL PERUBATAN	135
• PSIKOLOGI KAUNSELING	166
• PSIKOLOGI KLINIKAL	190
TERMA SINGKATAN - ABREVIASI	204

KATA PENGANTAR

KETUA PENGARAH KESIHATAN

Saya mengucapkan setinggi-tinggi tahniah di atas penghasilan modul untuk Program Kontinum Rehabilitasi Strok (PKRS) yang akan dilaksanakan di fasiliti hospital Kementerian Kesihatan Malaysia.

Strok merupakan penyumbang kematian kedua terbesar dan penyumbang kematian dan ketidakupayaan ketiga terbesar di serata dunia. Data dari *Global Burden of 369 Diseases and Injuries In 204 Countries and Territories, 1990–2019 (GBD 2019)* menunjukkan peningkatan bilangan individu yang mengalami strok di seluruh dunia. Analisis data yang sama turut mendapati strok merupakan penyumbang kedua terbesar untuk kematian dan ketidakupayaan (*death and disability combined*) di Malaysia.



Melihatkan kepada peningkatan kes strok dan impak strok yang besar, Kementerian Kesihatan Malaysia aktif dalam usaha menyediakan perkhidmatan rehabilitasi strok yang berkualiti oleh pasukan rehabilitasi yang terlatih. Kebolehcapaian atau akses untuk menerima perkhidmatan rehabilitasi strok yang berkualiti adalah fokus utama Program Kontinum Rehabilitasi Strok.

Inisiatif pelaksanaan Program Kontinum Rehabilitasi Strok ini turut menepati objektif Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*World Health Organization-WHO*) yang mendukung aspirasi '*Rehabilitation 2030: A Call for Action*' dan Pertubuhan Strok Sedunia (*World Stroke Organization-WSO*) yang menekankan pemberian perkhidmatan rawatan rehabilitasi sebagai salah satu keperluan penting bagi individu yang mendapat strok.

Saya menyokong penuh pelaksanaan Program Kontinum Rehabilitasi Strok yang dilihat akan meningkatkan kualiti perkhidmatan rehabilitasi strok serta memacu keseluruhan perkhidmatan strok di Malaysia ke arah tahap perkhidmatan yang lebih efisien dan bermutu tinggi.


TAN SRI DATO' SERI DR NOOR HISHAM BIN ABDULLAH

Ketua Pengarah Kesihatan

Kementerian Kesihatan Malaysia

KATA PENGANTAR

TIMBALAN KETUA PENGARAH KESIHATAN (PERUBATAN)

Pertubuhan Strok Sedunia (*World Stroke Organization - WSO*) telah membuat unjuran di mana 1 di antara 4 individu berisiko mengalami strok sepanjang hayat mereka. Ini merupakan satu petanda bahawa peningkatan kes strok bakal berlaku di seluruh dunia. Dianggarkan prevalens strok adalah 70 juta individu pada tahun 2030. Peningkatan ini akan lebih ketara di negara yang sedang membangun seperti Malaysia.

Sungguhpun peningkatan di dalam kualiti perkhidmatan strok akut di Malaysia amat memberangsangkan, masih terdapat ramai individu yang mengalami pelbagai tahap ketidakupayaan selepas strok. Ini secara langsung menyebabkan terdapat keperluan tinggi untuk rehabilitasi selepas strok.



Pelaksanaan Program Kontinum Rehabilitasi Strok adalah satu inisiatif penting dengan matlamat untuk meningkatkan akses kepada rehabilitasi strok dan memastikan individu yang mengalami strok menerima rawatan khusus dan intervensi rehabilitasi yang bermutu tinggi, menyeluruh serta bersepadu di semua peringkat perawatan.

Matlamat ini juga turut sejajar dengan '*Strategic Framework of the Medical Programme, Ministry of Health 2021-2025*' yang memberi fokus ke atas pemerkasaan perkhidmatan perubatan dengan meningkatkan akses dan kualiti penjagaan individu yang mengalami strok dengan turut memberi fokus spesifik kepada fasa pemulihan selepas strok.

Saya yakin pelaksanaan Program Kontinum Rehabilitasi Strok bakal membuahkan hasil yang positif dan memberi manfaat kepada semua individu yang terkesan akibat penyakit strok.



DATO' DR. ASMAYANI BINTI KHALIB

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

PRAKATA

PENGERUSI PELAKSANAAN PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)

Syabas diucapkan di atas Bahagian Perkembangan Perubatan, Bahagian Sains Kesihatan Sekutu dan Kejururawatan di atas kejayaan penerbitan Modul Program Kontinum Rehabilitasi Strok (PKRS) peringkat Kementerian Kesihatan Malaysia. Modul ini bakal menjadi panduan dan rujukan oleh anggota yang terlibat di dalam pelaksanaan PKRS di fasiliti hospital Kementerian Kesihatan Malaysia.



Kita sedia maklum bahawa ketidakupayaan akibat strok adalah kompleks dan melibatkan pelbagai aspek termasuk fizikal, kognitif, sosial dan aspek emosi. Ini meningkatkan beban penyakit dan mewujudkan keperluan yang tinggi untuk perkhidmatan rehabilitasi strok bagi mengurangkan komplikasi awal dan meningkatkan tahap kefungsi seseorang individu yang mengalami strok.

Tidak dapat dinafikan bahawa kerjasama yang padu di antara pasukan interdisplinari rehabilitasi strok yang terlatih serta gabungan kemahiran dalam bidang perubatan, kesihatan bersekutu dan kejururawatan adalah faktor utama dalam memastikan pesakit menerima manfaat yang sebaiknya dari perkhidmatan rehabilitasi strok. Besar harapan saya agar, modul yang digubal ini akan menjadi pemangkin dalam merealisasikan pemberian perkhidmatan rehabilitasi strok yang teratur, lancar, menyeluruh dan berkualiti untuk semua individu yang mengalami strok.

Sekalung penghargaan kepada Timbalan Pengerusi Jawatan Kuasa Induk PKRS, Dr. Rosanida Anang dan semua ahli jawatankuasa Induk, Teknikal serta Editorial yang telah bertungkus-lumus dan berkongsi buah fikiran dalam menjayakan perancangan pelaksanaan PKRS. Semoga modul pelaksanaan PKRS ini mampu menjadi pencetus usaha untuk meningkatkan akses dan meninggikan mutu perkhidmatan rehabilitasi strok di seluruh negara.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yusniza'.

DR. YUSNIZA MOHD YUSOF

Ketua Perkhidmatan Perubatan Rehabilitasi, Kementerian Kesihatan Malaysia
selaku Pengerusi AJK Pelaksanaan Program Kontinum Rehabilitasi Strok

JAWATANKUASA INDUK
PELAKSANAAN PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

PENGERUSI

Dr. Yusniza binti Mohd Yusof
Pakar Perunding Kanan Perubatan Rehabilitasi &
Ketua Jabatan Perubatan Rehabilitasi
Hospital Rehabilitasi Cheras
Selaku Ketua Perkhidmatan Perubatan Rehabilitasi
Kementerian Kesihatan Malaysia

TIMBALAN PENGERUSI

Dr. Rosanida binti Anang
Timbalan Pengarah Seksyen Amalan
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

SETIAUSAHA I DAN II

Dr. Norhayati binti Hussein
Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi
Unit Rehabilitasi Neurologi
Jabatan Perubatan Rehabilitasi
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Umi Amira binti Salimin
Penolong Pengarah
Seksyen Amalan
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

AHLI JAWATANKUASA INDUK

Dr. Khairiah binti Mohd Yatim
Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi
Jabatan Perubatan Rehabilitasi
Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban

Encik Hairul Anuar bin Mat Hussein
Ketua Penolong Pengarah Kanan
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Muhammad Al-Amin bin Safri
Ketua Penolong Pengarah
Unit Perkhidmatan Sokongan Klinikal
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Puan Narry Lwi
Penolong Pengarah Kanan
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Encik Onn bin Mohd Jadi
Ketua Penolong Pengarah
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

Encik Mohd Azizul bin Nordin
Penolong Pengarah
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

AHLI JAWATANKUASA TEKNIKAL
PELAKSANAAN PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Dr. Maslina binti Yazid
Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi
Hospital Tuanku Ampuan Rahimah, Klang

Dr. Yusma Asni binti Yusmido
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Tengku Ampuan Afzan,
Kuantan, Pahang

Dr. Nor Aida binti Musa
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Sultanah Nur Zahirah
Kuala Terengganu

Dr. Noriani binti Abu Bakar
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Melaka

Dr. Syahiskandar Sybil Shah
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Queen Elizabeth
Kota Kinabalu, Sabah

Dr. Nor Akmal Shahirah binti Saharin
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban

Encik Abd Halim bin Haji Jamil
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru

Puan Noraini binti Mohd Zahid
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Hospital Kuala Lumpur

Encik Marmi Zailan bin Mian
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Klinik Kesihatan Kuala Lumpur

Cik Nurul Hidayah binti Kamaludin
Pegawai Pemulihan Perubatan (Fisioterapi)
Klinik Kesihatan Presint 18, Putrajaya

Puan Nora binti Hamid
Pegawai Pemulihan Perubatan (Cara Kerja)
Hospital Putrajaya

Dr. Zetty Noreeta binti Mohd Rozali
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Pulau Pinang

Dr. Choong Khim Fen
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Raja Permaisuri Bainun
Ipoh, Perak

Dr. Yew Chung Khian
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Sultanah Bahiyah
Alor Star, Kedah

Dr. Phua Chui Har
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru

Dr. Daryani binti Darus
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Raja Perempuan Zainab II
Kota Bharu, Kelantan

Dr. Jee Rou Chen
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Sibu, Sarawak

Puan Mumtaz Jehan binti Abdul Rashid
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Hospital Melaka

Puan Nor Aziah binti Md Yusof
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Nur Hidayah Ong binti Abdullah
Pegawai Pemulihan Perubatan (Fisioterapi)
Hospital Sultanah Aminah, Johor Bahru

Encik Mustaffa Al-Kausar bin Shafikkullah
Pegawai Pemulihan Perubatan (Fisioterapi)
Hospital Serdang

Puan Nor Nadira binti Ideris Shah
Pegawai Pemulihan Perubatan (Cara Kerja)
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Suhana Hani binti Bastani
Pegawai Pemulihan Perubatan (Cara Kerja)
Hospital Serdang

Encik Mohamad Farhan Huszaimi bin M.Pajar
Pegawai Psikologi Klinikal
Hospital Kuala Lumpur

Puan Fairus binti Mukhtar
Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Rohana binti Hussin
Pegawai Dietetik
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Nurul Ashikin binti Saari
Pegawai Psikologi Kaunseling
Hospital Kuala Lumpur

Puan Narry Lwi
Penolong Pengarah Kanan
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Puan Norasiah binti Mat Yatim
Ketua Jururawat
Hospital Rehabilitasi Cheras

Encik Md Abdul Kadir bin Khamaruddin
Jururawat (TBK)
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan See Geok Lan
Pegawai Psikologi Klinikal
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Wahida binti Mohd Abdul Wahab
Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)
Hospital Kuala Lumpur

Puan Nurul Haslina binti Mohd Zin
Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Wan Norizan binti Wan Othman
Pegawai Psikologi Kaunseling
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan Chong Chin Weun
Pegawai Dietetik
Hospital Sultan Ismail

Encik Mohd Azizul bin Nordin
Penolong Pengarah
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Puan Yusliza binti Ishak
Ketua Jururawat
Hospital Rehabilitasi Cheras

Cik Farah Alwani binti Shariffuddin
Jururawat
Hospital Rehabilitasi Cheras

AHLI JAWATANKUASA EDITORIAL
MODUL PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Dr. Norhayati binti Hussein
Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi
Jabatan Perubatan Rehabilitasi
Hospital Rehabilitasi Cheras

Dr. Daryani binti Darus
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Raja Perempuan Zainab II
Kota Bharu, Kelantan

Dr. Zetty Noreeta binti Mohd Rozali
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Pulau Pinang

Encik Mustaffa Al-Kausar bin Shafikkullah
Pegawai Pemulihan Perubatan (Fisioterapi)
Hospital Serdang

Puan Chong Chin Weun
Pegawai Dietetik
Hospital Sultan Ismail

Puan Wan Norizan binti Wan Othman
Pegawai Psikologi Kaunseling
Hospital Rehabilitasi Cheras

Encik Mohd Azizul bin Nordin
Penolong Pengarah
Bahagian Kejururawatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Khairiah binti Mohd Yatim
Pakar Perunding Perubatan Rehabilitasi
Jabatan Perubatan Rehabilitasi
Hospital Tuanku Ja'afar, Seremban

Dr. Nor Aida binti Musa
Pakar Perubatan Rehabilitasi
Hospital Sultanah Nur Zahirah
Kuala Terengganu

Puan Mumtaz Jehan binti Abdul Rashid
Pegawai Kerja Sosial Perubatan
Hospital Melaka

Puan Nora binti Hamid
Pegawai Pemulihan Perubatan (Cara Kerja)
Hospital Putrajaya

Puan Nurul Haslina binti Mohd Zin
Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan)
Hospital Rehabilitasi Cheras

Puan See Geok Lan
Pegawai Psikologi Klinikal
Hospital Rehabilitasi Cheras

Cik Aina Arrmiza binti Razif
Pegawai Penyelidik (*MyStep*)
Seksyen Amalan
Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu
Kementerian Kesihatan Malaysia

TURUT MENYUMBANG

Encik Mohd Kamaruzaman bin Tajuddin
Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi
Klinik Kesihatan Bandar Botanik Klang

Cik Nur Ainna binti Adanan
Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi
Hospital Selayang

Puan Nurul Ashikin binti Saari
Pegawai Psikologi Kaunseling
Hospital Kuala Lumpur

Puan Azidah Hanim binti Mohd Yusof
Pegawai Pemulihan Perubatan Cara Kerja
Hospital Selayang

Puan Juliana binti Mohamad Adnan
Jurupulih Perubatan Cara Kerja
Hospital Kuala Lumpur

PANEL PENILAI
MODUL PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

Dr. Sapiah binti Sapuan
Pakar Perunding Kanan Neurologi
Selaku Ketua Perkhidmatan Neurologi
Kementerian Kesihatan Malaysia

Dr. Nik Mazlina binti Mohammad
Pakar Perunding Kanan Perubatan Keluarga
Selaku Ketua Perkhidmatan Perubatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia

SEKALUNG PENGHARGAAN

Dr. Mohd Azman bin Yacob
Pengarah Bahagian Perkembangan Perubatan

Puan Hajah Farina binti Zulkernain
Pengarah Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu

Puan Devi a/p K Saravana Muthu
Pengarah Bahagian Kejururawatan

Encik Noor Azman bin Abdul Rahman
Setiausaha Bahagian Sumber Manusia

Encik Dhanesh Kumar Danesekaran
Setiausaha Bahagian Kewangan

serta semua individu terlibat yang menjayakan pelaksanaan
Program Kontinum Rehabilitasi Strok (PKRS)
secara langsung atau tidak langsung

PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)

RINGKASAN EKSEKUTIF

Rehabilitasi strok adalah satu proses pemulihan yang progresif dan dinamik, bagi membantu individu yang mempunyai ketidakupayaan disebabkan strok, untuk mencapai tahap fizikal, kognitif, emosi, dan fungsi sosial yang optima.

Selaras dengan objektif Pertubuhan Kesihatan Sedunia (*World Health Organization-WHO*) yang mendukung aspirasi '*Rehabilitation 2030: A Call for Action*', penekanan terhadap kebolehcapaian dan akses untuk menerima rawatan rehabilitasi dinilai sebagai salah satu keperluan penting bagi individu yang mendapat strok.

Matlamat utama PKRS adalah untuk meningkatkan akses dan memastikan individu yang mempunyai strok menerima rawatan dan intervensi rehabilitasi yang bermutu tinggi dalam tempoh optimum dan di lokasi yang sesuai; berdasarkan tahap strok yang dialami. PKRS merupakan titik mula untuk mewujudkan keseragaman di dalam pemberian perkhidmatan rehabilitasi strok yang holistik dan melibatkan pelbagai kepakaran interdisiplinari yang terlatih di dalam rehabilitasi strok.

Modul ini diolah sebagai sumber rujukan untuk pelaksanaan PKRS di fasiliti-fasiliti kesihatan agar pesakit strok menerima akses awal dan kualiti perkhidmatan rehabilitasi strok yang tinggi; melalui penyampaian perkhidmatan yang berstruktur dan berkesan.

Pelaksanaan PKRS akan menjadi kesinambungan kepada perkhidmatan hiper-akut strok dan pembentukan Unit Rawatan Strok Akut yang dilaksanakan di fasiliti hospital Kementerian Kesihatan Malaysia. Impak sinergistik kesinambungan PKRS dari fasa akut strok amat penting dalam memastikan penurunan kadar mortaliti dan morbiditi yang berkaitan dengan komplikasi strok. PKRS di fasiliti hospital Kementerian Kesihatan Malaysia turut menjadi medan penghubung dengan pelaksana perawatan strok di peringkat komuniti bagi memastikan kelancaran perawatan strok yang berterusan.

OBJEKTIF PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK (PKRS)

Terdapat 2 Objektif Utama PKRS seperti di bawah:

Objektif 1: Meningkatkan Akses Untuk Perkhidmatan Rehabilitasi Selepas Strok

Fokus objektif 1 adalah untuk mewujudkan akses dan kebolehcapaian seseorang individu yang mengalami strok untuk menjalani rehabilitasi strok yang lebih intensif, terutama di peringkat awal dalam tempoh yang optimum dan di lokasi yang sesuai, berdasarkan tahap strok yang dialami.

Ia juga menekankan kepentingan penilaian oleh Pakar Perubatan Rehabilitasi dan Pasukan Perubatan Rehabilitasi dalam memastikan proses rujukan dan proses kerja PKRS adalah sistematik dan berjalan lancar.

Objektif 2: Meningkatkan Kualiti Perkhidmatan Rehabilitasi Strok

Fokus objektif 2 adalah untuk meningkatkan kualiti perkhidmatan rehabilitasi strok dengan mewujudkan keseragaman di dalam perkhidmatan dan pengendalian kes rehabilitasi strok.

Objektif ini juga menekankan keperluan sumber manusia pelbagai profesion yang terlatih dan berkemahiran dalam pengendalian kes strok. Peningkatan kualiti ini turut bergantung kepada peralatan dan aset yang sesuai dan mencukupi untuk menjalankan intervensi yang efektif .

.

PELAKSANAAN PKRS

PKRS merupakan program Perubatan Rehabilitasi yang komprehensif, merangkumi beberapa peringkat iaitu PKRS ARAS 1 DAN PKRS ARAS 2

PKRS ARAS 1 meliputi perkhidmatan pesakit dalam iaitu:

- **Rehabilitasi Awal di Wad Akut**
- **Rehabilitasi Strok Pesakit Dalam**

PKRS ARAS 2 merujuk kepada perkhidmatan pesakit luar iaitu:

- **Rehabilitasi Strok Pesakit Luar**
- **Rawatan Ambulatori/ Rawatan Harian**

Pelaksanaan PKRS adalah secara berperingkat di fasiliti-fasiliti kesihatan terpilih.

TADBIR URUS PKRS

Peringkat Kebangsaan

- Timbalan Pengarah kesihatan (Perubatan) akan bertanggungjawab kepada polisi pelaksanaan PKRS di fasiliti KKM.

Peringkat Negeri

- Pengarah Kesihatan Negeri, Timbalan Kesihatan Negeri (Perubatan), Ketua Perkhidmatan Perubatan Rehabilitasi Negeri, Ketua-Ketua Bidang Kesihatan Bersekutu Negeri, dan Ketua Penyelia Jururawat Negeri berperanan memantau pelaksanaan PKRS di setiap fasiliti yang terlibat.

Peringkat Hospital

- Pengarah Hospital, Ketua Jabatan Perubatan Rehabilitasi dan Ketua Penyelia Jururawat Hospital serta Ketua-ketua Unit Kesihatan Bersekutu Hospital berperanan menyelaras dan melaksanakan aktiviti berkaitan PKRS di setiap hospital yang terlibat.

KRITERIA UTAMA KEMASUKAN DAN DISCAJ PKRS

KRITERIA RUJUKAN UNTUK PKRS ARAS 1

- Rehabilitasi Awal di Wad Akut

Semua pesakit strok akut yang menerima rawatan di hospital KKM. Rujukan hendaklah diberikan kepada Pakar Perubatan Rehabilitasi dalam masa 72 Jam dari tarikh kemasukan untuk intervensi rehabilitasi awal .

- Rehabilitasi Strok Pesakit Dalam

Penilaian berkala oleh Pakar Perubatan Rehabilitasi dan Pasukan Perubatan Rehabilitasi akan menentukan kriteria seperti dibawah. Pesakit yang memenuhi kriteria ini akan dirujuk ke fasiliti yang melaksanakan PKRS pesakit dalam:

- **Kestabilan dari segi perubatan (*Medical Stability*)**
 - Tanda vital adalah stabil dan dibenarkan menjalani rawatan rehabilitasi yang lebih intensif.
 - Mempunyai diagnosis strok yang dikenalpasti samada strok iskemik atau hemoragik.
 - Aspek berkaitan tahap kesihatan dan isu perubatan telah dikenalpasti dan diambil tindakan
 - Keperluan untuk ujian berkaitan strok telah dilakukan / atau perancangan telah dibuat oleh perujuk.
 - Rawatan susulan untuk strok telah dikenalpasti oleh perujuk sebelum pesakit discaj dari perawatan strok akut.
- **Pesakit mempunyai tahap kefungsi minimum untuk menjalani rehabilitasi strok**
- **Pesakit dan/ atau ahli keluarga bersetuju untuk menjalani rehabilitasi strok dan memberi komitmen untuk penglibatan di dalam PKRS.**

KRITERIA RUJUKAN UNTUK PKRS ARAS 2

Pesakit telah dinilai oleh Pakar Perubatan Rehabilitasi dan atau Pasukan Rehabilitasi dan memenuhi kriteria seperti dibawah:

- Keadaan kesihatan adalah sesuai untuk menjalani program ini secara pesakit luar atau rawatan harian.
- Pesakit mempunyai potensi untuk meningkatkan aras kefungsian.
- Pesakit dan/ atau ahli keluarga bersetuju untuk menjalani rehabilitasi strok dan memberi komitmen untuk penglibatan di dalam PKRS.

KRITERIA DISCAJ DARI PKRS

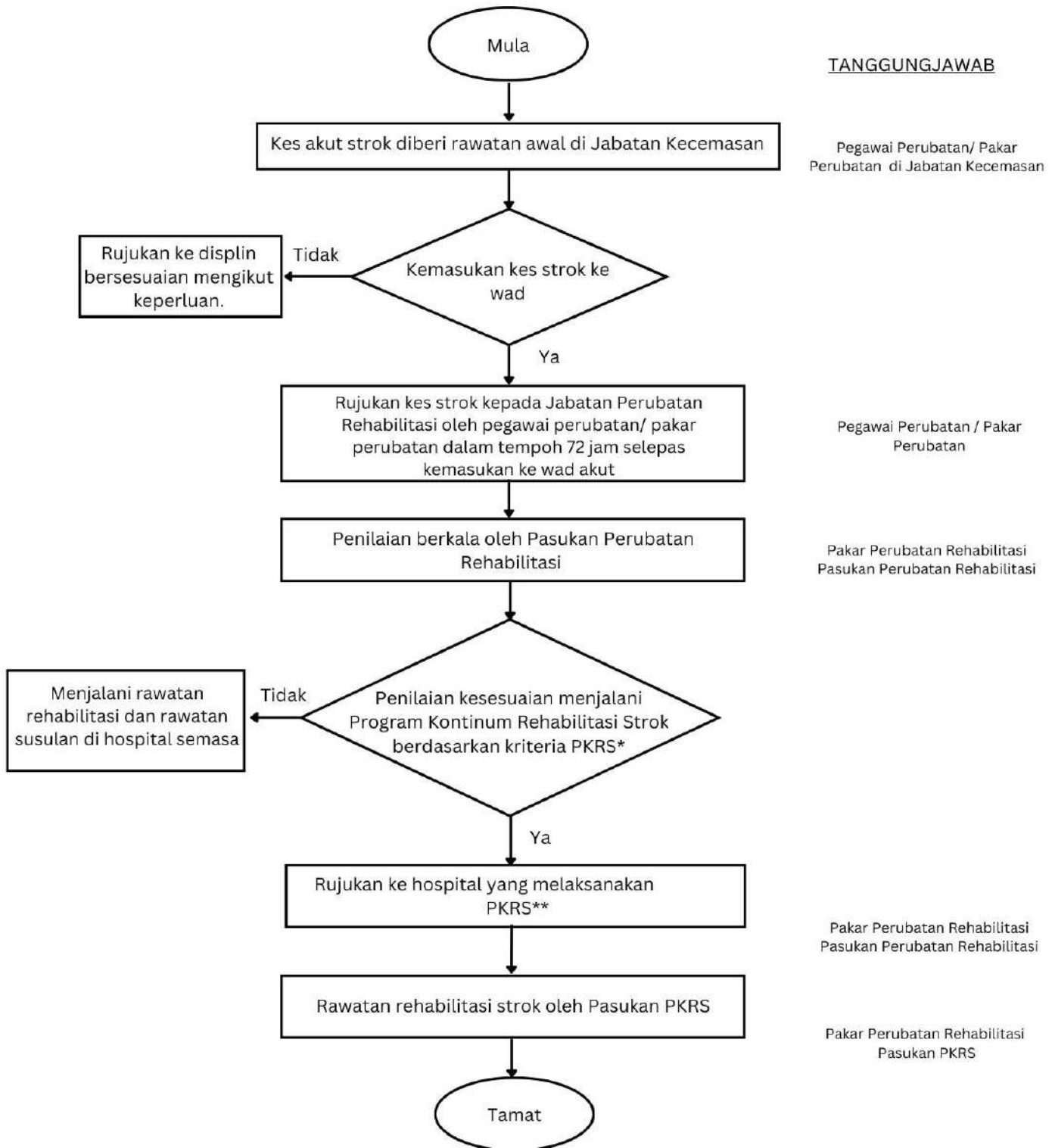
- Pesakit telah mencapai tahap kefungsiian yang optima atau dikenalpasti tidak lagi menunjukkan perubahan kefungsiian melalui perbincangan interdisplinari (*IDR- Interdisciplinary rounds*)
- Pesakit/ ahli keluarga memohon menamatkan intervensi
- Pesakit dirujuk atau berpindah ke hospital atau fasiliti lain
- Pesakit telah menjalani tempoh maksimum PKRS selama 1 tahun

AHLI PASUKAN PERUBATAN REHABILITASI DAN AHLI PASUKAN PKRS

Rawatan Perubatan Rehabilitasi memerlukan pelbagai perkhidmatan seperti yang tersenarai dan setiap ahli pasukan mempunyai tugas dan tanggungjawab tersendiri dalam memberikan perawatan mengikut keperluan pesakit.

- Perubatan Rehabilitasi
- Kejururawatan
- Fisioterapi
- Pemulihan Carakerja
- Pertuturan
- Dietetik
- Perkhidmatan Psikologi (Kaunseling)
- Kerja Sosial Perubatan
- Psikologi Klinikal

**CARTA ALIR RUJUKAN KE PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK
(PKRS) DI HOSPITAL-HOSPITAL KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**



* Rujuk Kriteria Kemasukan Program Kontinum Rehabilitasi Strok(PKRS)

** Rujukan menggunakan format Pekeliling KPK 2/2009: Garispanduan Rujukan dan Pindahkan Pesakit di antara Hospital-Hospital KKM Kementerian Kesihatan Malaysia

PROSES KERJA RUJUKAN KE PKRS

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Kemasukan pesakit strok ke kecemasan	Pakar Kecemasan dan Trauma/ Pegawai Perubatan	Membuat penilaian awal, siasatan yang diperlukan dan rujukan ke jabatan perubatan	
2.	Penilaian, perawatan awal dan stabilisasi pesakit strok	<i>Stroke Team</i> , Pakar Perubatan/Pegawai Perubatan	Membuat konfirmasi diagnosis dan siasatan lain yang diperlukan	
3.	Rujukan kepada Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi	Pakar Perubatan/ Pegawai Perubatan	Memastikan rujukan kepada Pakar Perubatan Rehabilitasi dibuat dalam tempoh 72 jam selepas kemasukan ke wad agar pesakit strok mendapat intervensi rehabilitasi awal	• Tatacara rujukan antara jabatan • Rujukan Fisioterapi • Rujukan Terapi Cara Kerja • Rujukan SLT • Rujukan JKSP • Rujukan <i>Dietitian</i>
4.	Penilaian berkala untuk menentukan kesesuaian pesakit untuk ke PKRS	Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi dan Pasukan Perubatan Rehabilitasi	Rujukan dari hospital tanpa Pakar Perubatan Rehabilitasi, adalah kepada Pakar Perubatan Rehabilitasi di hospital yang terdekat atau pakar melawat	
5.	Kemasukan pesakit ke PKRS	Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi/ Pasukan PKRS	Pegawai perlu menguruskan perpindahan pesakit ke hospital yang melaksanakan PKRS	

RUJUKAN

- Strategic Framework of the Medical Programme Ministry of Health Malaysia (2012/2025) ISBN: 978-967-0509-19-8
- Global Burden Of 369 Diseases and Injuries In 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020; 396: 1204–22
- Rehabilitation In Health Systems: Guide for Action. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978–92–4-151598–6
- Rehabilitation In Health Systems. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-154997-4
- Stroke: A Global Response is Needed (Johnson et al) Editorial Bulletin of World Health Organization. 2016;94:634-634A.
- World Health Organization (WHO) Rehabilitation 2030: A Call for Action

PERKHIDMATAN PERUBATAN REHABILITASI



01

PENGENALAN & PERANAN

02

KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ

03

CARTA ALIR & PROSES KERJA

04

RUJUKAN

05

LAMPIRAN

PENGENALAN

Rehabilitasi strok adalah satu proses pemulihan yang progresif dan dinamik, bagi membantu individu yang mempunyai ketidakupayaan disebabkan strok mencapai tahap fizikal, kognitif, emosi, dan fungsi sosial yang optima.

Perkhidmatan yang berkonsepkan *International Classification of Functioning , Disability and Health (ICF)* akan memberi fokus kepada penilaian dan intervensi rehabilitasi awal bermatlamatkan pencapaian kefunksiaan optima yang bersesuaian dengan keseriusan strok. Rawatan rehabilitasi akan meningkatkan potensi neuroplastisiti dan mencegah komplikasi selepas strok dan strok berulang

PERANAN

Pakar Perubatan Rehabilitasi:

- Menyelaras program PKRS bagi memastikan kelangsungan program rehabilitasi bagi mencapai matlamat yang ditetapkan
- Menjalankan penilaian rehabilitasi awal terhadap pesakit bagi mengenalpasti tahap kestabilan perubatan, fungsi kognitif, fizikal dan sosial pesakit strok
- Memberi perawatan perubatan termasuk pencegahan sekunder strok dan komplikasi seperti *spasticity, dysphagia, post stroke pain, post stroke seizures, post stroke depression, aspiration pneumonia, deep vein thrombosis, pressure ulcer, bowel and bladder issues* dan lain-lain komplikasi berkaitan strok.
- Memberi prognosis kadar untuk pulih (*prognostication of recovery*) dan menentukan kesesuaian menjalani rehabilitasi strok
- Memastikan pesakit dan keluarga menerima pendidikan tentang cara penjagaan dan pengendalian pesakit strok serta mengenalpasti komplikasi strok
- Berperanan sebagai perujuk kepada kepakaran lain atau agensi yang bersesuaian berdasarkan keperluan pesakit

KRITERIA RUJUKAN DAN DISCAJ

Rujuk Kriteria Utama Kemasukan dan Discaj PKRS

PROSES KERJA PENILAIAN DAN PEMBERIAN RAWATAN REHABILITASI STROK

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
Hospital dengan Program Kontinum Rehabilitasi Strok (PKRS)				
1.	Mengambil sejarah pesakit dengan terperinci, pemeriksaan klinikal dan penilaian	Pakar Perubatan rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi/	Pakar Perubatan Rehabilitasi / Pegawai Perubatan menjalankan pemeriksaan neurologikal dan sistem organ yang berkaitan dan menjalankan ujian saringan untuk mengenalpasti kategori strok dan tahap kefungsiannya, kebolehan penelanan, emosi, spastisiti, kognitif dan lain-lain kesan akibat strok	• NIHSS-National Institutes Of Health Stroke Scale • MRS- Modified Rankin Scale • SSA- Standardized swallowing ass • Mini-Mental State Examination • Montreal Cognitive Screening (moCA) • Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) • MAS- Modified Asthworth Scale • Tardieu Scale
2.	Menjalankan IDR mingguan	Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi/ Pasukan PKRS	IDR diketuai oleh Pakar Perubatan Rehabilitasi bagi menetapkan matlamat program dan memantau pemulihan pesakit	Dokumentasi dalam borang/ rekod IDR
3.	Pendidikan pesakit	Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi	Memastikan pendidikan pesakit berkenaan strok dijalankan	Risalah pendidikan
4.	Penilaian impak program rehabilitasi	Pakar Perubatan Rehabilitasi/ Pegawai Perubatan Rehabilitasi/ Pasukan PKRS	Penilaian impak program dibuat sebelum pesakit discaj. Pesakit akan diberi temujanji sebagai pesakit luar untuk sesi terapi dan rawatan susulan di Klinik Pakar Perubatan Rehabilitasi	Impak Program berdasarkan: • <i>Absolute Functional Gain</i> • <i>Rehabilitation Efficiency Index</i> • <i>Rehabilitation Effectiveness</i>

SENARAI LAMPIRAN

Lampiran 1- National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

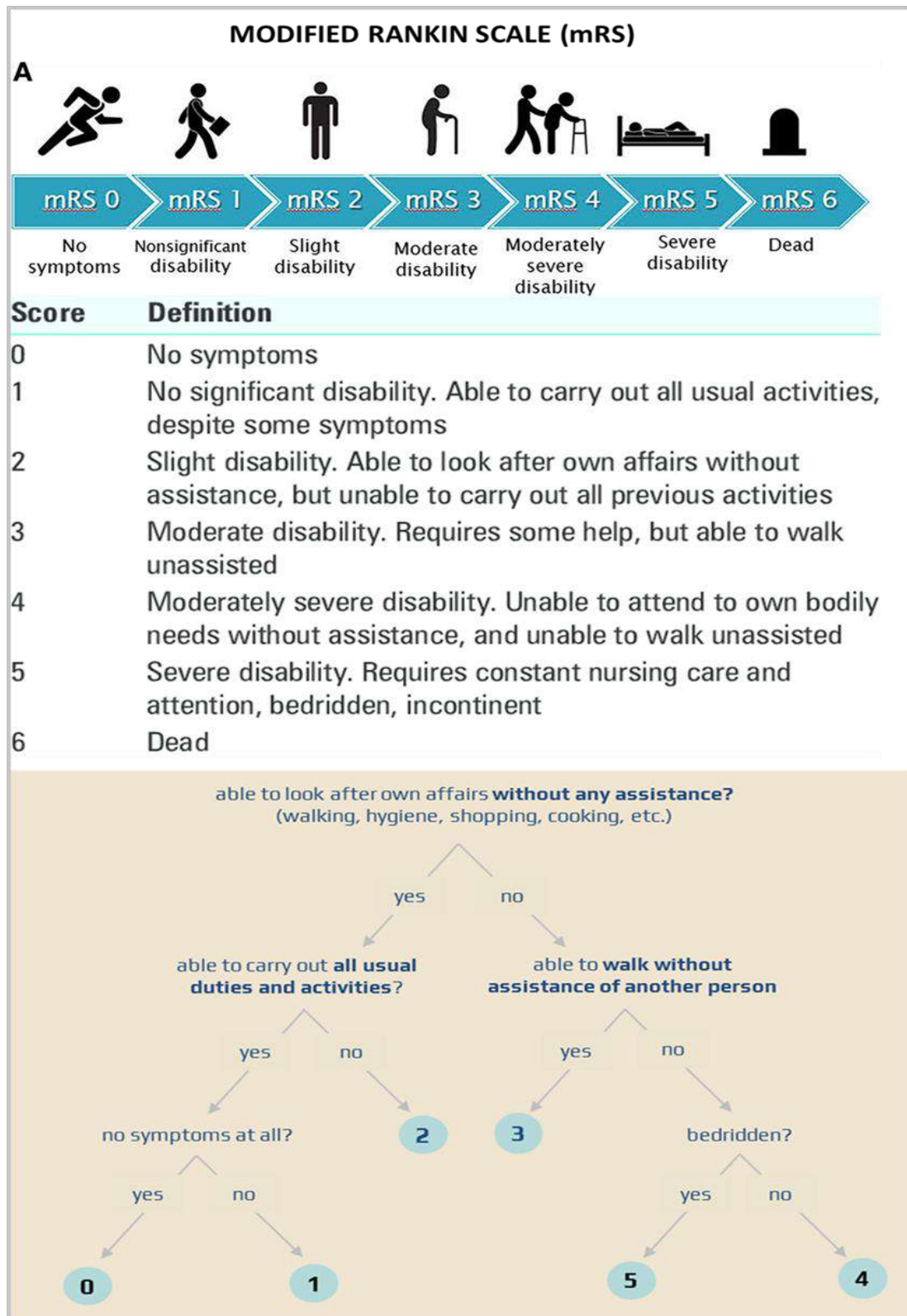
Lampiran 2- Modified Rankin scale (mRS)

Lampiran 3-Mini Mental State Examination (MMSE)

Lampiran 4- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Lampiran 5 – Patient Health Questionnaire- 9- PHQ9

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)	
1a—Level of consciousness	0 = Alert; keenly responsive 1 = Not alert, but arousable by minor stimulation 2 = Not alert; requires repeated stimulation 3 = Unresponsive or responds only with reflex
1b—Level of consciousness questions: What is your age? What is the month?	0 = Answers two questions correctly 1 = Answers one question correctly 2 = Answers neither questions correctly
1c—Level of consciousness commands: Open and close your eyes Grip and release your hand	0 = Performs both tasks correctly 1 = Performs one task correctly 2 = Performs neither task correctly
2—Best gaze	0 = Normal 1 = Partial gaze palsy 2 = Forced deviation
3—Visual	0 = No visual lost 1 = Partial hemianopia 2 = Complete hemianopia 3 = Bilateral hemianopia
4—Facial palsy	0 = Normal symmetric movements 1 = Minor paralysis 2 = Partial paralysis 3 = Complete paralysis of one or both sides
5—Motor arm Left arm Right arm	0 = No drift 1 = Drift 2 = Some effort against gravity 3 = No effort against gravity 4 = No movement
6—Motor leg Left leg Right leg	0 = No drift 1 = Drift 2 = Some effort against gravity 3 = No effort against gravity 4 = No movement
7—Limb ataxia	0 = Absent 1 = Present in one limb 2 = Present in two limbs
8—Sensory	0 = Normal; no sensory loss 1 = Mild-to-moderate sensory loss 2 = Severe-to-total sensory loss
9—Best language	0 = No aphasia; normal 1 = Mild-to-moderate aphasia 2 = Severe aphasia 3 = Mute; global aphasia
10—Dysarthria	0 = Normal 1 = Mild-to-moderate dysarthria 2 = Severe dysarthria
11—Extinction and inattention	0 = No abnormality 1 = Visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention 2 = Profound hemi-inattention or extinction
Score = 0–42	

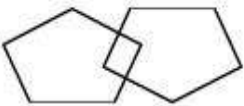


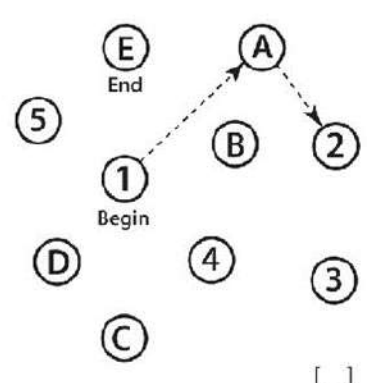
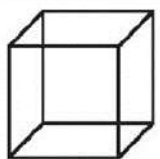
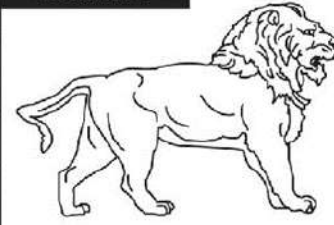
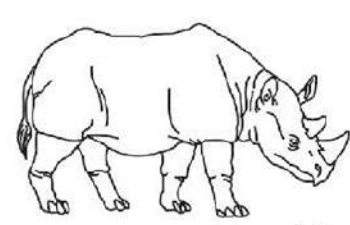
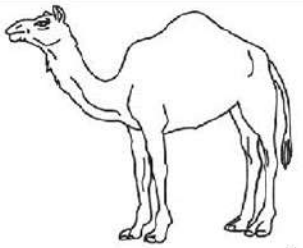
Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____

Date: _____

Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 Original Version						NAME : Education : Sex :	Date of birth : DATE :																								
VISUOSPATIAL / EXECUTIVE						  Copy cube																									
Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points) POINTS						[] []																									
NAMING						 []  []  []																									
MEMORY						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>FACE</th> <th>VELVET</th> <th>CHURCH</th> <th>DAISY</th> <th>RED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1st trial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2nd trial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	1st trial						2nd trial											
	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED																										
1st trial																															
2nd trial																															
Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.						No points																									
ATTENTION						Read list of digits (1 digit/ sec.). Subject has to repeat them in the forward order [] 2 1 8 5 4 Subject has to repeat them in the backward order [] 7 4 2																									
Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						___/1																									
Serial 7 subtraction starting at 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 or 5 correct subtractions: 3 pts , 2 or 3 correct: 2 pts , 1 correct: 1 pt , 0 correct: 0 pt						___/3																									
LANGUAGE						Repeat : I only know that John is the one to help today. [] The cat always hid under the couch when dogs were in the room. []																									
Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [] ____ (N ≥ 11 words)						___/1																									
ABSTRACTION						Similarity between e.g. banana - orange = fruit [] train - bicycle [] watch - ruler																									
DELAYED RECALL						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>FACE</th> <th>VELVET</th> <th>CHURCH</th> <th>DAISY</th> <th>RED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Has to recall words WITH NO CUE</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>Category cue</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Multiple choice cue</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Has to recall words WITH NO CUE	[]	[]	[]	[]	[]	Category cue						Multiple choice cue					
	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED																										
Has to recall words WITH NO CUE	[]	[]	[]	[]	[]																										
Category cue																															
Multiple choice cue																															
Points for UNCUED recall only						___/5																									
Optional																															
ORIENTATION						[] Date [] Month [] Year [] Day [] Place [] City																									
© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30						TOTAL ___/30 Add 1 point if ≤ 12 yr edu																									

PHQ9P

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - 9								
Comments:								
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				
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3				
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3				
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3				
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3				
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3				
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3				
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3				
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	0	1	2	3				
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3				
		0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____						
If you checked off <u>any</u> problems, 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?								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Not difficult at all ☐</td> <td style="text-align: center;">Somewhat difficult ☐</td> <td style="text-align: center;">Very difficult ☐</td> <td style="text-align: center;">Extremely difficult ☐</td> </tr> </table>					Not difficult at all ☐	Somewhat difficult ☐	Very difficult ☐	Extremely difficult ☐
Not difficult at all ☐	Somewhat difficult ☐	Very difficult ☐	Extremely difficult ☐					
Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. EP0001 PHQ9P								
Patient's name:			Date:					

PERKHIDMATAN KEJURURAWATAN



- 01 PENGENALAN & PERANAN
- 02 KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ
- 03 CARTA ALIR & PROSES KERJA
- 04 RUJUKAN
- 05 LAMPIRAN

PERKHIDMATAN KEJURURAWATAN

PENGENALAN

Strok adalah serangan otak yang terjadi apabila bekalan darah ke otak terganggu. Pesakit akan mengalami pelbagai komplikasi akibat strok. Perawatan kejururawatan adalah penting bagi mengelakkan pesakit mendapat lebih banyak lagi komplikasi dan strok berulang.

PERANAN

Jururawat merupakan individu penting dalam penjagaan pesakit strok sepanjang pesakit berada di wad. Peranan jururawat adalah:

- Memberikan penjagaan kejururawatan yang berkaitan strok.
- Pemberian ubatan
- Membantu dan memantau dalam penjagaan aktiviti pengurusan diri *activity daily living* (ADL) pesakit strok.
- Memberi nasihat dan tunjuk ajar kepada pesakit atau penjaga dalam penjagaan pesakit strok supaya dapat digunapakai di rumah.

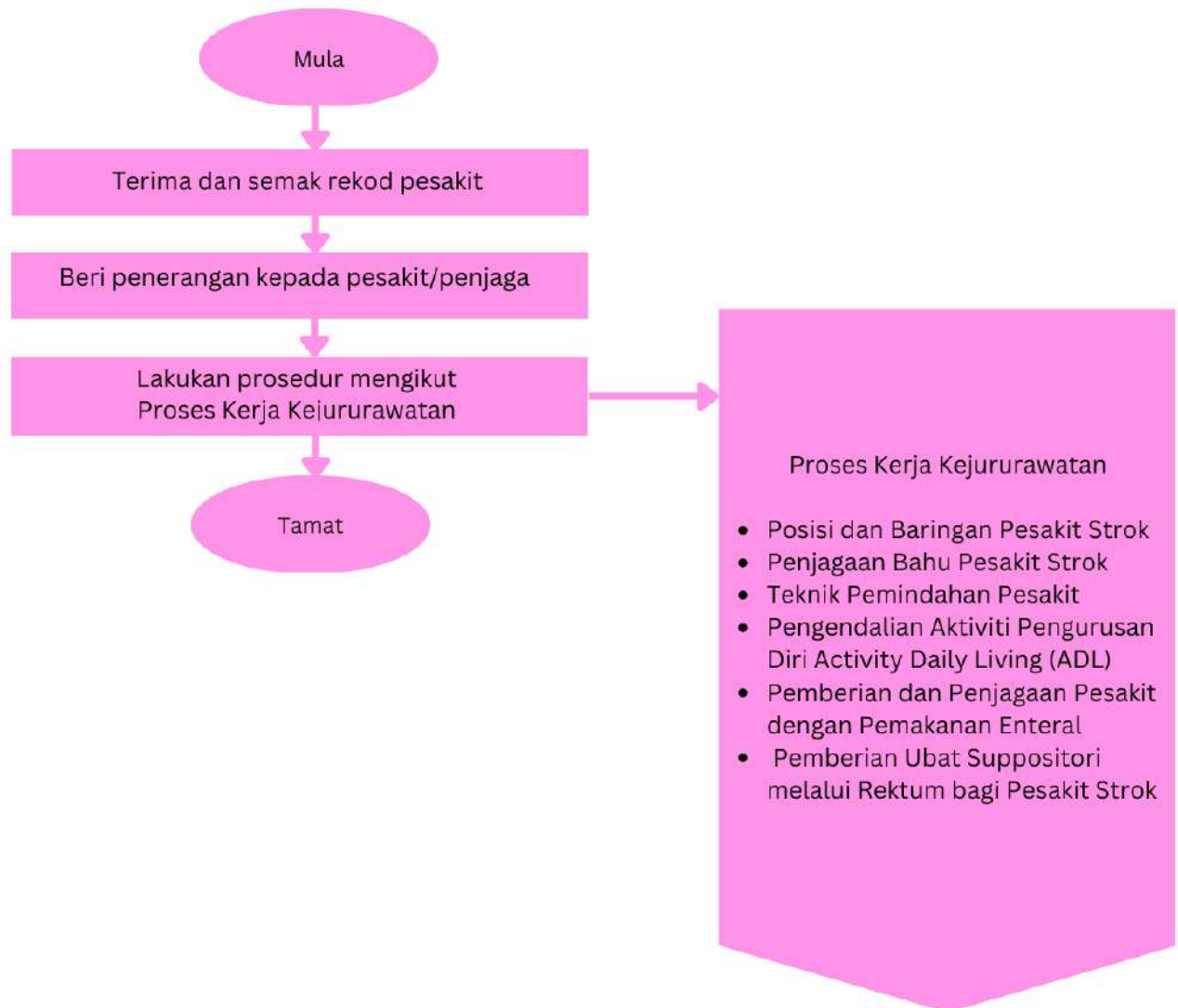
KRITERIA KHUSUS PESAKIT DALAM

- Semua pesakit yang menjalani PKRS

PROSEDUR KEJURURAWATAN BERKAITAN PESAKIT STROK

1. Posisi dan Baringan Pesakit Strok yang mengalami Hemiplegia
2. Penjagaan Bahu Pesakit Strok yang mengalami Hemiplegia
3. Proses Pemindahan Pesakit yang mengalami Hemiplegia
4. Pengendalian Aktiviti Pengurusan Diri *Activity Daily Living* (ADL)
5. Pemberian dan Penjagaan Pesakit dengan Pemakanan Enteral
6. Pemberian Ubat Suppositori Melalui Rektum bagi Pesakit Strok
7. Pencegahan Jatuh dan Langkah Keselamatan di Wad

CARTA ALIR PROSEDUR KEJURURAWATAN PKRS



POSISI DAN BARINGAN PESAKIT STROK

PENGENALAN

Posisi badan dan baringan adalah antara aspek penting dalam penjagaan bagi pesakit strok. Sebagai jururawat yang menjaga, posisi dan baringan pesakit perlu diubah setiap 2 jam sekali bagi mengelakkan berlakunya komplikasi kepada pesakit.

Jenis-jenis posisi dan baringan bagi pesakit strok:

- Baringan *Lateral* (Baringan mengiring untuk anggota yang terjejas/tidak terjejas)
- Baringan *Recumbent*
- Posisi duduk di kerusi/ kerusi roda atau katil

TUJUAN

Posisi dan baringan yang betul bagi pesakit dapat:

- Mencegah kecederaan kepada anggota badan yang terjejas.
- Menyokong segmen badan pesakit.
- Mengelakkan kejadian luka tekanan.
- Mengelakkan pemendekan dan kekakuan otot.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- 1-3 biji bantal mengikut jenis posisi dan baringan
- Medium sokongan lain seperti kusyen/ *shoulder support*

B. Borang yang diperlukan:

- *Positioning Chart*
- Borang Intervensi Kejururawatan
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

PROSES KERJA POSISI DAN BARINGAN PESAKIT STROK

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Penerangan tentang posisi dan baringan pesakit strok	Jururawat	- Nilai keadaan pesakit. - Beri salam/ucap selamat dan terangkan prosedur kepada pesakit/penjaga	Fail pesakit
2.	Baringan <i>recumbent</i> untuk pesakit strok	Jururawat	- Lapangkan kawasan persekitaran dan kunci roda katil. - Posisikan pesakit ke baringan <i>recumbent</i> dengan 1 biji bantal di kepala pesakit dan 1 biji bantal di bawah tangan pesakit yang lemah (hemiplegia)	2 biji bantal
3.	Posisi <i>lateral</i> untuk pesakit strok	Jururawat	- Lapangkan kawasan persekitaran dan kunci roda katil. - Posisikan pesakit ke baringan <i>lateral</i> samada ke kiri atau ke kanan dengan mengikut prinsip berikut: - Tangan yang lemah (hemiplegia) diampu dan tidak ditindih - Kaki yang lemah (hemiplegia) tidak ditindih dengan dan di letakkan dalam posisi yang selesa untuk pesakit. - Letakkan satu bantal di belakang badan pesakit bagi mengekalkan baringan pesakit.	3 biji bantal
4.	Posisi duduk di kerusi/ kerusi roda untuk pesakit strok	Jururawat	- Lapangkan kawasan persekitaran dan kunci roda katil dan kerusi roda. - Pastikan pesakit berada dalam posisi yang selesa dan selamat dan pasang tali pinggang semasa berada di atas kerusi roda. - Ampu tangan pesakit yang lemah (hemiplegia) dengan menggunakan medium sokongan mengikut kaedah yang betul bagi mengelakkan <i>subluxation shoulder</i>.	Medium sokongan bantal / kusyen/ <i>shoulder support</i>
5.	Dokumentasi	Jururawat	Rekodkan di dalam fail pesakit.	Fail pesakit

PENJAGAAN BAHU PESAKIT STROK

PENGENALAN

Penjagaan bahu merupakan elemen penting yang sering dititikberatkan dalam penjagaan pesakit strok. Jururawat yang menjaga perlu mengambil tahu akan kepentingan dan kaedah yang betul dalam penjagaan bahu. Tindakan awal dalam menjaga sendi bahu pesakit dapat mengelakkan pesakit daripada mendapat komplikasi.

TUJUAN

Tujuan penjagaan bahu pesakit strok adalah: -

1. Mengelakkan kejatuhan sendi bahu *shoulder subluxation*.
2. Mengurangkan kesakitan dan kekakuan sendi bahu pesakit.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Risalah penjagaa bahu dan *flip chart*
- *Shoulder support*
- 1-3 biji bantal mengikut keadaan pesakit
- Kain yang digulung seperti tuala/ selimut

B. Borang yang diperlukan:

- Borang Intervensi Kejururawatan
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

PROSES KERJA PENJAGAAN BAHU PESAKIT YANG MENGALAMI HEMIPLEGIA

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Penerangan tentang penjagaan bahu	Jururawat	• Nilai keadaan pesakit. • Beri salam/ucap selamat dan terangkan prosedur kepada pesakit/penjaga	Fail pesakit
2.	Memastikan bahu hemiplegia disokong dengan cara yang betul sepertimana dilatih oleh pasukan interdisplinari	Jururawat	• Ampu anggota tangan yang lemah (hemiplegia) dengan menggunakan medium sokongan mengikut kaedah yang betul, bagi mengelak <i>shoulder subluxation</i>. • Pastikan bahu pesakit kelihatan simetri. • Sekiranya pesakit memakai <i>shoulder support</i>, nasihatkan pesakit untuk memakainya semasa pesakit duduk, berdiri atau semasa berpindah sahaja kerana ia dapat mengampu bahu tanpa mengganggu pergerakan tangan tersebut. • Rujuk kepada pelan rawatan oleh pasukan interdisplinari	Medium sokongan bantal / kusyen/ <i>shoulder support</i>
3.	Memberi pendidikan kesihatan	Jururawat	• Beri pendidikan kesihatan kepada pesakit dan penjaga tentang penjagaan bahu • Nasihatkan pesakit untuk tidak membenarkan sesiapa menarik tangannya yang lemah terutama semasa bangun, berjalan atau memakai baju.	Risalah penjagaa bahu dan <i>flip chart</i>
4.	Dokumentasi	Jururawat	Rekodkan di dalam fail pesakit	Fail pesakit

PROSES PEMINDAHAN PESAKIT

PENGENALAN

Proses dan cara pemindahan pesakit strok dari satu tempat ke satu tempat yang lain dengan selamat bagi pesakit sepanjang berada di dalam wad.

Proses ini melibatkan mengangkat dan memindahkan pesakit strok dari:

- Katil ke kerusi / kerusi roda
- Kerusi / kerusi roda ke katil

TUJUAN

Bagi memudahkan pemindahan pesakit strok dari satu tempat ke satu tempat yang lain dengan selamat bagi pesakit strok sepanjang berada di dalam wad.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Kerusi/ kerusi roda
- Risalah pendidikan dan *flip chart*
- Alat bantu seperti *portable hoist*

B. Borang yang diperlukan :

- Borang Intervensi Kejururawatan
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

PROSES KERJA PROSES PEMINDAHAN PESAKIT

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Mengangkat dan memindahkan pesakit strok dari kerusi/kerusi roda ke katil	Jururawat	• Nilai keadaan pesakit • Senyum dan beri salam kepada pesakit dan penjaga. • Beri penerangan kepada pesakit dan penjaga. • Kunci roda katil dan kerusi roda. • Bantu pesakit berdiri dari kerusi / kerusi roda: - Berdiri di depan pesakit. - Arah pesakit letak tangan yang kuat atas bahu perawat. - Perawat memegang belakang seluar pesakit. - Arahkan pesakit untuk berdiri. • Pusingkan dan dudukkan pesakit di tepi katil. • Bantu pesakit baring Selesaikan dan dengar aduan dari pesakit.	Kerusi/ kerusi roda Katil Risalah pendidikan dan <i>flip chart</i> Borang Intervensi Kejururawatan Fail pesakit (<i>Nursing Narrative Report</i>)

2	Mengangkat dan memindahkan pesakit Strok dari Katil Ke Kerusi/kerusi roda / portable hoist	Jururawat	• Nilai keadaan pesakit • Senyum dan beri salam kepada pesakit dan penjaga. • Beri penerangan kepada pesakit dan penjaga. • Kunci roda katil dan sediakan kerusi /kerusi roda. Tinggikan bahagian kepala katil sehingga 45' • Bawa pesakit kesisi katil • Bantu pesakit duduk di tepi katil dengan kaki berjantai. • Berdiri di hadapan pesakit dengan satu kaki perawat berada diantara kaki pesakit. • Arah pesakit letak tangan yang kuat atas bahu perawat • Perawat memegang belakang seluar pesakit. • Berdirikan pesakit dan pusingkan ke arah kerusi roda. • Dudukkan pesakit di atas kerusi/kerusi roda perlahan-lahan. • Selesaikan dan dengar aduan dari pesakit.	Kerusi/kerusi roda/ portable hoist Katil Risalah pendidikan dan <i>flip chart</i> Borang Intervensi Kejururawatan Fail pesakit (<i>Nursing Narrative Report</i>)
---	--	-----------	---	---

PENGENDALIAN AKTIVITI PENGURUSAN DIRI *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL)

PENGENALAN

Pengendalian aktiviti pengurusan diri *Activity daily living* (ADL) adalah komponen utama dalam pengurusan penjagaan pesakit strok. Contoh *Activity Daily Living* (ADL) adalah seperti berhias diri, makan, mandi, berpakaian, ke tandas, bergerak dan berpindah dari satu tempat ke tempat lain.

Jururawat yang menjaga, perlu memainkan peranan memberi bantuan dan menjalankan pengukuhan latihan berkaitan *Activities of Daily Living* (ADL) seperti mana dilatih oleh pasukan interdisiplinari

TUJUAN

Untuk penjagaan diri sendiri dan kebersihan serta keperluan sendiri lain bagi menjalani kehidupan normal seperti sediakala.

Sebagai persediaan sebelum pesakit discaj

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Barang keperluan peribadi pesakit seperti baju, seluar, sikat, berus gigi dan lain-lain.

B. Borang yang diperlukan:

- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

PROSES KERJA PEMANTAUAN PENGENDALIAN AKTIVITI PENGURUSAN DIRI

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Penerangan mengenai pengendalian aktiviti pengurusan diri <i>Activity daily living</i> (ADL)	Jururawat	• Nilai keadaan pesakit. • Beri salam/ucap selamat dan terangkan prosedur kepada pesakit/penjaga	Fail pesakit
2.	Memberi bantuan dan pengukuhan latihan berkaitan <i>Activities of Daily Living</i> (ADL) sepertimana dilatih oleh pasukan interdisplinari.	Jururawat	• Beri bantuan dan pantau pesakit dan penjaga dalam pengurusan diri ADL bagi pengukuhan latihan. • Beri pendidikan kesihatan kepada pesakit dan penjaga tentang keperluan ADL mengikut keadaan semasa pesakit. • Rujuk kepada pelan rawatan oleh pasukan interdisplinari	Barang keperluan peribadi pesakit seperti baju, seluar, sikat, berus gigi dan lain-lain
3.	Dokumentasi	Jururawat	• Memantau kebolehan pesakit dan penjaga di dalam pengurusan diri sepertimana yang telah dilatih • Rekodkan hasil pemantauan	Fail pesakit

PEMBERIAN PEMAKANAN ENTERAL

PENGENALAN

Kaedah pemakanan enteral adalah cara pemakanan melalui tiub seperti *Nasogastric Tube* atau *Percutaneous Endoscopy Gastrostomy Tube* dalam bentuk cecair dan kebiasaannya merupakan formula atau produk susu. Tiub-tiub ini harus dijaga dengan rapi bagi mengekalkan patensi tiub untuk mengelakkan komplikasi seperti tiub tersumbat, pesakit sukar bernafas atau tercekik semasa pemberian makanan.

TUJUAN

- Membantu individu yang tidak mampu mengambil makanan atau ubatan secara oral.
- Memberi nutrisi yang mencukupi untuk pesakit.
- Mengajar penjaga kaedah pemberian enteral yang selamat dan berkesan untuk pesakit.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Troli
- Cawan dan jug dengan sukatan
- Sudu
- *Syringe* 10mls, 20mls dan 50mls
- Air suam
- *Stethoscope*
- Cairan makanan, susu atau ubatan

B. Borang-borang untuk dokumentasi:

- *Intake output chart*
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)
- *Feeding regime chart*

PROSES KERJA KAEDAH PEMBERIAN PEMAKANAN ENTERAL

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Nilai keadaan pesakit	Jururawat	Memastikan regime dan formula enteral yang telah ditetapkan oleh Pegawai Dietetik	-
2.	Beritahu pesakit atau penjaga tentang prosedur	Jururawat	Pesakit atau penjaga diberitahu tentang pemberian <i>enteral feeding</i> dan memberi kerjasama	-
3.	Cuci tangan dan sediakan formula enteral	Jururawat	- Cuci tangan sebelum menyediakan peralatan dan formula enteral/ubatan. - Bancuh formula enteral mengikut sukatan yang ditetapkan oleh Pegawai Dietetik. - Menggunakan ubat-ubatan cecair sahaja (sekiranya ubat dalam bentuk tablet atau kapsul hendaklah dilarutkan dahulu).	- Sarung tangan <i>Non sterile</i>. - Cawan dan jug dengan sukatan - Sudu - Syringe 10ml/20ml dan 50ml - Air suam - Cairan makanan, susu atau ubatan
4.	Sediakan pesakit dan beri privasi	Jururawat	- Bantu pesakit untuk duduk di kerusi/ kerusi roda atau posisikan pesakit pada kedudukan <i>fowler's</i> (30°-45°) untuk mengelakkan <i>aspiration</i> keatas paru-paru. - Ajar penjaga - Beri privasi kepada pesakit.	-
5.	Lakukan sedutan keluar (<i>Gastric Residual Volume</i>)– GRV sebelum pemberian formula enteral	Jururawat	Lakukan sedutan keluar (<i>Gastric Residual Volume</i> – GRV) sebelum pemberian formula enteral untuk membuang susu yang tidak hadam serta untuk memeriksa sisa gastrik.	<i>Syringe</i> 10ml/20ml - Cawan sukatan <i>Stetoscope</i>

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
			- Sambungkan <i>syringe</i> 10mls/ 20mls ke tiub nasogastrik untuk mengenalpasti sisa isipadu gastrik GRV serta memastikan tiub nasogastrik berada di dalam perut. - Sekiranya isipadu GRV melebihi 200mls atau separuh dari jumlah enteral yang telah diberikan, tunggu sekurang-kurangnya sejam sebelum memulakan pemberian formula seterusnya kerana mungkin susu/makanan belum dihadam sepenuhnya. - Sekiranya kandungan GRV adalah abnormal seperti berwarna merah, coklat atau hitam hentikan prosedur dan beritahu doktor dengan segera. - Sekiranya masa pemberian ubatan kurang dari 2 jam selepas pemberian formula enteral, GRV tidak perlu dikeluarkan. - Ajar penjaga tentang perkara 1-5.	
6.	Memulakan pemberian formula	Jururawat	- Keluarkan <i>syringe</i> 10 mls tadi, dan sambungkan dengan <i>syringe</i> 50mls tanpa piston (<i>plunger</i>). Lipat kan tiub nasogastrik untuk mengelakkan udara masuk ke perut. - Pegang <i>syringe</i> setinggi paras dahi pesakit bagi pemberian tiub nasogastrik (sekiranya terlalu tinggi akan menambahkan tekanan masuk ke perut pesakit). Sekiranya pesakit dengan PEG tiub, cukup sekadar tiub berada dalam kedudukan menegak.	- Sarung tangan <i>non-sterile</i>. - Cawan dan jug dengan sukatan - Sudu <i>Syringe</i> 10ml/20ml dan 50ml - Air suam - Cairan makanan, susu atau ubatan

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
			- Bilas tiub makanan dengan air sekurangnya 10mls sebelum dan selepas pemberian susu bagi mengekalkan laluan tiub. - Tuangkan makanan cecair/minuman atau ubat-ubatan yang hendak diberikan, Lepaskan lipatan dan benarkan aliran makanan ke dalam perut. - Pastikan picagari tidak kosong untuk mengelakkan udara masuk yang boleh menyebabkan kekembungan. - Tutup semula tiub nasogastrik setelah selesai. - Ajar penjaga langkah dari 1-6	
7.	Cuci dan keringkan peralatan yang telah digunakan	Jururawat	- Cuci semua peralatan dan keringkan. - Pesakit perlu mengekalkan posisi tersebut sekurang-kurangnya 1 jam selepas pemberian enteral.	-
8.	Lakukan pemerhatian semasa dan selepas	Jururawat	- Sekiranya pesakit tercekik atau sesak nafas semasa prosedur dapatkan bantuan perubatan secepat mungkin. - Laporkan sebarang komplikasi yang boleh berlaku selepas pemberian formula enteral seperti cirit-birit atau muntah.	-

PROSES KERJA KAEDAH PENJAGAAN PESAKIT DENGAN TIUB ENTERAL

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Nilai keadaan pesakit	Jururawat	- Lakukan penilaian terhadap perawatan yang diperlukan terhadap pesakit setiap hari seperti penukaran tiub secara berkala mengikut jenis tiub dan sekiranya tiub tidak berfungsi. - Terangkan tujuan dan ajar penjaga cara-cara untuk memeriksa keadaan tiub pesakit.	-
2.	Bersihkan mulut pesakit setiap hari	Jururawat	- Bersihkan mulut pesakit setiap hari bagi menjaga kesihatan dan kebersihan oral pesakit. - Bersihkan lidah pesakit dengan menggunakan gauze atau tuala yang lembut. - Gunakan ubat gigi/ ubat kumur mengikut kesesuaian pesakit.	-
3.	Lakukan pemeriksaan ke atas tiub dan kulit di sekitar tiub	Jururawat	- Periksa keadaan tiub setiap hari untuk mengenalpasti sebarang kerosakan seperti penutup longgar, beralih kedudukan atau terkeluar. - Alirkan sekurang-kurangnya 10 mls air ke dalam tiub sebelum dan selepas pemberian susu/ubat bagi mengekalkan patensi tiub. - Pastikan plaster sentiasa bersih dan kering. - Gunakan putik kapas yang lembap bagi membersihkan bahagian luar tiub nasogastrik	- Sarung tangan <i>non sterile</i> - Cawan dengan sukatan - Syringe 10ml/20ml - Air suam

			yang berada dekat dengan hidung dan periksa kulit di sekitar tiub bagi mengesan sekiranya terdapat luka. • Bagi pesakit dengan <i>PEG tube</i>, <i>dressing</i> di kawasan stoma perlu dilakukan setiap hari sehingga kering. Pastikan kulit di sekitar stoma sentiasa bersih dan kering. Gunakan krim topikal sekiranya diarahkan oleh doktor. • Lakukan pemeriksaan pada setiap pemberian enteral dan laporkan kepada doktor sekiranya terdapat keabnormalan.	
4.	Cuci dan keringkan peralatan	Jururawat	Bersih dan keringkan peralatan yang telah digunakan bagi mengelakkan berlaku sebarang kontaminasi.	-
5.	Lakukan pemerhatian terhadap sebarang tindak balas kepada formula	Jururawat	Melakukan pemerhatian kesan sampingan keatas pesakit terhadap formula enteral/ubatan seperti cirit- birit, sembelit, loya atau demam yang melebihi sehari.	
6.	Lapor dan catatkan sebarang <i>abnormality</i>	Jururawat	Melaporkan sebarang keabnormalan dan dokumentasikan.	• <i>Intake output chart</i> • Fail pesakit (<i>Nursing Narrative Report</i>) • <i>Feeding regime chart</i>

PEMBERIAN UBAT SUPPOSITORI MELALUI REKTUM BAGI PESAKIT STROK

PENGENALAN

Pesakit strok kadangkala mengalami masalah pembuangan najis. Ubatan Suppositori seperti *Bisacodyl* dapat membantu mereka dalam melakukan eliminasi pembuangan najis.

TUJUAN

Membantu pesakit strok dalam melakukan eliminasi najis. Tindakan awal jururawat dalam menyelesaikan masalah eliminasi najis yang dialami pesakit strok dapat mengelakkan *bowel accident*.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Ubat Suppositori seperti *Bisacodyl*
- Gel pelincir
- Sarung tangan *non-sterile*
- Pelapik

B. Borang-borang untuk dokumentasi:

- *Bristol stool chart*
- *Intake output chart*
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

PROSES KERJA PEMBERIAN UBAT SUPPOSITORI MELALUI REKTUM BAGI PESAKIT STROK

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Semak arahan doktor.	Jururawat	- Semak preskripsi ubat pesakit. - Pastikan pesakit yang betul dengan mengamalkan prinsip 7R dalam pemberian ubatan.	Preskripsi ubat pesakit
2.	Pakai sarung tangan <i>non-sterile</i> dan buka pembalut ubat Suppositori.	Jururawat	- Pakai sarung tangan <i>non-sterile</i> bagi tujuan kebersihan dan memudahkan proses kerja. - Ajar penjaga dan beri kerjasama.	Sarung tangan <i>non-sterile</i> Ubat Suppositori
3.	Sapu gel pelincir pada ubat Suppositori.	Jururawat	- Gel pelincir digunakan bagi memudahkan suppositori masuk. - Ajar penjaga dan beri kerjasama.	Gel pelincir
4.	Posisikan pesakit dalam baringan mengiring ke kiri. Alaskan punggung pesakit dengan pelapik.	Jururawat	- Pesakit diposisikan baringan mengiring ke kiri bagi memudahkan eliminasi najis. - Ajar penjaga dan beri kerjasama.	Pelapik
5.	Masukan ubat Suppositori secara perlahan-lahan ke dalam rektum pesakit.	Jururawat	- Ubat suppositori dimasukkan secara perlahan-lahan. - Pastikan ubat Suppositori menyentuh sekeliling dinding mukosa rektum pesakit, bukan ke dalam najis. - Ubatan akan bertindak dengan lebih berkesan. - Ajar penjaga dan beri kerjasama.	Sarung tangan <i>non-sterile</i> Ubat Suppositori Gel pelincir Pelapik
6.	Catat pengeluaran najis pesakit.	Jururawat	Catat pengeluaran najis pesakit di dalam <i>Nursing Narrative Report</i> dan <i>Intake output chart</i> berdasarkan <i>Bristol stool chart</i> : - Masa - Jenis - Kuantiti	<i>Bristol stool chart</i> <i>Intake output chart</i> <i>Nursing Narrative Report.</i>

PENCEGAHAN JATUH DAN LANGKAH KESELAMATAN DI WAD

PENGENALAN

Jatuh merupakan situasi di mana seseorang itu jatuh daripada kedudukan tinggi kepada kedudukan rendah sama ada secara sengaja atau tidak dan ianya boleh menyebabkan kecederaan. Hampir jatuh pula merupakan situasi di mana seseorang itu hilang keseimbangan, tergelincir atau tersadung tetapi berjaya mengelakkan diri daripada terjatuh dan sempat berpegang pada mana-mana tempat.

TUJUAN

- Bagi menilai pesakit yang berisiko untuk jatuh dengan menggunakan borang *Morse Fall Scale (MFS)*.
- Bagi menangani risiko jatuh dan mencegah kecederaan.

KEPERLUAN

A. Barang keperluan:

- Tanda risiko jatuh di kepala katil
- *Pamphlet* dan *flip chart*

B. Borang yang diperlukan :

- *Morse Fall Scale Chart*
- Borang Intervensi Kejururawatan
- Fail pesakit (*Nursing Narrative Report*)

CARTA ALIR PENCEGAHAN JATUH DAN LANGKAH KESELAMATAN DI WAD



PROSES KERJA PENCEGAHAN JATUH DAN LANGKAH KESELAMATAN DI WAD

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Nilai keadaan pesakit	Jururawat	Menilai keadaan pesakit dengan menggunakan <i>Morse Fall Scale</i> .	Borang <i>Morse Fall Scale</i>
2.	Kenalpasti faktor risiko jatuh	Jururawat	• Kenalpasti faktor risiko bagi merancang intervensi kejururawatan berdasarkan perkara berikut: - Kategori risiko jatuh - Keperluan dan keadaan pesakit. - Sejarah jatuh dan penggunaan alat keselamatan. - Penilaian harian. • Letakkan tanda risiko jatuh di katil pesakit.	Tanda risiko jatuh Fail pesakit (<i>Nursing Narrative Report</i>)
3.	Intervensi pencegahan jatuh.	Jururawat	• Beri orientasi kepada pesakit dan penjaga supaya pesakit biasa dengan keadaan dan susun atur wad. • Letakkan pesakit pada ketinggian katil yang sesuai, roda dikunci dan pagar katil dinaikkan. • Pastikan persekitaran kemas dan selamat seperti lantai tidak licin dan tiada barangan yang menghalang pesakit semasa ambulasi. • Nasihatkan pesakit untuk memakai kasut yang sesuai dan selamat semasa berambulasi seperti tidak licin, bertumit rendah dan mempunyai Lace-up/ Velcro.	Borang intervensi kejururawatan

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
			- Pastikan loker dan barang keperluan berdekatan dengan pesakit. - Pantau kesan sebarang pengambilan ubat-ubatan terutamanya ubatan yang boleh menyebabkan mengantuk. - Ajar pesakit dan penjaga tentang penggunaan <i>call bell</i>. - Letakkan katil pesakit berdekatan dengan kaunter jururawat bagi pesakit berisiko tinggi. - Beritahu penjaga sekiranya dia ingin meninggalkan pesakit berseorangan. - Beri pendidikan kesihatan tentang jatuh secara berkala kepada pesakit dan penjaga.	
4.	Nilai semula keadaan pesakit serta keberkesanan intervensi.	Jururawat	- Jururawat perlu melakukan penilaian risiko jatuh (<i>Morse Fall Scale</i>) pada setiap hari dan ianya perlu diperbaharui mengikut keadaan pesakit. - Pantau teknik ambulasi yang dilakukan oleh pesakit dan penjaga dan beri penekanan tentang kepentingan menggunakan teknik dan mekanik badan yang betul. - Maklum kepada doktor sekiranya pesakit mempunyai masalah dalam memberikan kerjasama atau mempunyai faktor risiko yang memerlukan intervensi seperti ubat-ubatan.	Borang <i>Morse Fall Scale</i> Borang intervensi kejururawatan

LAMPIRAN

TANDA RISIKO JATUH YANG DILETAKKAN DI KEPALA KATIL



***SIGNAGE RISIKO PESAKIT JATUH –
LOW RISK
MORSE FALL SCALE - SKOR 1 – 24***



***SIGNAGE RISIKO PESAKIT JATUH –
SEDERHANA
MORSE FALL SCALE - SKOR 25 – 45***



***SIGNAGE RISIKO PESAKIT JATUH –
HIGH RISK
MORSE FALL SCALE - SKOR > 45***

LAMPIRAN

BKJ-BOR-PPK-Fall 2 (Pind. 4/2020)

**NURSING DIVISION
MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA
DAILY MORSE FALL SCALE ASSESSMENT CHART**

NAME:			REG NO :			WARD:		
DIAGNOSIS:			AGE :			ADMISSION DATE:		
ITEMS	DATE							
	TIME							
	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE	SCORE
History of fall								
NO	0							
YES	25							
Secondary Diagnosis								
If only 1 active medical diagnosis	0							
Secondary diagnosis ≥ 2 medical diagnosis in chart	15							
Ambulatory Aids								
None/ Bed rest / Nurse Assist	0							
Crutches/ Cane/ Walker	15							
Furniture (Patient clutched onto furniture for support)	30							
IV therapy / Heparin Lock (IV devices)	No: 0							
	Yes: 20							
Gait								
Normal/ bed rest/ immobile	0							
Weak	10							
Impaired	20							
Mental Status								
Oriented to own ability	0							
Over estimates or forgets limitations	15							
Total Score :								
Signature of Staf :								
LEVEL OF RISK FOR FALL	MFS SCORE	COLOUR CODE	ACTION			Patient assessment MUST be done Daily and during change of patient's status		
NO RISK	0	NONE	Implement Standard Fall Risk interventions					
LOW RISK	1 - 24	WHITE						
MODERATE RISK	25 - 45	YELLOW	Implement Moderate Fall Risk interventions					
HIGH RISK	> 45	RED	Implement High Fall Risk interventions					

Adopted Source: Morse, J.M(1997). Preventing Patient Falls. Thousand Oaks: Sage Broda.1999 Safety Operating Instruction

Reviewed in July 2020

RUJUKAN

- Guide of positioning the patient with hemiplegia in the bed (With permission of Wiley-Blackwell, Charles P. Warlow et al. Stroke: Practical Management 3e)
- Adopted Source: Morse, J.M(1997). Preventing Patient falls. Thousand Oaks: Sage Broda. 1999Safety Operating Instruction
- Malaysian Patient Safety Goals (Guidelines on Implementation & Surveillance), Ministry of Health Malaysia & Patient Safety Council of Malaysia. 1st Edition 2013.
- Guide of positioning the patient with hemiplegia in the bed (With permission of Wiley-Blackwell, Charles P. Warlow et al. Stroke: Practical Management 3e)
- Malaysian patient Safety Goals (Nurses Roles and Responsibilities). Nursing Division, Ministry of Health Malaysia. 1st Edition June 2015.
- Ismail, W. S. B. W. (2019, December 23). Guide for Lifting and Transferring Stroke Patients - PORTAL Myhealth.
- Ismail, W. S. B. W. (2019b, December 23). Positioning for Stroke Patients - Portal Myhealth.
- N. (2016, April 6). How To Use Suppository - PORTAL Myhealth. PORTAL MyHEALTH.
- Proses kerja Hospital Rehabilitasi Cheras

PERKHIDMATAN FISIOTERAPI



01

PENGENALAN & PERANAN

02

KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ

03

CARTA ALIR & PROSES KERJA

04

RUJUKAN

05

LAMPIRAN

PERKHIDMATAN FISIOTERAPI

PENGENALAN

Perawatan fisioterapi untuk pesakit strok meliputi fasa akut, sub-akut dan rehabilitatif sama ada di wad ataupun sebagai pesakit luar. Intervensi yang dirancang adalah untuk meningkatkan keupayaan fizikal mengikut keadaan pesakit dengan mengambil kira kadar kesihatan, keupayaan kognitif, fungsi sensorimotor dan neuropsikologi yang mungkin terjejas akibat serangan strok.

PERANAN

- Skop perkhidmatan termasuk bidang promosi, pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi
- Membantu individu membina, mengekal dan memulihkan pergerakan dan kefungsian optimum apabila pergerakan dan kefungsian terjejas
- Mencegah dan mengurangkan ketidakupayaan (*impairment*) dan komplikasi seperti *spasticity*, kekakuan sendi dan sebagainya
- Mengoptimum atau mengembalikan keupayaan berdikari (*functional independence*) dan kefungsian mobility
- Mengurangkan tempoh tinggal di wad (*length of stay*)
- Meningkatkan dan mengembalikan tahap kualiti hidup
- Memberi input pesakit dalam *interdisciplinary rounds* (IDR)

KRITERIA KHUSUS PESAKIT DALAM

- Pesakit strok hendaklah dirujuk oleh pegawai /pakar perubatan

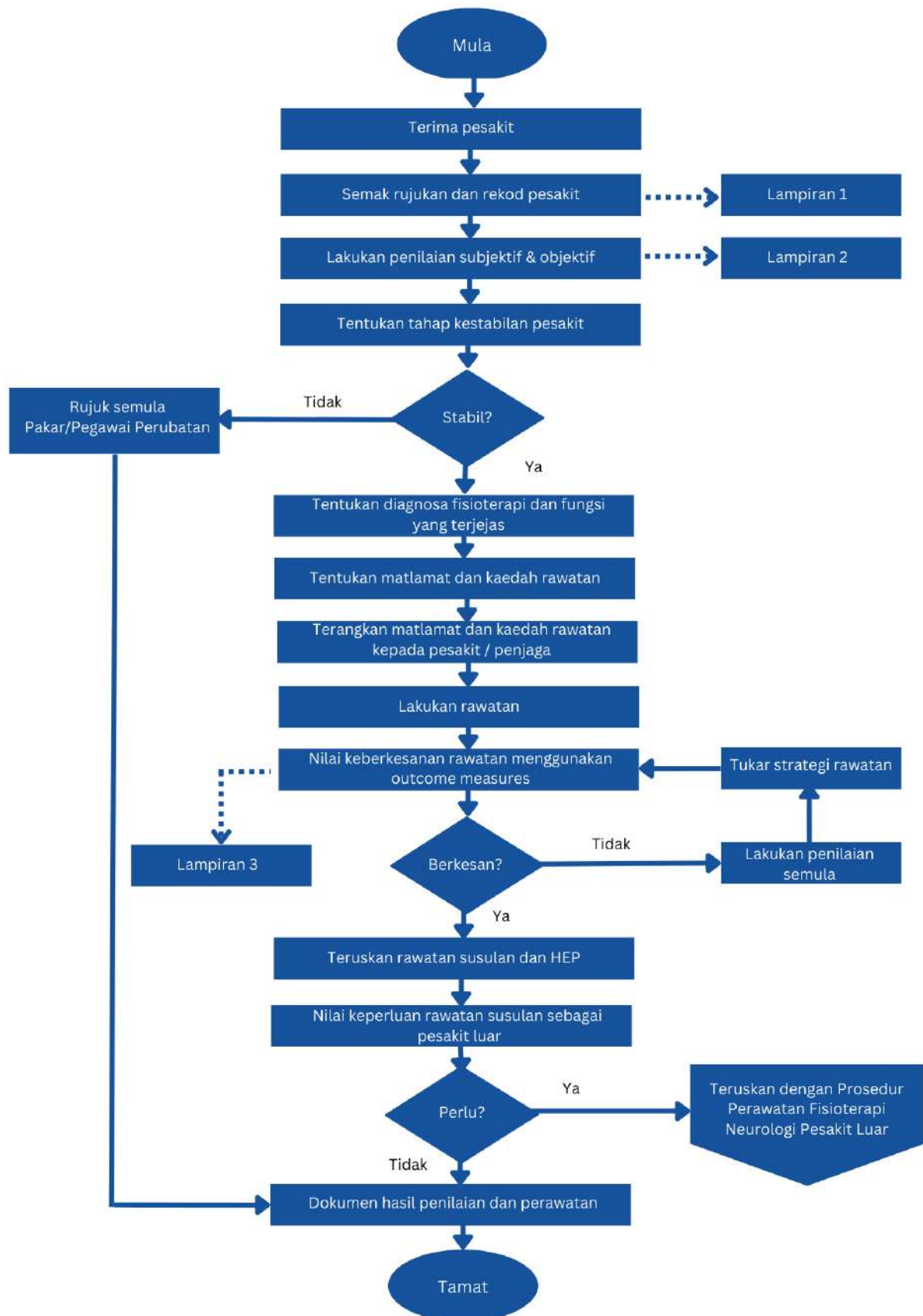
KRITERIA KHUSUS PESAKIT LUAR

- Pesakit strok hendaklah dirujuk oleh pegawai /pakar perubatan

KRITERIA DISCAJ FISIOTERAPI

- Pesakit yang menjalani perawatan Fisioterapi memperolehi peningkatan dalam skor *Modified Rivermead Mobility Index* sekurang-kurangnya 10% ataupun markah maksima ATAU
- Telah mencapai objektif rawatan

CARTA ALIR PROSEDUR PERAWATAN FISIOTERAPI STROK BAGI PESAKIT DI WAD



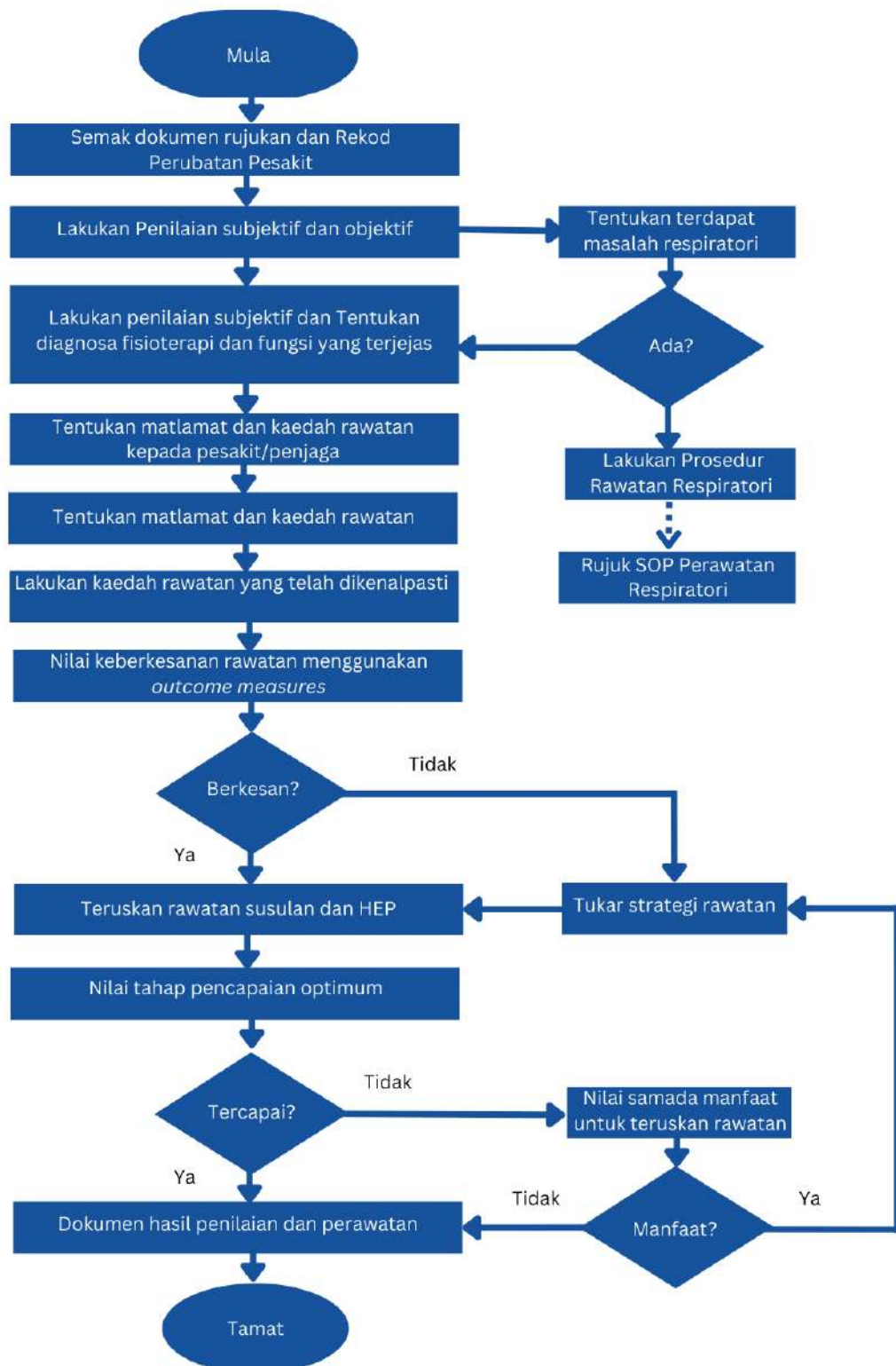
PROSES KERJA PROSEDUR PERAWATAN FISIOTERAPI STROK BAGI PESAKIT WAD

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG / RUJUKAN
1.	Terima pesakit yang dirujuk	Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi (PPPF) / Jurupulih Perubatan Fisioterapi (JPF)	Menerima rujukan pesakit	Lampiran 1 Borang rujukan fisioterapi (Fisio / b.ruj / hosp / 2015).
2.	Semak dokumen rujukan dan rekod perubatan	PPPF/JPF	Menyemak dokumen rujukan	Lampiran 1 Borang rujukan fisioterapi (Fisio / b.ruj / hosp / 2015).
3.	Lakukan penilaian subjektif dan objektif ke atas pesakit dengan menggunakan borang penilaian mengikut kondisi pesakit.	PPPF/JPF	Penilaian subjektif dan objektif dijalankan	Lampiran 2 - Neurology Assessment Form (fisio/b.pen.21/2022).
4.	Tentukan kestabilan pesakit. Jika pesakit tidak stabil, rujuk semula kepada pakar/pegawai perubatan.	PPPF/JPF	Kestabilan pesakit ditentukan.	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa)
5.	Jika pesakit stabil, tentukan diagnosa Fisioterapi fungsi yang terjejas.	PPPF/JPF	Diagnosa fisioterapi ditentukan	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
6.	Tentukan matlamat dan kaedah rawatan berdasarkan penilaian	PPPF/JPF	Matlamat dan kaedah rawatan ditentukan berdasarkan penilaian	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG / RUJUKAN
7.	Terangkan matlamat dan kaedah rawatan kepada pesakit atau penjaga. Lakukan rawatan terapi mengikut keperluan pesakit menggunakan kaedah yang bersesuaian.	PPPF/JPF	Matlamat dan kaedah rawatan diterangkan kepada pesakit dan penjaga. Perawatan yang sesuai diberikan kepada pesakit	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
8.	Nilai keberkesanan rawatan menggunakan <i>outcome measures</i> yang bersesuaian.	PPPF/JPF	Keberkesanan rawatan dinilai	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
9.	Jika tidak berkesan, lakukan penilaian semula dan tukar strategi rawatan mengikut keperluan pesakit.	PPPF/JPF	Strategi rawatan ditukar jika tidak berkesan	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
10.	Sekiranya berkesan, teruskan rawatan susulan mengikut kondisi dan keperluan pesakit.	PPPF/JPF	Teruskan rawatan sekiranya berkesan.	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
11.	Nilai keperluan rawatan susulan sebagai pesakit luar. Sekiranya perlu, bincang bersama Pakar/ Pegawai perubatan untuk rujuk pesakit sebagai pesakit luar Fisioterapi dan teruskan	PPPF/JPF	Keperluan rawatan susulan pesakit luar semula.	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG / RUJUKAN
	Prosedur Perawatan Fisioterapi Neurologi Pesakit Luar.			
12.	Dokumentasi penilaian dan rawatan di dalam Rekod Perawatan Pesakit.	PPPF/JPF	Membuat dokumentasi pesakit	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
13.	Jika tidak perlu rawatan susulan, discaj pesakit.	PPPF/JPF	Discaj pesakit.	Lampiran 4 - Borang Discharge Care Plan

CARTA ALIR PESAKIT LUAR PROSEDUR PERAWATAN FISIOTERAPI STROK BAGI PESAKIT LUAR



PROSES KERJA PROSEDUR PERAWATAN FISIOTERAPI STROK BAGI PESAKIT LUAR

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima pesakit yang dirujuk	Pegawai Pemulihan Perubatan Fisioterapi (PPPF) / Jurupulih Perubatan Fisioterapi (JPF)	Menerima rujukan pesakit	Lampiran 1: Borang rujukan fisioterapi (Fisio / b.ruj / hosp / 2015).
2.	Semak dokumen rujukan dan rekod perubatan	PPPF/JPF	Menyemak dokumen	Lampiran 1: Borang rujukan fisioterapi (Fisio / b.ruj / hosp / 2015).
3.	Lakukan penilaian subjektif dan objektif ke atas pesakit dengan menggunakan borang penilaian Fisioterapi berkaitan.	PPPF/JPF	Penilaian subjektif dan objektif dijalankan	Lampiran 2: Neurology Assessment Form (fisio/b.pen.21/2022).
4.	Pastikan pesakit tidak ada masalah respiratori. Bagi pesakit yang ada masalah tersebut, Sekiranya ada, rujuk POS Perawatan Respiratori	PPPF/JPF	Diagnosa fisioterapi ditentukan	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Respiratori
5.	Tentukan diagnosa Fisioterapi dan fungsi yang terjejas.	PPPF/JPF	Diagnosa fisioterapi ditentukan	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
6.	Tentukan matlamat dan kaedah rawatan berdasarkan penilaian	PPPF/JPF	Matlamat dan kaedah rawatan ditentukan berdasarkan penilaian	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
7.	Terangkan matlamat dan kaedah rawatan kepada pesakit atau penjaga. Lakukan rawatan terapi mengikut keperluan pesakit menggunakan kaedah yang bersesuaian.	PPPF/JPF	Matlamat dan kaedah rawatan diterangkan kepada pesakit dan penjaga. Perawatan yang sesuai diberikan kepada pesakit	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
8.	Nilai keberkesanan rawatan menggunakan <i>outcome measures</i> yang bersesuaian.	PPPF/JPF	Keberkesanan rawatan dinilai	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
9.	Jika tidak berkesan, tukar strategi rawatan dan teruskan dengan rawatan susulan.	PPPF/JPF	Strategi rawatan ditukar jika tidak berkesan	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
10.	Sekiranya berkesan, teruskan rawatan susulan mengikut kondisi dan keperluan pesakit.	PPPF/JPF	Teruskan rawatan sekiranya berkesan.	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
11.	Nilai tahap pencapaian optima pesakit melalui dokumentasi dalam Rekod Perawatan Pesakit	PPPF/JPF	Keperluan rawatan susulan pesakit luar dinilai semula.	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
12.	Sekiranya tidak tercapai, nilai samada terdapat manfaat untuk teruskan rawatan terhadap pesakit (jika kefungsiian tercapai, tamatkan rawatan dan teruskan HEP).	PPPF/JPF	Penilaian semula dilakukan untuk menentukan rawatan atau penamatan rawatan untuk pesakit luar strok	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa).
13.	Sekiranya memberi manfaat, tukar strategi rawatan dan teruskan dengan rawatan susulan. Jika tidak berkesan, discaj pesakit dan teruskan latihan senaman dirumah.	PPPF/JPF	Tamatkan perawatan pesakit.	Lampiran 4 - Borang Discharge Care Plan

RUJUKAN

- Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Neurologi (Dewasa)
- Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Fisioterapi Respiratori
- Lennon S, Johnson L. The modified rivermead mobility index: validity and reliability. Disability and rehabilitation. 2000 Jan 1;22(18):833-9.

LAMPIRAN

- Lampiran 1 - Borang rujukan fisioterapi (Fisio / b.ruj / hosp / 2015).
- Lampiran 2 - *Neurology Assessment Form* (fisio/b.pen.21/2022).
- Lampiran 3 - Borang *Modified Rivermead Mobility Index*
- Lampiran 4 - Borang Discharge Care Plan

BORANG RUJUKAN FISIOTERAPI (HOSPITAL)

Fisio / b.ruj / hosp / 2015



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA PHYSIOTHERAPY REFERRAL FORM

NAME : _____ CLINIC/UNIT/WARD : _____ RN NO : _____

AGE : _____ DATE OF BIRTH : _____ GENDER : _____ RACE : _____

IC.NO / PASSPORT : _____ TELEPHONE NO / HP : _____

ADDRESS : _____

PATIENT'S PARTICULARS		
PATIENT'S HISTORY & DIAGNOSIS :		
INVESTIGATIONS:		
PRECAUTIONS IF ANY:		
PHYSIOTHERAPY INTERVENTIONS		
☐ CHEST PHYSIOTHERAPY ☐ THERAPEUTIC EXERCISES ☐ PAIN MANAGEMENT ☐ ELECTRICAL MODALITIES ☐ ELECTRICAL STIMULATION ☐ MANUAL THERAPY ☐ HOT PACK / WAX BATH ☐ CRYOTHERAPY ☐ HYDROTHERAPY ☐ TAPPING/STRAPPING ☐ PALLIATIVE CARE ☐ SPORT INJURIES MANAGEMENT	☐ AMBULATION ☐ GAIT TRAINING ☐ BALANCE TRAINING ☐ LYMPHOEDEMA THERAPY ☐ COMPRESSION BANDAGING ☐ CONTINENCE THERAPY ☐ PHOTOTHERAPY ☐ EARLY INTERVENTION PROGRAM ☐ NEURO-DEVELOPMENTAL THERAPY ☐ OBESITY PROGRAMME ☐ DRY NEEDLING ☐ PEOPLE WITH ARTHRITIS CAN EXS	☐ CARDIAC REHABILITATION ☐ NEURO REHABILITATION ☐ VESTIBULAR REHABILITATION ☐ BURN REHABILITATION ☐ SPINAL REHABILITATION ☐ HAND REHABILITATION ☐ AMPUTEE REHABILITATION ☐ EDUCATIONAL CLASS ☐ HEMOPHILIA REHABILITATION ☐ PULMONARY REHABILITATION ☐ OTHERS (<i>Please specify</i>) :- _____
SIGNATURE OF SPECIALIST / MEDICAL OFFICER		
NAME :	SIGNATURE :	
DATE :	STAMP :	
OFFICIAL USE		
(FORM RECEIVED STAMP/INITIAL/TIME RECEIVED)	STAFF'S ACTION (DATE/ TIME/INITIAL/STAMP)	REMARKS

Referral letter is ONLY VALID for 1 month from date of referral. (Rujukkan ini SAH LAKU selama 1 bulan daripada tarikh rujukan)

BORANG PENILAIAN NEUROLOGI

FUNCTIONAL LIMITATION			PROBLEM LIST	
ACTIVITY	SCORE	MOVEMENT QUALITY		
Transfers				
Turning over				
Lying to sitting				
Sitting				
Sitting to standing				
Standing				
Walking indoors				
Stairs				
0-unable to perform 2- Assistance of 1 person 4 - Requires an aid/ Appliance 1-Assistance of 2 people 3- Requires supervision or verbal instructions 5- Independent				
GAIT Gait pattern : Comments : Walking aids : Orthoses : Gait Speed (10mwt) : Turning characteristic : Normal / abnormal			LONG TERM GOALS 	
EXERCISE ENDURANCE Endurance (6MWT) : Rate of perceived exertion (BORG SCALE):			PLAN OF TREATMENT 	
OTHER OUTCOME MEASURES (Choose if applicable)				
Outcome Measures	Score	Remarks		
MODIFIED RIVERMEAD MOBILITY INDEX				
TIMED UP AND GO				
BERG BALANCE SCALE				
FUNCTIONAL REACH TEST				
Others : 			Attending Physiotherapist: Date : Sign & Stamp :	

MODIFIED RIVERMEAD MOBILITY INDEX

Name:

Activities	Date		
Turning over Please turn over from your back to your R/L side			
Lying to sitting Please sit up on the side of the bed			
Sitting balance Please sit up on the edge of the bed (approx. 10 sec)			
Sitting to standing Please stand up from your chair (Patient takes less than 15sec)			
Standing Please remain standing (approx. 10 sec)			
Transfer Please go from your bed to the chair and back again (chair on the unaffected side)			
Walking indoor Please walk your usual way (10 metres)			
Stairs Please climb up & down a flight of stairs in your usual way			
Total			
Signature of the Assessor			

BORANG DISCHARGE CARE PLAN**DISCHARGE CARE PLAN FORM (PHYSIOTHERAPY)**

NAME: _____

I/C NO: _____

R/N: _____

AGE: _____

GENDER: _____

RACE: _____

DIAGNOSIS: _____

SUMMARY OF PHYSIOTHERAPY INTERVENTION

Problems	Goals	Management Activity	Carer's Biodata (name, relationship, address, contact no.)	Name of Physiotherapist	Date discuss with pt/carers and Remark

CONSENT TO PROCEED WITH DISCHARGE CARE PLAN:

SIGNED BY PATIENT / CARER : _____

DATE : _____

SIGNATURE OF PHYSIOTHERAPIST : _____

DATE : _____

PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA



01

Pengenalan & Peranan

02

Kriteria Rujukan & Discaj

03

Carta Alir & Proses Kerja

04

Rujukan

05

Lampiran

PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA

PENGENALAN

Strok boleh menyebabkan kehilangan keupayaan (fungsi tubuh badan, dan penglibatan dalam aktiviti seharian, sosial dan spiritual) termasuk kefungsiian kognitif / persepsi, sensorimotor dan psikologikal. Pesakit juga berisiko mendapat komplikasi sekunder seperti kontraktur, luka akibat tekanan, jangkitan dan lain-lain yang memberi kesan kepada kesihatan dan cara hidup individu. Terapi Cara Kerja pesakit strok dapat menyumbang kepada usaha mengembalikan kefungsiian ke tahap optima serta meningkatkan kualiti hidup pesakit dengan menggunakan adaptasi pelbagai aktiviti yang mempunyai nilai terapeutik.

PERANAN

- Mengembalikan tahap keberdikarian dalam aktiviti kehidupan harian, pekerjaan, riadah, spiritual dan psikososial.
- Memastikan pesakit mendapat Perkhidmatan Terapi Cara Kerja yang bersesuaian, tepat, dan berkesan bagi meningkatkan kualiti hidup dan produktiviti.
- Mencegah atau meminimumkan komplikasi sekunder.
- Mengurangkan beban penjagaan pesakit oleh penjaga atau keluarga.

KRITERIA RUJUKAN PESAKIT DALAM / LUAR

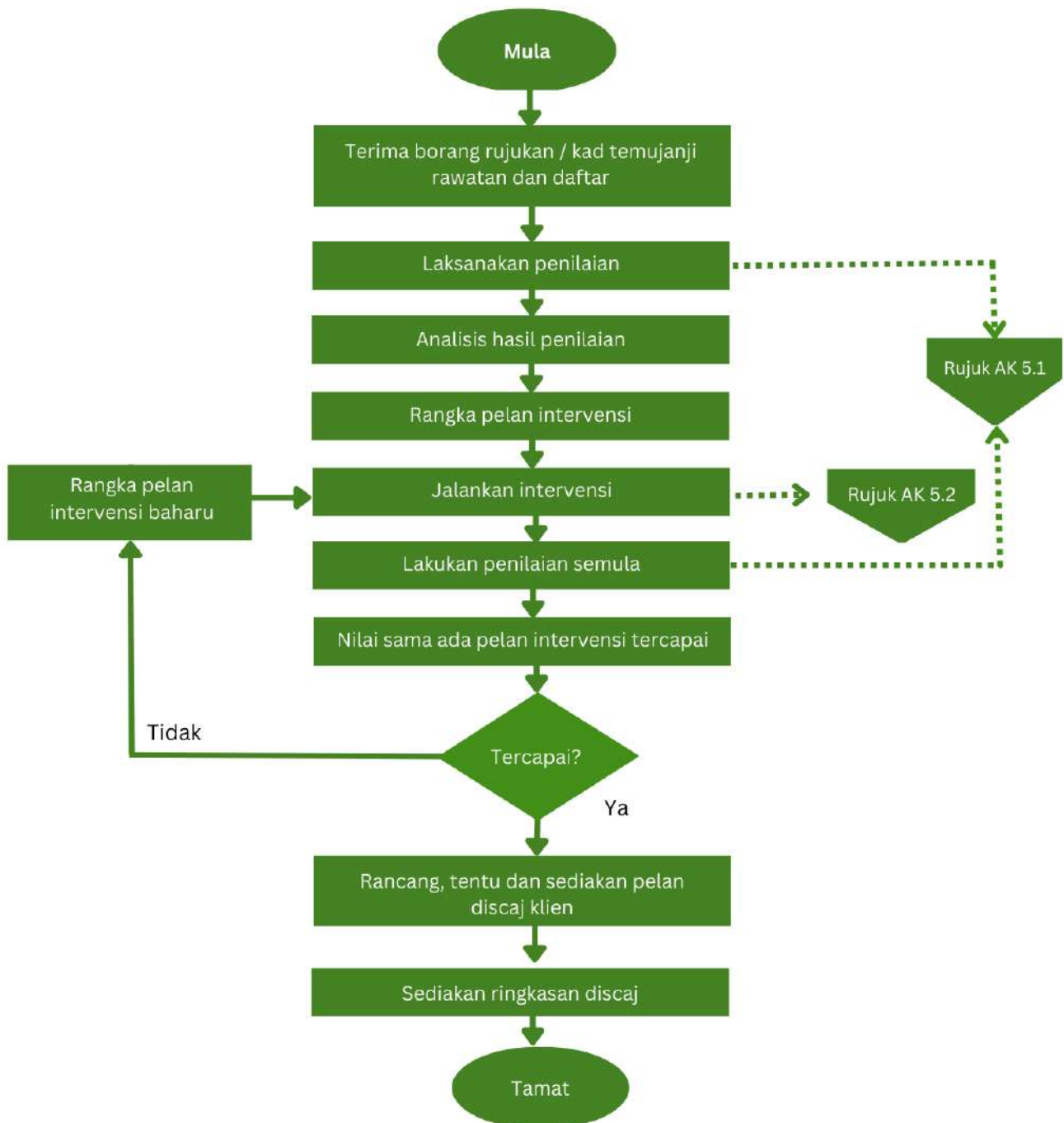
- Pesakit yang stabil dari segi *vital sign*.
- Pesakit yang mempunyai sekurang-sekurangnya salah satu atau lebih dari satu kriteria di bawah:
 - Pesakit strok yang mendapat skor dalam *Modified Barthel Index (MBI)* di antara 25 hingga 90 (*Severe dependency level to mild dependency level*) atau
 - Pesakit strok yang mendapat skor Fugl-Meyer Assessment (FMA-UE) kurang dari 60 untuk fungsi motor atau
 - Pesakit strok yang tidak mencapai markah penuh dalam Motor Assessment Scale (UL) atau
 - Pesakit strok yang mengalami kemerosotan kefungsi kognitif dan persepsi *MoCA* skor dibawah 26) atau
 - Pesakit strok yang mengalami masalah *anxiety* dan *depression* berdasarkan skor PHQ 9/ GAD-7 atau
 - Pesakit strok yang memerlukan preskripsi alat sokongan, alat bantuan perubatan dan penilaian rumah

KRITERIA DISCAJ DARI RAWATAN SUSULAN TERAPI CARAKERJA

Rawatan terapi untuk pesaki strok boleh ditamatkan atas sebab-sebab berikut:

- Pesakit tidak menghadiri sesi intervensi dalam tempoh tiga (3) bulan atau tiga (3) sesi intervensi dari tarikh temujanji yang diberikan tanpa sebarang makluman
- Pesakit telah mencapai tahap kefungsi yang optima (tidak menunjukkan perubahan selepas tiga (3) kali penilaian semula dijalankan
- Pesakit dirujuk atau berpindah ke hospital atau fasiliti lain
- Mencapai tempoh maksimum rawatan pesakit selama satu (1) tahun. Sebarang rawatan lanjutan daripada tempoh ini adalah mengikut justifikasi klinikal Pegawai Pemulihan/ Jurupulih Perubatan Cara Kerja
- Permintaan pesakit

**CARTA ALIR PROGRAM KONTINUM REHABILITASI STROK
(PESAKIT DALAM/ LUAR) BAGI TERAPI CARA KERJA**



PROSES KERJA BAGI TERAPI CARA KERJA

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima borang rujukan / kad temujanji rawatan dan daftar	PPPCK / JPCK / PPK / Pembantu tadbir	Terima borang rujukan/ kad temujanji rawatan dan lakukan pendaftaran klien baharu atau ulangan. (Rujuk Panduan Dokumentasi Perkhidmatan Terapi Cara Kerja KKM)	Lampiran 1: Occupational Therapy Referral Form (OTRF).
2.	Laksanakan penilaian	PPPCK / JPCK	Laksanakan penilaian klien. (Rujuk AK 5.1 Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Terapi Cara Kerja untuk Klien Strok).	Lampiran 2: Occupational Therapy Initial Assessment (OTIA).
3.	Analisis hasil penilaian	PPPCK / JPCK	Analisis hasil dapatan penilaian dan senaraikan masalah klien berdasarkan Panduan Dokumentasi Perkhidmatan Terapi Cara Kerja KKM.	Lampiran 3: Occupational Therapy Intervention Plan (OTIP).
4.	Rangka pelan intervensi	PPPCK / JPCK	Rangka pelan intervensi dengan menggunakan borang Occupational Therapy Intervention Plan (OTIP) (Rujuk Panduan Dokumentasi Perkhidmatan Terapi Cara Kerja KKM)	Lampiran 3: Occupational Therapy Intervention Plan (OTIP).
5.	Jalankan intervensi	PPPCK / JPCK	- Jalankan intervensi (Rujuk AK 5.2 Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Terapi Cara Kerja untuk Klien Strok) - Pilih dan jalankan intervensi berdasarkan pelan yang telah dirangka. - Pantau kemajuan dan prestasi semasa klien	Lampiran 4: Occupational Therapy Contact Note (OTCN). Borang laporan kemajuan pesakit (mengikut fasiliti masing-masing)
6.	Lakukan penilaian semula	PPPCK / JPCK	Lakukan penilaian semula setelah intervensi dijalankan.	Lampiran 3: Semakan pencapaian objektif rawatan melalui borang

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			(Rujuk AK 5.1 Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Terapi Cara Kerja untuk Klien Strok).	Occupational Therapy Intervention Plan (OTIP). Borang laporan kemajuan pesakit (Mengikut fasiliti masing- masing)
7.	Nilai sama ada pelan intervensi tercapai	PPPCK / JPCK	• Nilai sama ada matlamat intervensi tercapai. Sekiranya tidak tercapai, rangka semula pelan intervensi baharu. • Modifikasi terhadap pelan rawatan perlu dilakukan dan keperluan proses kesinambungan rawatan ditentukan dengan merujuk kepada ahli kesihatan yang lain (sekiranya perlu). • Modifikasi pelan rawatan perlu dilakukan sehingga matlamat optimum tercapai. Modifikasi pelan rawatan boleh dilakukan beberapa kali mengikut kesesuaian kes.	
8.	Rancang, tentu dan sediakan pelan discaj klien	PPPCK / JPCK	• Sekiranya tercapai, rancang, tentukan dan sediakan pelan discaj klien.	Lampiran 4: Occupational Therapy Contact Note (OTCN).
9.	Sediakan ringkasan discaj		• Sediakan ringkasan discaj berdasarkan borang Occupational Therapy Discharge Summary (OTDS) (Rujuk Panduan Dokumentasi Perkhidmatan Terapi Cara Kerja KKM)	Lampiran 5: Occupational Therapy Discharge Summary (OTDS).
10.	Discaj pesakit	PPPCK / JPCK	• Discaj klien dan tamatkan sesi.	Lampiran 5: Occupational Therapy Discharge Summary (OTDS).

RUJUKAN

- Academy of Medicine of Malaysia. (2000). *Consensus Statement On the Management of Ischemic Stroke 2000*. Ministry of Health Malaysia
- Brunt, D. (1997). *Assessment in Occupational Therapy & Physical Therapy*. WB Saunders Company.
- Clark, B., Whittall, J., Kwakkel, G., Mehrholz, J., Ewings, S., & BurrIDGE, J. (2017). *Time spent in rehabilitation and effect on measures of activity after stroke*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(3), CD012612. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012612>
- Daniel, M.S, et al (1992). *Occupational Therapy Protocol Management in Adult Physical Dysfunction*. Gaithersburg, Aspen Publishers Inc:
- Densen, J.V. (1998). *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy*. W.B. Saunders Company, London.
- Edmans, J. et al. (2001). *Occupational Therapy and Stroke*. WHURR Publishers, London.
- Edmans, J. (2003). *Occupational Therapy and Stroke*. Whurr London and Philadelphia.
- Itzkovich, M. Elazar, B. Averbuch, S. (1993) *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment*, Pequannock, NJ: Maddock.
- Freishtat, B. (1986). *The Adult Stroke Patient, A Manual for Education and Treatment of Perceptual and Cognitive Dysfunction*. SLACK Incorporated NJ.
- Gillen, G. (1998). *Stroke Rehabilitation – A Function Based Approach*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Hansen, R.A. (1993) *Conditions in Occupational Therapy Effect on Occupational Performance*. Maryland: Williams & Wilkins, 1993
- Jebsen, R.H. et al (1969). *An Objective and standardized test of hand function*, Arch. Phys Med Rehabil 50(6): pg 311
- Lee, K. B., et al (2015). *Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study*. International journal of rehabilitation research. Internationale
- Pedretti, L.W., Zoltan, B. (1990) *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*. The C.V Mosby Company, ST Louis.
- Perkhidmatan Pemulihan Carakerja. (2013). *Prosedur Operasi Standard: Pemulihan Carakerja untuk Pesakit Stroke*. Putrajaya: Bahagian Sains Kesihatan Bersekutu.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002) *Management of patient with stroke*; 64

LAMPIRAN

BORANG-BORANG DOKUMENTASI

- Lampiran 1: Occupational Therapy Referral Form (OTRF)
- Lampiran 2: Occupational Therapy Initial Assessment (OTIA)
- Lampiran 3: Occupational Therapy Intervention Plan (OTIP)
- Lampiran 4: Occupational Therapy Contact Note (OTCN)
- Lampiran 5: Occupational Therapy Discharge Summary (OTDS)

	OCCUPATIONAL THERAPY REFERRAL FORM (OTRF) PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA	
---	--	--

A. CLIENT INFORMATION			
Name			
NRIC / ID			
Age		Contact Number	
B. REFERRAL INFORMATION			
Referrer Location (Ward / Dept / Unit etc.)		Date of Referral	
Diagnosis			
Contraindication / Precaution (if any)			
C. CLIENT INFORMATION AND SERVICE REQUESTED			
D. REFERRER INFORMATION	E. FOR OT UNIT USE		
Signature and stamp:	Date received:		Signature and stamp:
	Time received:		
	Date of appointment:		

**This form is only valid for one (1) month from the date of referral*

**PANDUAN PENGISIAN BORANG RUJUKAN OCCUPATIONAL THERAPY REFERRAL FORM (OTRF) PERKHIDMATAN
TERAPI CARA KERJA, KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

A. CARA PENGISIAN

PERKARA	PENERANGAN
Name	Nama penuh mengikut kad pengenalan / dokumen pengenalan lain.
NRIC / ID	Nombor kad pengenalan / dokumen pengenalan lain.
Age	Umur semasa klien
Contact Number	Nombor telefon klien / keluarga / penjaga yang aktif dan boleh dihubungi.
Referrer Location	Unit / Jabatan / Lokasi Perujuk.
Date of Referral	Tarikh klien dirujuk.
Diagnosis	Diagnosa, kondisi dan maklumat lain yang relevan untuk sesi perawatan.
Contraindication / Precaution	Kontraindikasi / langkah berjaga-jaga yang perlu diberi perhatian (jika ada).
Client Information & Service Requested	Maklumat klien yang relevan dan perkhidmatan terapi cara kerja yang dimohon.
Signature and Stamp (Referrer)	Tandatangan dan cop perujuk.

B. MODALITI PERAWATAN TERAPI CARA KERJA

PERKARA	PENERANGAN
Activities of Daily Living	Modaliti untuk pengurusan diri asas (contoh: <i>bathing, feeding, dressing, toileting etc.</i>)
Instrumental Activities of Daily Living	Modaliti untuk pengurusan diri dalam persekitaran rumah dan komuniti (contoh: <i>meal preparation, financial management, shopping, home management etc.</i>)
Health Management	Modaliti untuk pengurusan kesihatan (contoh: <i>medication management, symptom management etc.</i>)
Rest and Sleep	Modaliti untuk rehat dan tidur (contoh: <i>therapeutic rest, sleep assessment & hygiene etc.</i>)
Education	Modaliti untuk pra-pembelajaran dan pembelajaran (contoh: <i>school readiness, pre-writing and writing training etc.</i>)
Work	Modaliti untuk pra-pekerjaan dan pekerjaan (contoh: <i>work readiness assessment, functional capacity evaluation, work conditioning, work hardening etc.</i>)
Play	Modaliti untuk bermain (contoh: <i>play assessment, play exploration, therapeutic play activities etc.</i>)
Leisure	Modaliti untuk aktiviti riadah (contoh: <i>leisure assessment, indoor and outdoor leisure activities etc.</i>)
Social Participation	Modaliti untuk penglibatan dalam aktiviti sosial (contoh: <i>social skills training, functional group training, group support etc.</i>)
Physical Function	Modaliti untuk kefungsi fizikal (contoh: <i>preparatory physical training for occupational performance i.e., strength training, ROM training, endurance training etc.</i>)
Cognitive & Perceptual Function	Modaliti untuk kefungsi kognitif dan persepsi (contoh: <i>cognitive assessment, memory training, attention training etc.</i>)
Psychological Function	Modaliti untuk psikologikal (contoh: <i>depression, anxiety and stress assessment, stress management, relaxation therapy, coping strategies etc.</i>)
Sensory Function	Modaliti untuk sensori (contoh: <i>pain management, sensory stimulation, sensory desensitization, sensory reeducation etc.</i>)
Patient and Caregiver Education and Training	Pendidikan dan latihan kepada klien dan penjaga (contoh: <i>client care management, home program, carer support group etc.</i>)
Creative Activities	Modaliti untuk aktiviti kreatif (contoh: <i>craft activities, therapeutic art & music activities etc.</i>)
Orientation & Mobility	Modaliti untuk Latihan orientasi dan mobiliti di kalangan klien masalah penglihatan & buta (contoh: <i>sighted guide training, white cane training etc.</i>)
Pre-Driving & Driving	Modaliti untuk pra-pemanduan dan pemanduan (contoh: <i>pre-driving and driving assessment, off-road and on-road training etc.</i>)
Behavioural Management	Modaliti untuk pengurusan tingkahlaku (contoh: <i>healthy habit formation, habit modification, healthy routine education and training, lifestyle modification etc.</i>)
Developmental	Modaliti untuk perkembangan kanak-kanak (contoh: <i>developmental screening and assessment, developmental stimulation etc.</i>)
Sensory Integration	Modaliti untuk integrasi sensori (contoh: <i>sensory profile, sensory processing etc.</i>)
Hand & Upper Extremities	Modaliti untuk kefungsi tangan dan anggota atas (contoh: <i>hand function assessment, hand dexterity training etc.</i>)
Home/School/Work/Community Accessibility	Modaliti untuk aksesibiliti persekitaran klien (contoh: <i>environmental assessment, environmental modification etc.</i>)
Aids and Adaptation	Modaliti untuk peralatan bantuan dan adaptasi (contoh: <i>assistive and adaptive device prescription/fabrication etc.</i>)
Splint and Orthosis	Modaliti untuk splint dan peralatan ortotik (contoh: <i>static splint, dynamic splint etc.</i>)
Compression Therapy	Modaliti untuk terapi tekanan (contoh: <i>scar/edema assessment, pressure garment, stockinette, TED stocking prescription/fabrication etc.</i>)
Wheelchair	Modaliti untuk penggunaan kerusi roda dan peralatan mobiliti lain (contoh: <i>manual and motorized wheelchair, mobility scooter assessment and prescription etc.</i>)
Others (Please state):	Lain-lain (sila nyatakan)



**OCCUPATIONAL THERAPY INITIAL ASSESSMENT (OTIA)
PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

A. CLIENT INFORMATION

Name			
Address			
NRIC / ID		Date of Birth	
Age		Contact Number	
Diagnosis			

B. CLIENT HISTORY

Client's chief complaint / reason for referral	
Case history	
Family history	Education history / Work history
	Leisure history / Social history

C. OCCUPATIONAL PERFORMANCE						
OCCUPATION	ACTIVITIES	P r o b l e m a t i c	OCCUPATION	ACTIVITIES	P r o b l e m a t i c	
Activities of Daily Living (ADL)	Bathing, showering		Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	Care of others / pets and animals		
	Toileting and toilet hygiene			Child rearing		
	Dressing			Communication management		
	Feeding / Eating / Swallowing			Driving and community mobility		
	Functional mobility			Financial management		
	Personal hygiene and grooming			Home establishment and management		
	Sexual activity			Meal preparation and clean-up		
Health Management	Social and emotional health promotion and maintenance				Religious and spiritual expression	
	Symptom and condition management				Safety and emergency maintenance	
	Communication with the health care system				Shopping	
	Medication management		Rest and Sleep	Rest		
	Physical activity			Sleep preparation		
	Nutrition management			Sleep participation		
		Personal care device management		Work	Employment interests and pursuits	
Education	Formal educational participation		Employment seeking and acquisition			
	Informal personal educational needs or interest exploration		Job performance and maintenance			
	Informal personal education participation		Retirement preparation and adjustment			
Play	Play exploration				Volunteer exploration	
	Play participation				Volunteer participation	
Leisure	Leisure exploration		Remarks:			
	Leisure participation					
Social participation	Community participation					
	Family participation					
	Friendships					
	Intimate partner relationships					
	Peer group participation					

*If client scored 'problematic' in any of the occupations, further evaluation is needed.

D. CLIENT NEEDS AND PRIORITIES	E. ADDITIONAL NOTES

THERAPIST SIGNATURE AND STAMP:
DATE:

LAMPIRAN 3

NO. SIRI KKM/TCK/DOK/003

	OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION PLAN (OTIP) PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA	
---	--	--

A. CLIENT INFORMATION

Name	
NRIC / ID	

B. PROBLEM STATEMENT

--

C. TREATMENT GOALS**DUE DATE****STATUS****NOTE**

		☐ Achieved ☐ Not achieved	
		☐ Achieved ☐ Not achieved	
		☐ Achieved ☐ Not achieved	
		☐ Achieved ☐ Not achieved	

D. TREATMENT PLAN

--

THERAPIST SIGNATURE AND STAMP:

DATE:

LAMPIRAN 4

[illegible]

LAMPIRAN 4

	OCCUPATIONAL THERAPY CONTACT NOTE (OTCN) PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA	RN:
---	---	------------

Date: -----

Time start: -----

Time end: -----

S:
O:
A:
P:

THERAPIST SIGNATURE AND STAMP:
DATE:

	OCCUPATIONAL THERAPY DISCHARGE SUMMARY (OTDS) PERKHIDMATAN TERAPI CARA KERJA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA	
---	--	--

A. CLIENT INFORMATION	
Name	
NRIC / ID	
Diagnosis	
Discharge date	

B. OCCUPATIONAL THERAPY DURATION AND NUMBER OF SESSIONS
This client has received occupational therapy from _____ to _____ for a total of _____ intervention session(s).

C. INTERVENTION PROVIDED		
☐ Activities of Daily Living	☐ Physical Function	☐ Developmental
☐ Instrumental Activities of Daily Living	☐ Cognitive & Perceptual Function	☐ Sensory Integration
☐ Health Management	☐ Psychological Function	☐ Hand & Upper Extremities
☐ Rest & Sleep	☐ Sensory Function	☐ Home/School/Work/ Community Accessibility
☐ Education	☐ Patient and Caregiver Education and Training	☐ Aids and Adaptation
☐ Work	☐ Creative Activities	☐ Splint and Orthosis
☐ Play	☐ Orientation & Mobility	☐ Compression Therapy
☐ Leisure	☐ Pre-Driving & Driving	☐ Wheelchair
☐ Social Participation	☐ Behavioural Management	☐ Others (please state):

D. OVERALL FUNCTIONAL STATUS UPON DISCHARGE		
☐ Independence (I)	☐ Modified independence (MI)	☐ Supervision / Standby Assistance (SBA)
☐ Contact Guard Assistance (CGA)	☐ Minimal Assistance (Min.A)	☐ Moderate Assistance (Mod.A)
☐ Maximal Assistance (Max.A)	☐ Dependence (D)	☐ Not Applicable (N/A)

E. REASON FOR DISCHARGE		
☐ Goal(s) met	☐ Achieved optimum level of function	☐ Client non-compliant / default
☐ Deceased	☐ Client request	☐ Transfer out to:
☐ Others (please specify):		

F. RECOMMENDATION FOR DISCHARGE SETTING		
☐ Other hospital / health clinic	☐ Home	☐ School / other education setting
☐ Work	☐ Community (PDK/PSR/KWE/others):	
G. NOTE		

THERAPIST SIGNATURE AND STAMP:
DATE:

BORANG-BORANG PENILAIAN YANG DIGUNAKAN

Functional Assessments

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
- Goal Attainment Scale (GAS)
- Modified Barthel Index
- Lawton IADL Scale
- Pre-Driving Assessment (Stroke Driver Screening Assessment)
- LAM Assessment of Stages of Employment Readiness
- Work Assessment
- Interest Checklist
- Sexual Function Assessment
- Home / School/Worksite Assessment
- Aids and Adaptation / Assistive Technology
- Wheelchair Assessment
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
- WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF) / SF36

Physical /Motor assessments

- General neurological assessments
- Fugl Meyer Assessment –Upper Extremity
- Motor Assessment Scale (MAS)
- DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Cognitive / Perceptual Assessments

- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery (COTNAB)
- Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (DLOTCA/DLOTCA-G)
- Rivermead Visual Perceptual Assessment Battery (RVPAB)
- Motor Free Visual Perceptual Test (MVPT)
- Trail Making Test (TMT)
- Clock Drawing Test (CDT)
- Bell Cancellation Test
- Catherine Bergego Scale (CBS)

Psychosocial Assessments

- Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
- Hospital Anxiety and Depression Scale
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
- General Anxiety Disorder (GAD-7)

** Rujuk Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Terapi Cara Kerja untuk Klien Strok.

PERKHIDMATAN TERAPI PERTUTURAN-BAHASA



- 01 PENGENALAN & PERANAN
- 02 KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ
- 03 CARTA ALIR & PROSES KERJA
- 04 RUJUKAN
- 05 LAMPIRAN

PERKHIDMATAN TERAPI PERTUTURAN-BAHASA

PENGENALAN

Komunikasi adalah proses perpindahan maklumat daripada seorang individu kepada individu atau sekumpulan individu yang lain. Ia merupakan proses interaksi bererti yang dapat menghasilkan pemahaman di antara penutur dan penerima. Kecelaruhan komunikasi berlaku apabila individu sukar untuk menghantar, menerima, memproses dan memahami konsep sistem simbol secara lisan, bukan lisan atau maklumat grafik. Kecelaruhan komunikasi perolehan (*Acquired Communication Disorders*) dialami pesakit dewasa boleh berpunca daripada kecederaan dan kehilangan fungsi neurologikal seperti yang berlaku kepada pesakit strok.

Berikut merupakan jenis-jenis kecelaruhan komunikasi perolehan (*Acquired Communication Disorder*) yang boleh dihadapi oleh pesakit strok;

- **Kecelaruhan Bahasa Perolehan (*Acquired Language Disorders*)/ Afasia (*Aphasia*)**
 - Ketidakupayaan berbahasa menyebabkan kesukaran untuk memahami dan menghasilkan pertuturan.
- **Disartria (*Dysarthria*)**
 - Kecelaruhan motor pertuturan yang disebabkan oleh kelemahan dan ketidakfungsian struktur dan otot yang menghasilkan pertuturan. Keadaan ini menyebabkan kadar, kelancaran dan kejelasan pertuturan terganggu.
- **Apraksia (*Apraxia*)**
 - Kecelaruhan untuk mengatur dan mengawal mekanisma yang menghasilkan bunyi pertuturan.
- **Kegagapan (*Stuttering*)**
 - Gangguan pada aliran pertuturan yang dicirikan oleh pengulangan, pemanjangan, sekatan dan hentian bunyi, perkataan dan/atau ayat.
- **Kecelaruhan Komunikasi-Kognitif (*Cognitive-Communication Disorder*)**
 - Masalah komunikasi spesifik yang terjadi akibat kecederaan/ kerosakkan kepada bahagian otak yang mengawal kebolehan untuk berfikir (kognitif).
- **Kecelaruhan suara organik (*Organic Voice Disorder*)**
 - Perubahan dari segi anatomi pada mana-mana bahagian pada saluran suara itu sendiri seperti bengkak (*edema*) yang disebabkan oleh *laryngitis*, *papilloma*, *laryngeal web* dan sebagainya. Kecelaruhan suara organik juga boleh berlaku akibat masalah pada *nervous system* (*Neurogenic Disorder*) seperti kecelaruhan suara akibat daripada kelumpuhan pada pita suara (*vocal cord palsy*).

Proses penelanan (*Swallowing*) pula boleh dibahagikan kepada 4 fasa iaitu fasa persediaan oral (*oral preparatory phase*), fasa oral (*oral phase*), fasa faringeal (*pharyngeal phase*) dan fasa esofageal (*esophageal phase*) untuk menggerakkan air liur, minuman dan makanan dari mulut ke perut (Dodds et.al, 1990).

Antara tanda-tanda seorang pesakit mengalami kecelaruan penelanan (*Swallowing Disorder*) adalah seperti berikut (Palmer et al, 2000):

- Mengambil masa yang lama untuk menghabiskan makanan dan minuman
- Air liur meleleh
- Batuk/tersedak semasa makan/minum
- Kesukaran bernafas ketika makan dan/atau minum
- Perubahan kualiti suara selepas makan/minum
- Jangkitan paru-paru berulang
- Penurunan berat badan atau pertumbuhan yang tidak mencapai tahap normal

PERANAN

- Untuk meningkatkan kualiti hidup pesakit strok yang mengalami masalah pertuturan, bahasa, komunikasi dan penelanan di dalam Program Kontinum Rehabilitasi Strok (PKRS) melalui intervensi awal, konsultasi dan program pendidikan yang berterusan.
- Untuk mengenalpasti pesakit strok yang mengalami kecelaruan komunikasi perolehan (*acquired communication disorder*) dan/atau kecelaruan penelanan (*swallowing disorder*).
- Untuk menentukan tahap kecelaruan yang dialami oleh pesakit strok.
- Untuk menjalankan intervensi yang bersesuaian dengan diagnosis dan keperluan pesakit strok
- Untuk memastikan pesakit strok mencapai tahap kefungsi yang optimum melalui perkhidmatan intervensi yang efektif kepada pesakit dan penjaga.

KRITERIA RUJUKAN PESAKIT STROK (PESAKIT DALAM DAN LUAR)

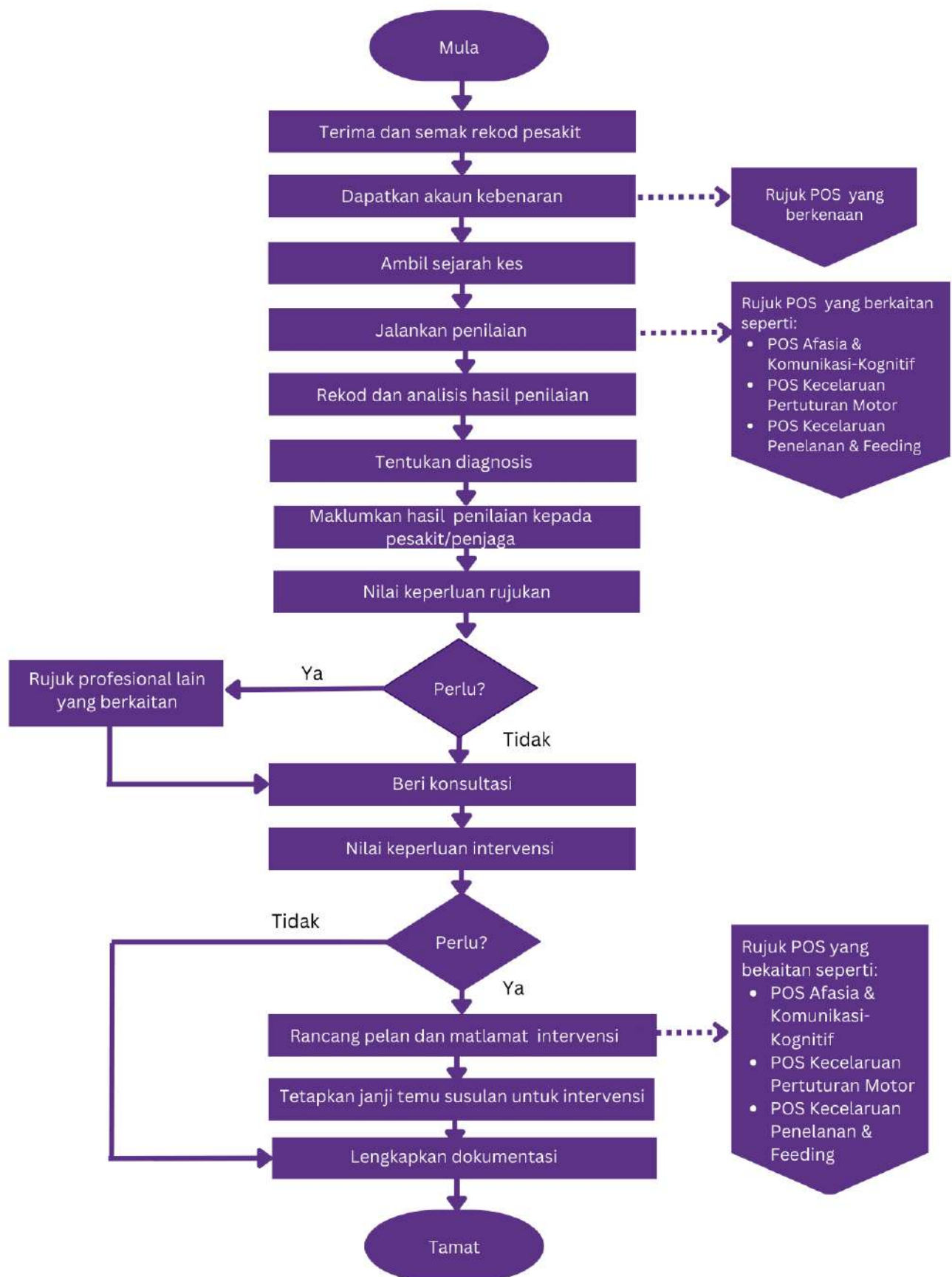
Kecelaruan Penelanan (<i>Swallowing Disorder</i>)	Kecelaruan Komunikasi Perolehan (<i>Acquired Communication Disorders</i>)
• <i>Enteral feeding (NG/ PEG Tube)</i> • Batuk/ tersedak semasa minum/makan • Sukar untuk mengunyah selepas strok • Makanan berbaki dalam mulut • Makanan/ minuman keluar dari hidung ketika makan/minum • Mengambil masa yang lama untuk menghabiskan makanan dan minuman • Air liur meleleh • Kesukaran bernafas ketika makan dan/atau minum • Perubahan kualiti suara selepas makan/minum • Jangkitan paru-paru berulang	• Sukar untuk faham arahan • Sukar untuk bercakap • Pertuturan kurang jelas (<i>slurred speech</i>) • Gagap ketika bercakap • Suara perlahan

KRITERIA DISCAJ DARI RAWATAN SUSULAN TERAPI PERTUTURAN BAHASA

Rawatan terapi pertuturan-bahasa untuk pesakit strok boleh ditamatkan atas sebab-sebab berikut:

- Pesakit/ penjaga tidak bersetuju untuk mendapatkan/ meneruskan rawatan.
- Pesakit telah mencapai matlamat intervensi/ tahap kefungsi optimum.
- Pesakit didapati tidak mengalami kecelaruan komunikasi/ feeding/ penelanan/ suara semasa sesi penilaian.
- Pesakit mempunyai prognosis yang lemah/ tidak menunjukkan sebarang peningkatan untuk meneruskan intervensi.
- Pesakit memohon untuk dipindahkan ke perkhidmatan terapi pertuturan-bahasa di tempat lain.
- Pegawai mengesyorkan agar pesakit mendapatkan perkhidmatan terapi pertuturan-bahasa di tempat lain atas keperluan perkhidmatan rawatan dari pegawai yang lebih pakar.
- Pesakit memohon untuk dirujuk ke hospital/ institusi/ fasiliti lain.
- Pesakit gagal hadir temujanji dalam tempoh 6 bulan dari tarikh akhir temujanji/ 3 kali berturut-turut tanpa sebab yang munasabah.

CARTA ALIR PENILAIAN TERAPI PERTUTURAN BAHASA

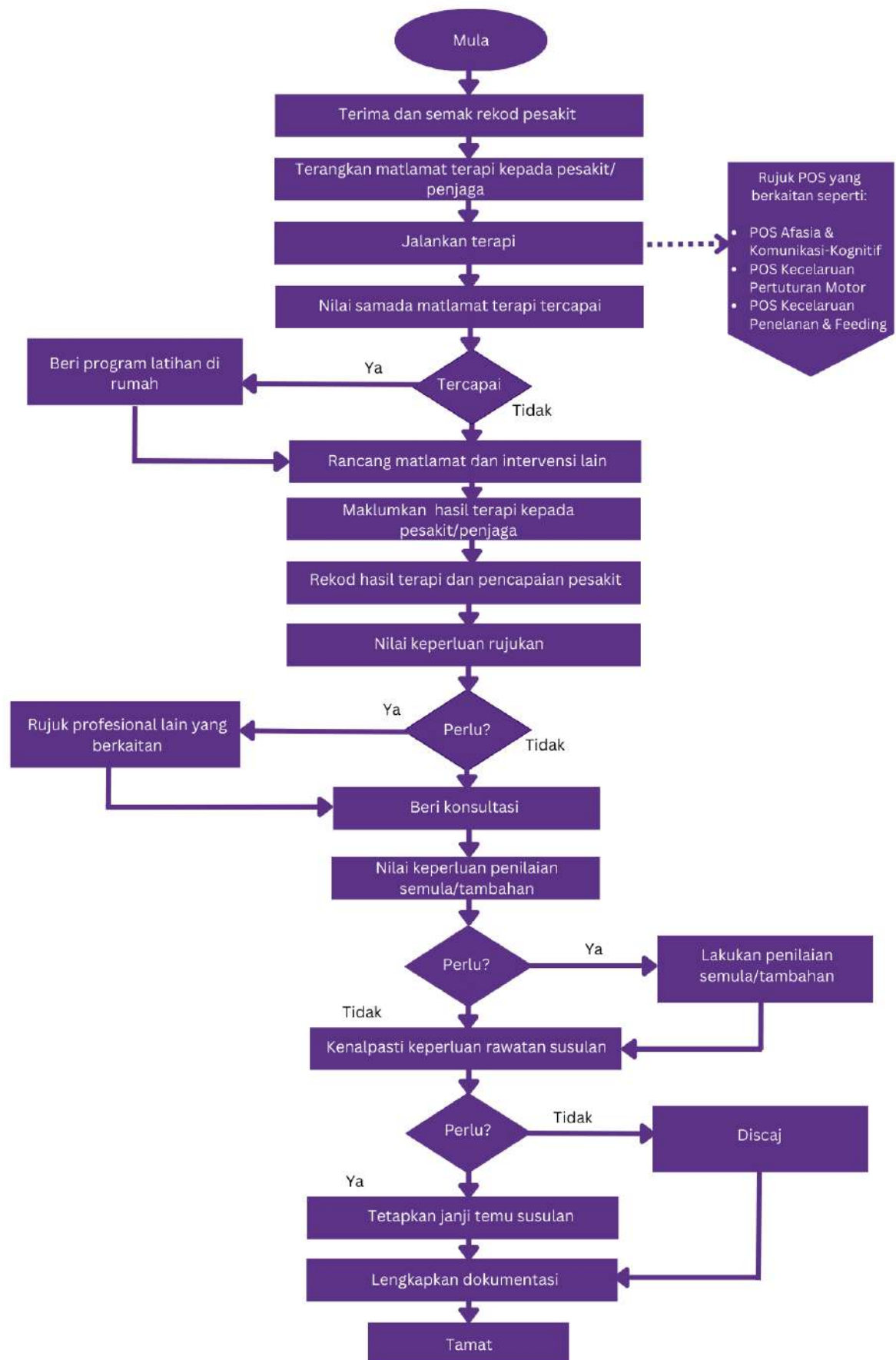


PROSES KERJA (PENILAIAN)

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima dan semak rekod pesakit	SLT/ Paramedik/ PPK	Terima pesakit yang telah mendaftar dan semak rekod pesakit	- Buku/ kad temujanji pesakit - Surat Rujukan - Jadual temujanji pesakit - Fail rekod pesakit
2.	Dapatkan akuan kebenaran	SLT/ Paramedik/ PPK	Dapatkan akuan kebenaran secara memohon pesakit / penjaga mengisi borang SLT – Surat Akuan Kebenaran dan terangkan protokol dengan jelas.	Borang akuan kebenaran (Rujuk Prosedur Operasi Standard – POS)
3.	Ambil sejarah kes	SLT	Temu bual penjaga atau pesakit untuk mengambil sejarah pesakit.	Borang <i>Adult Case History Form</i> (Rujuk Prosedur Operasi Standard – POS)
4.	Jalankan penilaian	SLT	Jalankan penilaian seperti: - Masalah Penelanan - Kecelaruan Afasia dan Komunikasi Kognitif - Kecelaruan Pertuturan Motor - Kecelaruan suara	Borang penilaian dalam POS yang berkaitan seperti: - Kecelaruan Penelanan dan Feeding - Kecelaruan Afasia dan Komunikasi Kognitif - Kecelaruan Pertuturan Motor - Kecelaruan Suara
5.	Rekod dan analisis hasil penilaian.	SLT	Rekod dan analisis hasil penilaian di dalam fail rekod pesakit	- Fail rekod pesakit - Borang-borang penilaian POS yang berkenaan
6.	Tentukan diagnosis.	SLT	Tentukan diagnosis berdasarkan hasil penilaian	Borang-borang penilaian POS yang berkenaan

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
7.	Maklumkan hasil penilaian kepada pesakit / penjaga	SLT	Maklumkan hasil penilaian kepada pesakit / penjaga	Borang-borang penilaian POS yang berkenaan
8.	Kenalpasti keperluan rujukan kepada profesional lain.	SLT	Kenalpasti keperluan rujukan kepada profesional lain. Sekiranya perlu, maklumkan kepada Pegawai Perubatan keperluan rujukan ke profesional lain. Sekiranya tidak perlu, beri konsultasi kepada pesakit dan penjaga	Borang rujukan profesional lain/ surat rujukan KKM
9.	Nilai keperluan intervensi	SLT	Nilai keperluan intervensi. Sekiranya tidak perlu, discaj pesakit dan lengkapkan dokumentasi.	Fail rekod pesakit
10.	Rancang pelan dan intervensi pesakit	SLT	Sekiranya perlu, rancang pelan dan intervensi pesakit	Rujuk POS yang berkaitan seperti: • Kecelaruan Penelanan dan Feeding • Kecelaruan Afasia dan Komunikasi Kognitif • Kecelaruan Pertuturan Motor
11.	Tetapkan janji temu rawatan susulan untuk intervensi	SLT/Paramedik/ PPK	Tetapkan janji temu rawatan susulan untuk intervensi	• Buku temujanji pesakit • Jadual temujanji pesakit/Sistem temujanji
12.	Lengkapkan dokumentasi	SLT	Lengkapkan dokumentasi	Fail rekod pesakit

CARTA ALIR INTERVENSI TERAPI PERTUTURAN BAHASA



PROSES KERJA INTERVENSI

BIL.	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima dan semak rekod pesakit	SLT/ Paramedik/ PPK	Terima pesakit yang telah mendaftar dan semak rekod pesakit	- Buku/ kad temujanji pesakit - Jadual temujanji pesakit - Fail rekod pesakit
2.	Terangkan matlamat terapi kepada pesakit/penjaga	SLT	Maklum dan terangkan matlamat setiap sesi terapi kepada pesakit/penjaga.	Fail rekod pesakit
3.	Jalankan terapi	SLT	Jalankan terapi mengikut matlamat yang telah ditetapkan	Rujuk POS yang berkaitan seperti: - POS Afasia & Komunikasi-Kognitif - POS Kecelaruan Pertuturan Motor - POS Kecelaruan Penelanan & Feeding
4.	Program latihan di rumah (HBP)	SLT/penjaga	Jalankan program latihan di rumah berdasarkan matlamat terapi	Handout HBP oleh JKT Profesion Pertuturan/ dari sumber lain
5.	Rancang matlamat dan intervensi lain	SLT	Rancang matlamat dan intervensi lain bersama pesakit/ penjaga	Rujuk POS: - POS Afasia & Komunikasi-Kognitif - POS Kecelaruan Pertuturan Motor - POS Kecelaruan Penelanan & Feeding
6.	Maklumkan hasil terapi kepada pesakit/penjaga	SLT	Terangkan hasil terapi dan pencapaian kepada pesakit/penjaga	Fail rekod pesakit
7.	Rekod hasil terapi dan pencapaian pesakit	SLT	Rekod hasil terapi dan pencapaian pesakit.	Fail rekod pesakit

BIL.	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
8.	Nilai keperluan rujukan	SLT	Nilai keperluan rujukan kepada profesional lain yang berkaitan. Jika perlu, beri konsultasi kepada pesakit/ penjaga dan maklumkan kepada Pegawai Perubatan keperluan rujukan ke profesional lain. Sekiranya tidak perlu rujukan, teruskan dengan konsultasi pesakit/penjaga.	Borang rujukan profesional lain/ surat rujukan KKM
9.	Beri konsultasi	SLT	Beri konsultasi kepada pesakit/penjaga.	Fail rekod pesakit
10.	Nilai keperluan penilaian semula/tambahan	SLT	Kenalpasti keperluan penilaian semula/tambahan. Sekiranya perlu, lakukan penilaian semula/tambahan. Sekiranya tidak perlu, kenal pasti keperluan rawatan susulan.	Rujuk Prosedur Operasi Standard (POS)
11.	Kenalpasti keperluan rawatan susulan	SLT	Kenalpasti keperluan rawatan susulan. Sekiranya perlu, beri temujanji. Sekiranya tidak perlu, tamatkan sesi rawatan	Kriteria Penamatan Rawatan (Discaj)- Rujuk Prosedur Operasi Standard (POS)
12.	Tetapkan janji temu susulan	SLT/Paramedik/ PPK	Beri temujanji rawatan susulan kepada pesakit	- Buku/ kad temujanji pesakit - Jadual temujanji pesakit - Fail rekod pesakit
13.	Lengkapkan dokumentasi	SLT	Lengkapkan dokumentasi pesakit tersebut	Fail rekod pesakit

RUJUKAN

- Dodds, W. J., Stewart, E. T., & Logemann, J. A. (1990). Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *AJR. American journal of roentgenology*, 154(5), 953-963.
- Palmer, J. B., Drennan, J. C., & Baba, M. (2000). Evaluation and treatment of swallowing impairments. *American Family Physician*, 61(8), 2453.
- POS Penjagaan Pesakit Dewasa dengan Afasia dan Kecelaruhan Komunikasi-Kognitif.
- POS Penjagaan Pesakit Dewasa dengan Kecelaruhan Pertuturan
- POS Penjagaan Pesakit dengan Kecelaruhan Penelanan dan *Feeding*
- POS Penjagaan Pesakit dengan Kecelaruhan Suara

GLOSARI TERMA

Fasa Oral

Fasa di mana makanan dimasukkan ke dalam mulut, bercampur dengan air liur dan dikunyah menjadi bolus. Seterusnya bolus akan digerakkan oleh lidah ke farinks sebelum pencetusan proses penelanan.

Fasa Faringeal

Fasa ini bermula selepas refleks menelan tercetus. Bolus akan digerakkan ke dalam kawasan farinks dan kemudiannya ke sfinkter esofagus atasan (*upper esophageal sphincter*). Pada masa yang sama, berlaku penutupan saluran pernafasan oleh epiglottis dan peti suara untuk mencegah makanan dan minuman memasuki saluran pernafasan.

Fasa Esofageal

Fasa ini bermula dengan pembukaan sfinkter esofagus atas membenarkan bolus melaluinya. Pergerakan peristalsis akan menggerakkan bolus dari esofagus ke dalam perut.

Oral Motor

Melibatkan pergerakan pada otot muka (contoh: mulut, lidah dan bibir) yang merangkumi tona otot, kekuatan otot, kadar pergerakan, kelajuan, koordinasi dan kebolehan untuk menggerakkan struktur oral seperti lidah dan bibir dengan sendirinya

Enteral Feeding

Pengambilan nutrisi dan air melalui tiub *gastrointestinal* seperti tiub nasogastrik (NG) atau tiub *percutaneous gastrostomy* (PEG) kepada pesakit yang tidak boleh makan secara oral.

PERKHIDMATAN DIETETIK



01

PENGENALAN & PERANAN

02

KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ

03

CARTA ALIR & PROSES KERJA

04

RUJUKAN

05

LAMPIRAN

PERKHIDMATAN DIETETIK

PENGENALAN

Penilaian status pemakanan dan keupayaan menelan adalah sebagai komponen utama yang diperlukan dalam perkhidmatan rehabilitasi untuk pesakit strok. Kajian membuktikan malpemakanan akan membawa kesan negatif terhadap proses rehabilitasi dan melambatkan proses pemulihan. Oleh itu, penilaian awal status pemakanan dan intervensi secara holistik adalah diperlukan untuk pemulihan pesakit rehabilitasi di semua peringkat. Pegawai Dietetik akan melakukan penilaian dan intervensi pemakanan yang tepat dan berkesan terhadap semua pesakit rehabilitasi berdasarkan bukti-bukti sains penyelidikan terkini². Protokol intervensi pemakanan perlu menjadi sebahagian daripada penjagaan standard dalam garis panduan amalan klinikal untuk pesakit rehabilitasi¹. Perancangan intervensi yang sesuai adalah penting untuk mengelakkan pengehadan diet yang tidak perlu pada pesakit yang menerima modaliti rawatan ini untuk memastikan pengambilan tenaga, protein, lemak, karbohidrat, vitamin, dan mineral bagi mengelakkan kehilangan berat badan dan malpemakanan. Intervensi diet bagi pesakit rehabilitasi perlu mengambil kira umur, status pemakanan, peringkat penyakit, rawatan yang diterima, dan komorbiditi seperti obesiti, diabetes, hipertensi, dan kegagalan renal.

PERANAN

- Mengaplikasikan *Medical Nutrition Therapy* (MNT) semasa proses pemulihan untuk memastikan pesakit strok mendapatkan intervensi pemakanan yang tepat untuk mencapai status pemakanan yang optima.
- Mengoptimumkan status pemakanan pesakit strok.
- Mengurangkan risiko malpemakanan di kalangan pesakit strok.
- Mengurangkan komplikasi seperti disfagia, serta membantu mempercepatkan proses pemulihan dengan mengembalikan fungsi pergerakan fizikal sedia ada.
- Sebagai pencegahan sekunder untuk mengurangkan komplikasi atau risiko komorbiditi seperti obesiti, paras kolesterol darah tinggi dan masalah pemakanan yang lain.

KRITERIA RUJUKAN PESAKIT DALAM

- Semua pesakit dalam akan dirujuk kepada Pegawai Dietetik semasa kemasukan ke wad. Pegawai Dietetik akan melihat kes yang dirujuk dalam masa 24 jam.
- Pegawai Dietetik terlibat dalam kumpulan multidisiplinari disfagia. Hanya Pegawai Dietetik yang mempunyai *Credentialing Dysphagia* akan melakukan saringan penelanan (*swallowing screening*).

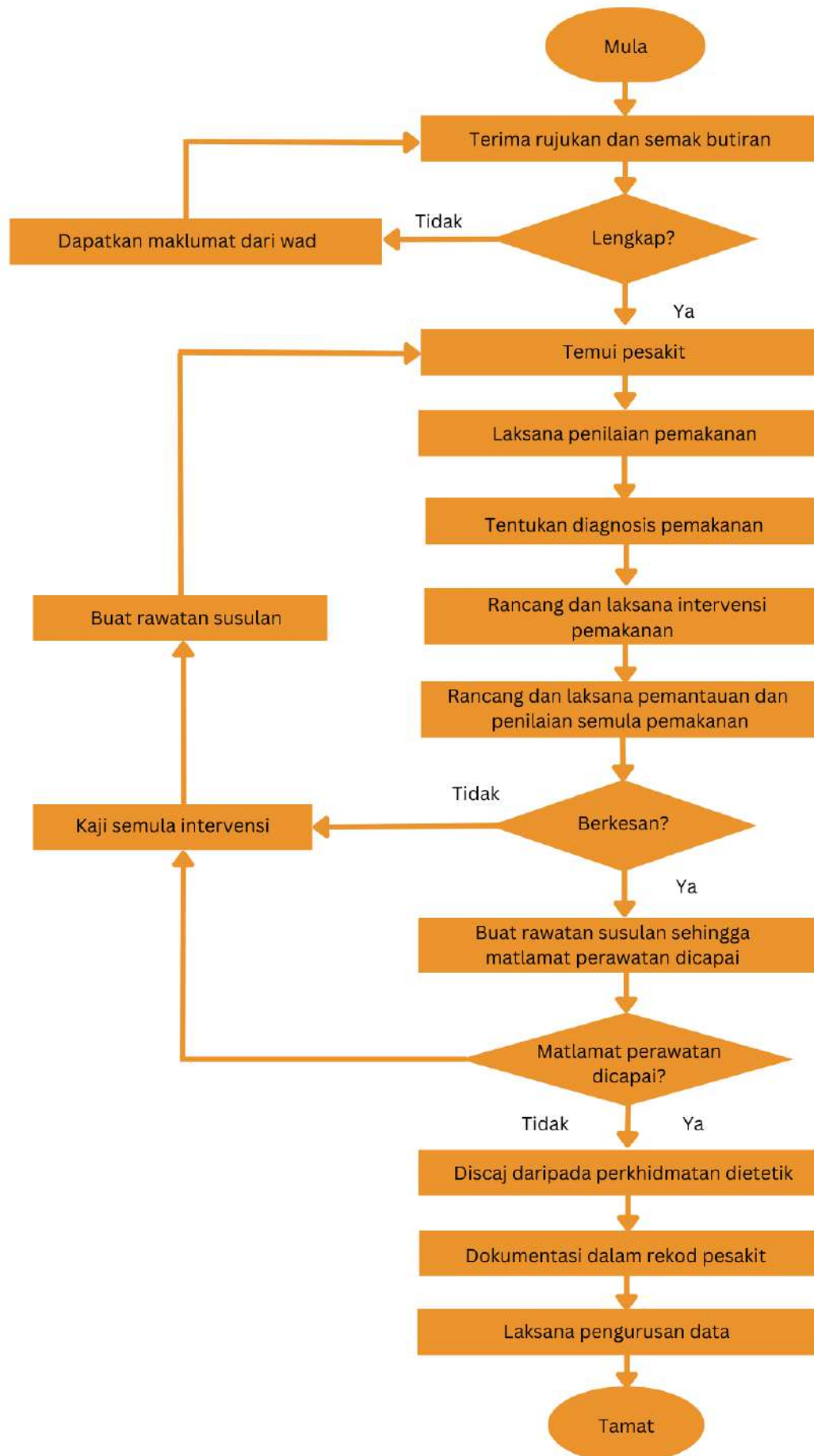
KRITERIA RUJUKAN PESAKIT LUAR

- Semua pesakit luar akan menjalani saringan pemakanan (*nutrition screening*) menggunakan MUST (LAMPIRAN 6)
- Pesakit akan dirujuk kepada Pegawai Dietetik jika memenuhi salah satu kriteria berikut:
 - Pesakit yang mempunyai risiko malpemakanan
 - Pesakit strok yang mempunyai penyakit kronik lain yang memerlukan konsultasi/ intervensi pemakanan seperti diabetes, penyakit renal dan lain-lain

KRITERIA DISCAJ

- Pesakit sendiri memohon untuk discaj dari perkhidmatan dietetik
- Pesakit tidak menghadiri sesi klinik dietetik melebihi 6 bulan
- Pesakit dirujuk atau berpindah ke hospital atau fasiliti lain

CARTA ALIR PERKHIDMATAN DIETETIK PESAKIT DALAM



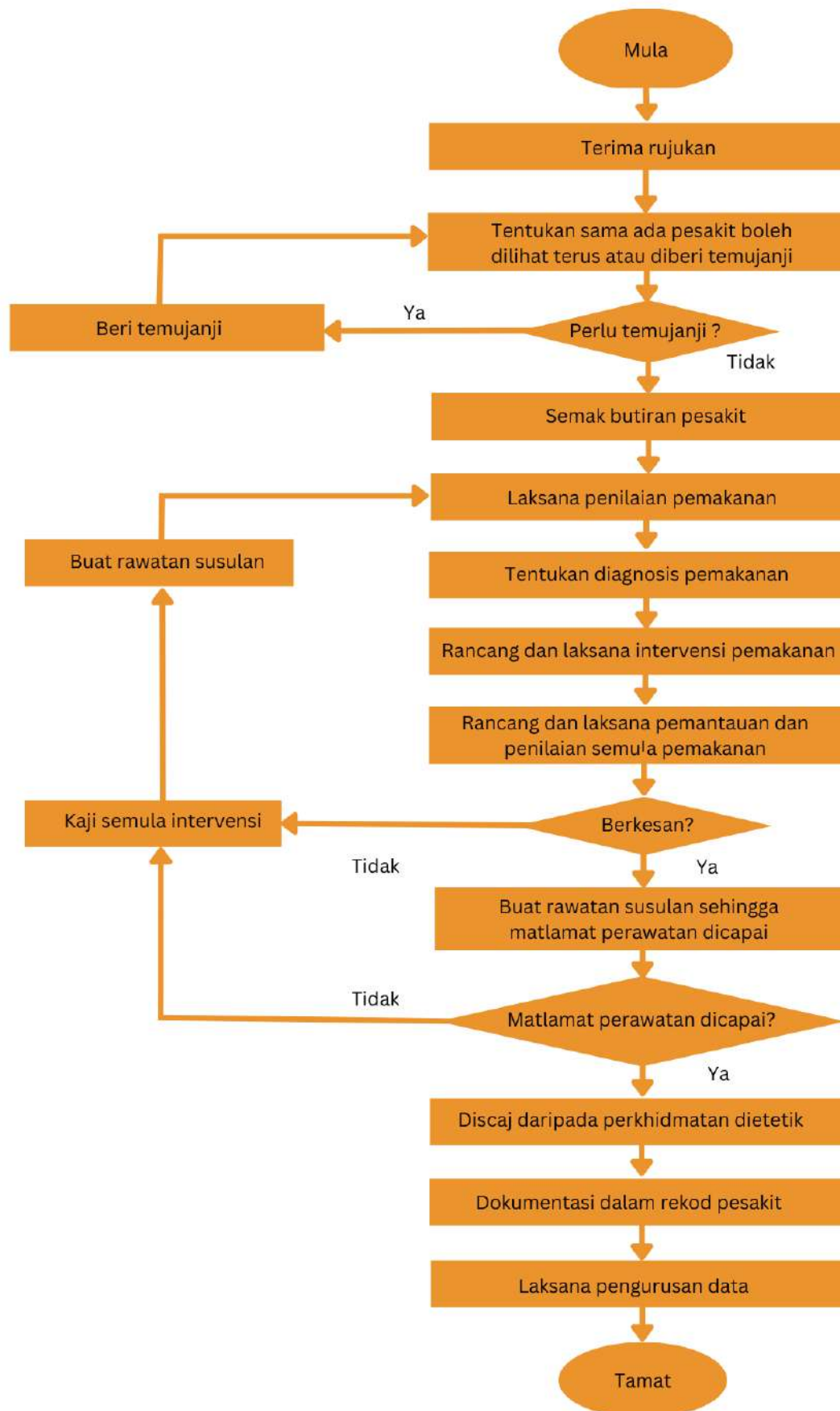
PROSES KERJA (PERKHIDMATAN DIETETIK PESAKIT DALAM)

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima rujukan dan semak butiran	Pegawai Dietetik	- Menerima rujukan daripada Pakar/ Pegawai Perubatan - Semak butiran pada borang rujukan/ sistem. Jika tidak lengkap, dapatkan maklumat dari wad	Lampiran 1; Borang Rujukan Dietetik Pesakit Dalam- KKM/JDS/DC/001/ Pind. 1/2019
2.	Temui pesakit	Pegawai Dietetik	Temui pesakit dan sahkan maklumat pesakit	
3.	Laksana Penilaian Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Nilai pengambilan makanan: - Kecukupan dan kesesuaian pengambilan makanan, minuman dan nutrien (contohnya makronutrien dan mikronutrien, corak pemakanan dan alahan makanan) - Tabiat pemakanan dan makanan yang perlu dikawal/ elak b) Kenalpasti keadaan kesihatan dan penyakit yang disebabkan oleh pemakanan - Sejarah perubatan dan masalah perubatan keluarga - Penyakit-penyakit lain - Ukuran antropometri - Keputusan biokimia - Simptom klinikal - Aktiviti fizikal, tabiat dan pengawalan makanan	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			c) Kenalpasti tahap pengetahuan pesakit, sosioekonomi dan faktor sikap yang berhubung dengan pemilihan makanan, penyediaan makanan dan kefahaman berkaitan keadaan kesihatan.	
4.	Tentukan Diagnosis Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Tentukan diagnosis pemakanan berdasarkan penilaian pemakanan mengikut langkah-langkah berikut: • Kenalpasti masalah pemakanan (P) • Tentukan etiologi masalah pemakanan yang utama (E) • Tentukan tanda-tanda dan simptom (S) b) Tetapkan diagnosis pemakanan menggunakan pernyataan PES	
5.	Rancang dan Laksanakan Intervensi Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Rancang intervensi pemakanan berdasarkan; • Diagnosis pemakanan • Maklumat evidence based b) Tetapkan matlamat intervensi pemakanan dengan mengambil kira perkara berikut: • Status pemakanan • Matlamat jangka pendek dan jangka panjang c) Tentukan kaedah intervensi pemakanan d) Buat preskripsi yang bersesuaian berdasarkan keperluan pesakit e) Maklum kepada pesakit dan/ atau waris/ penjaga	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			f) Maklumkan kepada staf wad untuk keperluan pesanan diet terapeutik/ khas g) Dokumentkan <i>Nutrition Care Process (NCP)</i> dalam rekod pesakit	
6.	Rancang dan Laksana Pemantauan dan Penilaian Semula Pemakanan	Pegawai Dietetik	Buat rawatan susulan sehingga matlamat perawatan tercapai: a) Ulang proses • Penilaian pemakanan • Diagnosis pemakanan • Intervensi pemakanan b) Tentukan perancangan selanjutnya sama ada untuk meneruskan pelan penjagaan pemakanan atau pelan discaj berdasarkan pencapaian semasa c) Buat preskripsi yang bersesuaian berdasarkan keperluan pesakit. Maklum kepada pesakit dan/ atau waris/ penjaga d) Maklumkan kepada staf wad untuk keperluan/ perubahan dalam pesanan diet terapeutik/ khas e) Dokumentkan NCP lawatan susulan dalam rekod pesakit	
7.	Laksana Pengurusan Data	Pegawai Dietetik	a) Masukkan data pesakit dalam <i>Dietetic Care Notes/ Sistem Maklumat Rawatan Pelanggan</i> b) Masukkan data pesakit dalam ' <i>Census Clinical Dietetic</i> ' secara bulanan.	Lampiran 2; Dietetic Care Notes KKM/JDS/DC/004/ Pind.1/2019 atau Lampiran 3: Dietetic Follow Up KKM/JDS/DCfup/004/Pind.1/2019

CARTA ALIR PERKHIDMATAN DIETETIK PESAKIT LUAR



PROSES KERJA (PERKHIDMATAN DIETETIK PESAKIT LUAR)

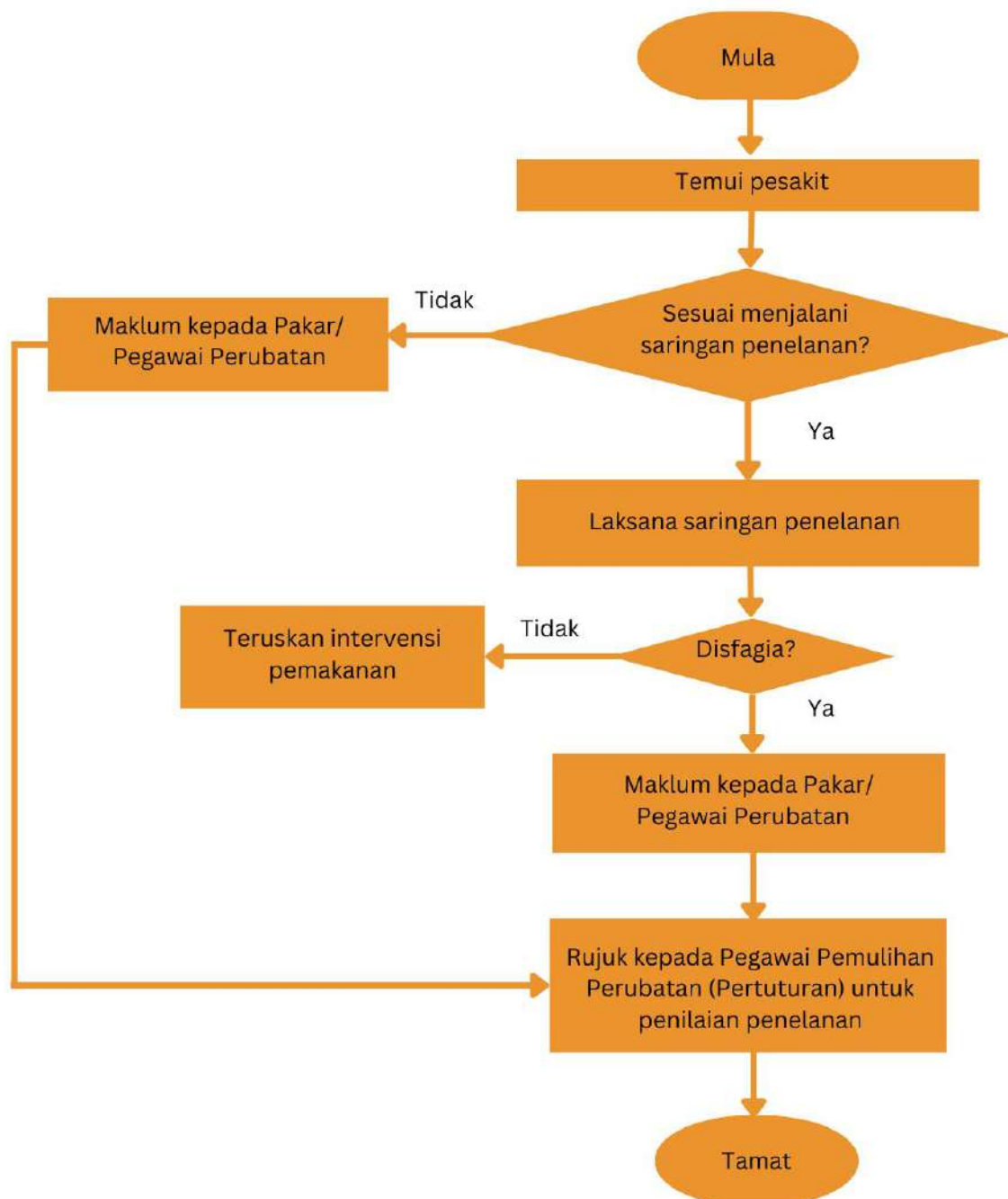
BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima Rujukan	Pegawai Dietetik	a) Terima rujukan (Borang Rujukan Dietetik Pesakit Luar-KKM/JDS/DC/002 atau melalui sistem) b) Tentukan sama ada pesakit boleh dilihat terus atau diberi temujanji	Lampiran 4; Borang Rujukan Dietetik Pesakit Luar-KKM/JDS/DC/002/Pind. 1/2019
2.	Semak Butiran Pesakit	Pegawai Dietetik	Semak butiran pada borang rujukan/ sistem atau kad rawatan pesakit.	
3.	Laksana Penilaian Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Nilai pengambilan makanan: - Kecukupan dan kesesuaian pengambilan makanan, minuman dan nutrien (contohnya makronutrien dan mikronutrien, corak pemakanan dan alahan makanan) - Tabiat pemakanan dan makanan yang perlu dikawal/ elak b) Kenalpasti keadaan kesihatan dan penyakit yang disebabkan oleh pemakanan - Sejarah perubatan dan masalah perubatan keluarga - Penyakit-penyakit lain - Ukuran antropometri - Keputusan biokimia - Simptom klinikal	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			Aktiviti fizikal, tabiat dan pengawalan makanan c) Kenalpasti tahap pengetahuan pesakit, sosioekonomi dan faktor sikap yang berhubung dengan pemilihan makanan, penyediaan makanan dan kefahaman berkaitan keadaan kesihatan.	
4.	Tentukan Diagnosis Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Tentukan diagnosis pemakanan berdasarkan penilaian pemakanan mengikut langkah-langkah berikut: - Kenalpasti masalah pemakanan (P) - Tentukan etiologi masalah pemakanan yang utama (E) - Tentukan tanda-tanda dan simptom (S) Tetapkan diagnosis pemakanan menggunakan pernyataan PES	
5.	Rancang dan Laksanakan Intervensi Pemakanan	Pegawai Dietetik	a) Rancang intervensi pemakanan berdasarkan - Diagnosis pemakanan - Maklumat evidence based b) Tetapkan matlamat intervensi pemakanan dengan mengambil kira perkara berikut: - Status pemakanan - Matlamat jangka pendek dan jangka panjang	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			c) Tentukan kaedah intervensi pemakanan d) Buat preskripsi yang bersesuaian berdasarkan keperluan pesakit e) Maklum kepada pesakit dan/ atau waris/ penjaga f) Dokumentkan <i>Nutrition Care Process</i> (NCP) dalam rekod pesakit	
6.	Rancang dan Laksana Pemantauan dan Penilaian Semula Pemakanan	Pegawai Dietetik	Buat rawatan susulan sehingga matlamat perawatan tercapai: a) Ulang proses • Penilaian pemakanan • Diagnosis pemakanan • Intervensi pemakanan b) Tentukan perancangan selanjutnya sama ada untuk meneruskan pelan penjagaan pemakanan atau pelan discaj berdasarkan pencapaian semasa c) Buat preskripsi yang bersesuaian berdasarkan keperluan pesakit. Maklum kepada pesakit dan/ atau waris/ penjaga d) Maklumkan kepada staf wad untuk keperluan/ perubahan dalam pesanan diet terapeutik/ khas	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			e) Dokumentkan NCP lawatan susulan dalam rekod pesakit	
7.	Laksana Pengurusan Data	Pegawai Dietetik	a) Masukkan data pesakit dalam <i>Dietetic Care Notes</i> / Sistem Maklumat Rawatan Pelanggan b) Masukkan data pesakit dalam ' <i>Census Clinical Dietetic</i> ' secara bulanan.	Lampiran 2; Dietetic Care Notes KKM/JDS/DC/004/ Pind.1/2019 atau Lampiran 3: Dietetic Follow Up KKM/JDS/DCfup/004/Pind.1/2019

CARTA ALIR SARINGAN PENELANAN (SWALLOWING SCREENING)



PROSES KERJA SARINGAN PENELANAN (SWALLOWING SCREENING)

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Temui pesakit	Pegawai Dietetik yang <i>credentialed</i>	Temui pesakit dan sahkan maklumat pesakit	
2.	Nilai kesesuaian saringan penelanan?	Pegawai Dietetik yang <i>credentialed</i>	Nilai kesesuaian pesakit untuk menjalani saringan penelanan berdasarkan: • Pesakit adalah sedar sekurang-kurangnya 15 minit dan dapat memahami arahan • Pesakit bukan global aphasia • Pesakit boleh melakukan batuk (<i>involuntary cough</i>) Pesakit tidak mempunyai tanda disfagia yang lain seperti air liur meleleh, batuk selepas menelan air liur	
3.	Laksana Saringan Penelanan	Pegawai Dietetik yang <i>credentialed</i>	a) Melaksanakan ujian saringan penelanan menggunakan <i>Gugging Swallowing Screening (GUSS)</i> b) Kenalpasti kebolehan menelan pesakit c) Memberikan prekripsi diet yang bersesuaian jika tiada masalah disfagia	Lampiran 5 Borang Gugging Swallowing Screening (GUSS)
4.	Maklum kepada Pakar/ Pegawai Perubatan	Pegawai Dietetik yang <i>credentialed</i>	Maklum kepada Pakar/ Pegawai Perubatan berkenaan keputusan GUSS	

5.	Rujuk kepada Pegawai Pemulihan Perubatan (Pertuturan) untuk penilaian penelanan	Pegawai Perubatan	Merujuk kepada Pegawai Pemulihan Pertuturan untuk penilaian penelanan jika pesakit mempunyai masalah disfagia
----	---	-------------------	---

RUJUKAN

- Bouziana, S. D. & K. Tziomalos. (2011). Malnutrition in patients with acute stroke. *Journal of nutrition and metabolism*
- Scharver, C. H., C. S. Hammond & L. B. Goldstein. (2009). Post-stroke malnutrition and dysphagia. Dlm. (Pnyt.). Ed. *Handbook of clinical nutrition and aging* pp. 479-497. Springer.
- Teasell, R., N. Foley, M. Richardson, S. Bhogal & M. Speechley. (2013). Nutritional Interventions Following Stroke.
- Zwienen-Pot, J., M. Visser, M. Kuijpers, M. Grimmerink & H. Kruizenga. (2016). Undernutrition in nursing home rehabilitation patients. *Clinical Nutrition*.
- WHO Chapter 4 Rehabilitation - World Health Organization. (n.d.). Retrieved from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf

LAMPIRAN

Lampiran 1: Borang Rujukan Dietetik Pesakit Dalam- KKM/JDS/DC/001/ Pind. 1/2019

Lampiran 2: Dietetic Care Notes KKM/JDS/DC/004/ Pind.1/2019

Lampiran 3: Dietetic Follow Up KKM/JDS/DC-fup/004/Pind.1/2019

Lampiran 4: Borang Rujukan Dietetik Pesakit Luar-KKM/JDS/DC/002/Pind. 1/2019

Lampiran 5: Borang Gugging Swallowing Screening (GUSS)

Lampiran 6: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)



**DIETETIK
PESAKIT DALAM
KKM/JDS/DC/001**

**BORANG RUJUKAN DIETETIK
HOSPITAL.....**

MAKLUMAT PESAKIT

Lekatkan 'sticker' Di Sini

Nama : _____ RN : _____ Wad : _____
 Tarikh Masuk Wad : _____ No. Katil : _____ No. Tel. Wad : _____
 No. Kad Pengenalan / No ID (lain) : _____ Umur : _____ Tahun _____ Bulan _____
 Bangsa : ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Lain-lain _____ Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan
 Tinggi (cm) : _____ Berat (kg) : _____ BMI (kg/m²) : _____
 Diagnosis : _____
 Rawatan/Ubahan Terkini : _____
 Tujuan Rujukan Pesakit (sila ✓) :
☐ Individual Diet Consultation ☐ Group Diet Consultation ☐ Enteral Nutrition Support
 Maklumat Pemakanan Pesakit Semasa (sila ✓) :
☐ Tube Feeding ☐ On Liquid Diet ☐ Poor Oral Intake ☐ Combination (Oral / Tube / PN)
 Kategori : ☐ Dewasa ☐ Pediatrik
 Disiplin

☐ Bedah Mulut
☐ Bedah Plastik
☐ Otorhinolaringologi
☐ Rehabilitasi
☐ Urologi
☐ O & G

☐ Kardiologi
☐ Metabolik/Genetik
☐ Rawatan Rapi
☐ Dermatologi
☐ Hematologi
☐ Perubatan

☐ Onkologi
☐ Bedah Saraf
☐ Neurologi
☐ Oftalmologi
☐ Hepatobiliari
☐ Lain-lain _____

☐ Psikiatrik
☐ Nefrologi
☐ Ortopedik
☐ Pembidahan Am
☐ Geriatrik

 Tarikh : _____ Tandatangan : _____
 Nama dan cop doktor yang merujuk:

UNTUK KEGILOAN JABATAN DIETETIK & SAJIAN

+

INDEKATOR KUALITI

	Tarikh	Masa	Nama Pegawai	Jenis Kes	Kategori Respon
Borang Diterima				☐ Sokongan Pemakanan Enteral	☐ Lewat
Pesakit Dikawal				☐ Kaunseling Individu	☐ Tidak Lewat

Sebab Kelayakan :

☐ Curi
☐ Mesyuarat / Latihan / Tugas Khas
☐ Klinik Berjadual

☐ Pesakit Tiada di Katil / Menjalani Prosedur
☐ Pesakit Berpindah Wad
☐ Kesilapan Maklumat

☐ Hujung Minggu / Cuti Umum

Pemberian Tenaga (≥ 70% keperluan kalori)			Feeding Barrier (Boleh Tandakan Lebih Daripada Satu)	
Hari	Capai	Tidak Capai		
1	☐	☐	☐ NBM for Procedures	☐ High Gastric Residual Volume
2	☐	☐	☐ Diarrhea	☐ Vomiting
3	☐	☐	☐ Prolonged NBM (other than procedures)	☐ Slow Feeding Progress
4	☐	☐	☐ Delay in Referring to Dietitian	☐ Tube Dislodged
5	☐	☐	☐ Feeding Plan Not Done / Altered	☐ Altered Taste and Smell

LAMPIRAN 2**DIETETIC****DIETETIC CARE NOTES**

KKM/JDS/DC/004 PIND.1/2019

**DIETETIC CARE NOTES****HOSPITAL:**

Name				Age		Date				
				Sex		Time				
IC No		RN		Race		Ward / Clinic				
ANTHROPOMETRY MEASUREMENT										
Adult	Weight (kg)	Height (m)	BMI (kg/m²)	IBW (kg)	Others (WC/ HC / Knee Ht/ MUAC / Wt changes) :					
Peds										
	@50th ile (kg) :	@50th ile (cm) :	BMI (kg/m²) :							

NUTRITION RELATED BIOCHEMISTRY	NUTRITION-FOCUSED PHYSICAL FINDINGS			
(Biochemical Data, Medical Test and Procedures)	(BP / T / RR / FiO ₂ / PCO ₂ / IO Chart / BO / Stool pattern etc)		Abd. Distension	Edema
			Ascites	High aspiration
			Ass. feeding	Lethargy
			Constipation	Nausea
			Diarrhea	Poor appetite
			Dysphagia	Poor dentition
			Early satiety	Vomiting

NUTRITION RELATED HISTORY

(Clinical Diagnosis / Medical History/ Social History / Family History / Medication Related History / Physical Activity/Food Allergy or intolerance/ Supplement used / Food Belief / Alcohol)

DIETARY ASSESSMENT/ DIET RECALL

CURRENT MODE OF FEEDING: Oral / Tube Feeding / Parenteral / Other :

(BF/MT/L/AT/D/S @ Food Checklist etc)

SUMMARY OF NUTRIENT INTAKE

	Energy (kcal)	Protein (g)	Others	

Diet Recall (Food Only)				
Oral Nutrition Supplement				
Enteral Feed				
Parenteral Feed				
Others :				
TOTAL INTAKE				
Diet History (if any)				

DIETARY REQUIREMENT		
Dosing Weight (kg)		Others (Fluid / K ⁺ / Na ⁺ / PO ₄ ²⁻):
Energy (kcal)		
Protein (g)		

NUTRITION DIAGNOSIS (Problem, Etiology, Sign & Symptoms)

NUTRITION INTERVENTION	
PLAN	
Ward to indent:	

Ward to indent:

MONITORING & EVALUATION	
Attending Dietitian	

Attending Dietitian



DIETETIC CARE NOTES - FOLLOW UP

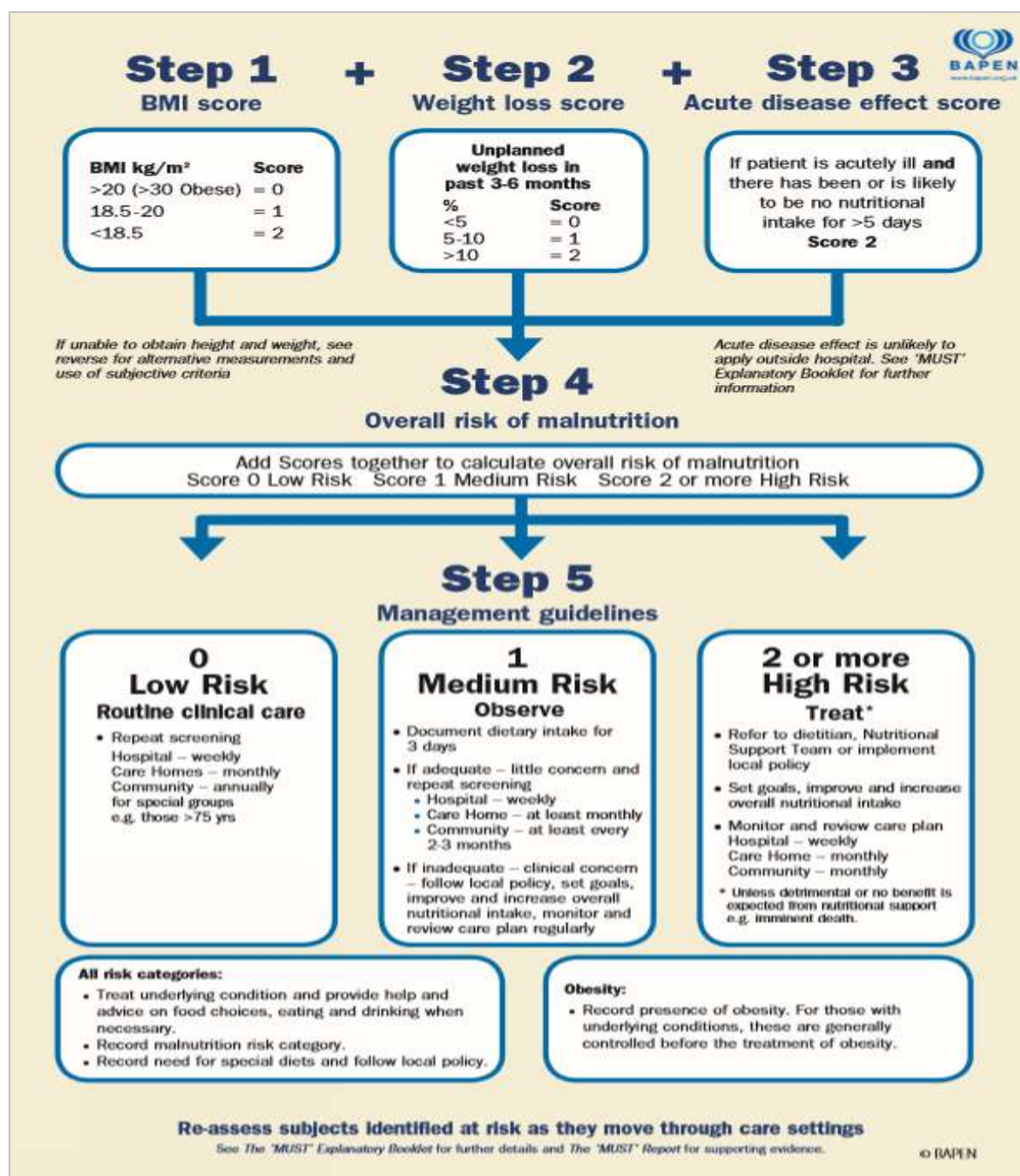
DIETETIC
DIETETIC CARE NOTES
KKM/JDS/DC-FUP004 Pind. 1/2018

HOSPITAL	Date		RN	
	Time		Name	
	Ward		IC No	
ASSESSMENT ON PROGRESS (Anthropometry/ Biochemical / Clinical / Physical / Dietary)				
PREVIOUS WT : _____ CURRENT WT : _____ DOSING WT : _____ Any changes : Yes / No Feeding Progress : Oral / Tube Feeding / Parenteral / Other : _____				
SUMMARY OF NUTRIENT INTAKE				
	Energy (kcal)	Protein (g)	Others	
CURRENT INTAKE				
REQUIREMENT				
NUTRITION DIAGNOSIS (Problem, Etiology, Sign & Symptoms)				
NUTRITION INTERVENTION				
PLAN				
Ward to indent: _____				
MONITORING & EVALUATION				
Attended Dietitian				

Tarikh Temujanji			DIETETIK PESAKIT LUAR KKM/JDS/DC/002 Finaid 1/2018
Masa		BORANG RUJUKAN DIETETIK (PESAKIT LUAR) HOSPITAL	
MAKLUMAT PESAKIT			
Nama : _____ No. Kad Pengenalan / No ID (lain) : _____ Umur : ____ Tahun ____ Bulan Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan Bangsa : ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Lain-lain _____ No. Telefon : _____ Diagnosis : _____ Rawatan / Ubat-ubatan : _____			
ANTROPOMETRI:			
BERAT (KG)	TINGGI (CM)	BMI (kg/m²)	
KEPUTUSAN UJIAN DARAH			
FBS _____ mmol/l	Urea _____ mmol/l	T.Chol _____ mmol/l	
2HPP _____ mmol/l	Sodium _____ mmol/l	Triglyceride _____ mmol/l	
RBS _____ mmol/l	Potassium _____ mmol/l	LDL-Chol _____ mmol/l	
HbA1c _____ %	Creatinine _____ mmol/l	HDL-Chol _____ mmol/l	
	Phosphate _____ mmol/l	TC/HDL Ratio _____ mmol/l	
	Calcium _____ mmol/l	Lain-lain _____ mmol/l	
	Uric Acid _____ mmol/l		
Tujuan Rujukan : ☐ Konsultasi Individu ☐ Pendidikan Berkumpulan ☐ Sokongan Pemakanan Enteral			
Disiplin ☐ Bedah Mulut ☐ Bedah Plastik ☐ Otorhinolaringologi ☐ Rehabilitasi ☐ Urologi ☐ O & G ☐ Kardiologi ☐ Metabolik/Genetik ☐ Rawatan Rapi ☐ Dermatologi ☐ Hematologi ☐ Perubatan ☐ Onkologi ☐ Bedah Saraf ☐ Neurologi ☐ Oftalmologi ☐ Hepatobiliari ☐ Pediatrik ☐ Psikiatrik ☐ Nefrologi ☐ Ortopedik ☐ Pembedahan Am ☐ Geriatrik ☐ Lain-lain _____			
Tandatangan dan cop doktor yang merujuk: 			
Tarikh : _____			
(2017) Borang Rujukan Pesakit Dalam Jilid 2017			

G U S S (Gugging Swallowing Screen)		Name: _____ Date: _____ Time: _____	
1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test			
Vigilance <i>(The patient must be alert for at least for 15 minutes)</i>	YES 1 ☐	NO 0 ☐	
Cough and/or throat clearing <i>(voluntary cough)</i> <i>(Patient should cough or clear his or her throat twice)</i>	1 ☐	0 ☐	
Saliva Swallow: • Swallowing successful	1 ☐	0 ☐	
• Drooling	0 ☐	1 ☐	
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 ☐	1 ☐	
SUM:	(5)		
1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue with part 2			
2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)			
<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION: ▪ Swallowing not possible ▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.) ▪ Swallowing successful	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐
COUGH (involuntary): <i>(before, during or after swallowing – until 3 minutes later)</i> ▪ Yes ▪ No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
DROOLING: ▪ Yes ▪ No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
VOICE CHANGE: <i>(listen to the voice before and after swallowing – Patient should speak „O“)</i> ▪ Yes ▪ No	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐	0 ☐ 1 ☐
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further ¹ 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)			
_____ (20)			
*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 th spoonful.		
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!		
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid		
†	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)		

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST)



PERKHIDMATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN



01

Pengenalan & Peranan

02

Kriteria Rujukan & Discaj

03

Carta Alir & Proses Kerja

04

Rujukan

05

Lampiran

PERKHIDMATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN

PENGENALAN

Serangan strok tidak hanya tertumpu terhadap perubahan fizikal, tetapi juga perubahan terhadap kesan emosi, psikologi dan sosial yang juga perlu ditangani.¹ Berdasarkan statistik pesakit strok yang miskin dan kurang mampu dirujuk ke Jabatan Kerja Sosial Perubatan seluruh Malaysia pada tahun 2018 hingga 2020 di dapati seramai 5,296 orang pesakit dan kos bantuan sebanyak lebih kurang RM5.1 juta yang merupakan merupakan bantuan pembiayaan kos rawatan, peralatan perubatan dan susu khas².

PERANAN

Pegawai Kerja Sosial Perubatan membuat penilaian biopsikososial secara menyeluruh untuk mengenalpasti masalah dan keperluan pesakit serta keluarga atau penjaga serta memberi fokus kepada perancangan intervensi yang bersesuaian bagi membantu pesakit strok dan keluarga menangani masalah psikososial. Selain itu, Pegawai Kerja Sosial Perubatan juga bekerjasama dengan Badan Kerajaan dan Bukan Kerajaan bagi membantu pesakit strok³.

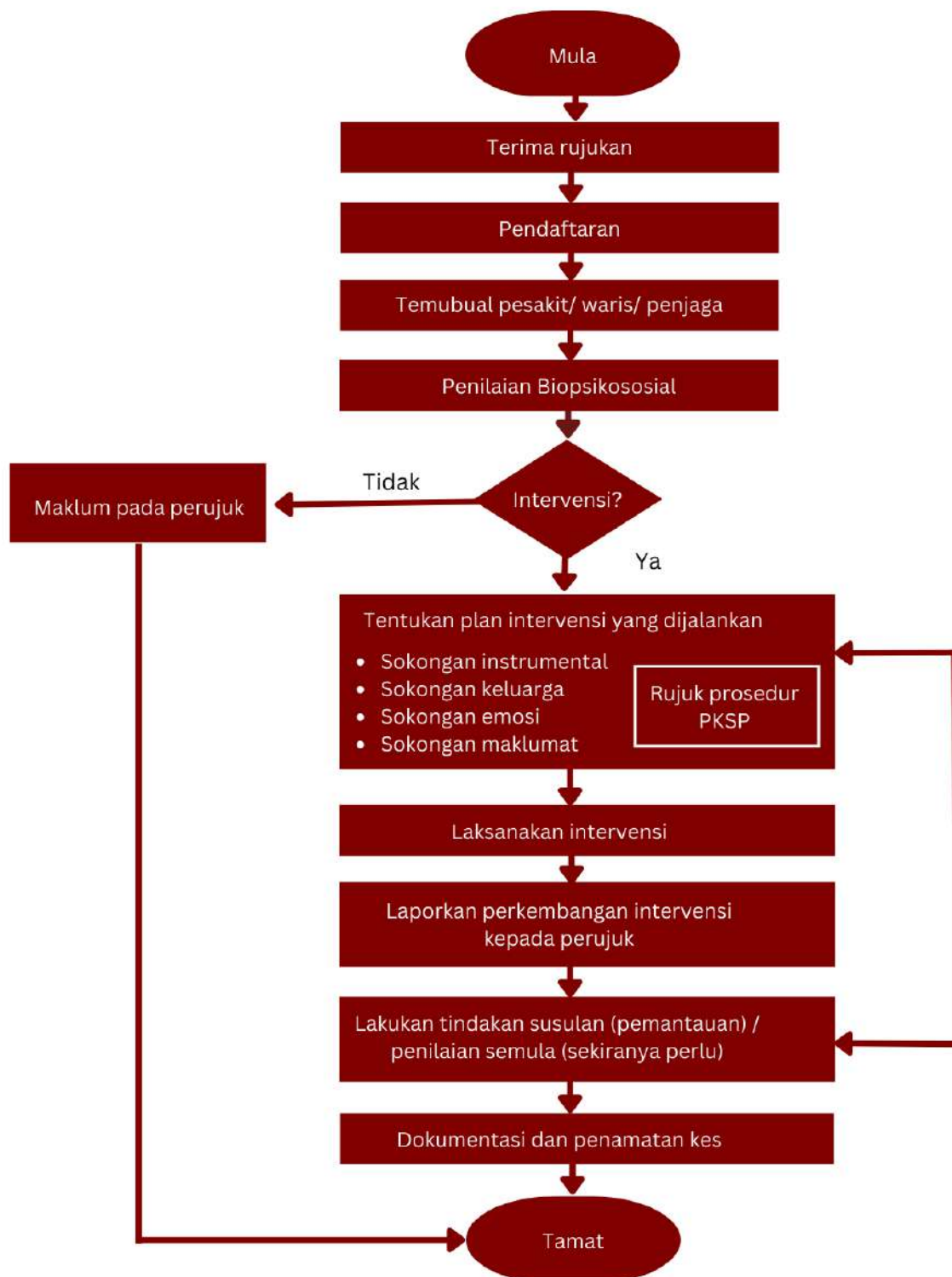
KRITERIA RUJUKAN PESAKIT DALAM / LUAR

Pesakit dikenalpasti oleh pakar/pegawai perubatan yang menghadapi masalah kurang/tiada sistem sokongan sosial dari pihak signifikan akibat dari penyakit yang dihidapi dan sedang menerima rawatan di fasiliti KKM.

KRITERIA DISCAJ KERJA SOSIAL PERUBATAN

- Pesakit boleh didiscaj setelah keperluan pesakit dipenuhi dan ahli keluarga boleh berfungsi semula mengikut batas keupayaan pesakit dan keluarga dengan baik.
- Pesakit dan keluarga tidak melaksanakan plan intervensi yang dirancang setelah penilaian semula dan ditamatkan atas persetujuan pesakit /keluarga.
- Pesakit dirujuk atau berpindah ke hospital atau fasiliti lain.
- Pesakit memohon untuk penamatan intervensi.

CARTA ALIR SISTEM SOKONGAN PSIKOSOSIAL PKRS



PROSES KERJA SISTEM SOKONGAN PSIKOSOSIAL PKRS

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima rujukan pesakit	Pembantu Tadbir (PT), Pegawai Kerja Sosial Perubatan (PKSP).	Terima rujukan daripada Pegawai/Pakar Perubatan dan semak borang rujukan.	Lampiran 1: Borang Rujukan Kerja Sosial Perubatan Lampiran 2: Borang Laporan Perubatan Buku Garis Panduan Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan.
2.	Pendaftaran Rujukan Pesakit	Pembantu Tadbir (PT), Pegawai Kerja Sosial Perubatan (PKSP).	Daftar rujukan pesakit ke dalam buku pendaftaran pesakit dan Sistem Maklumat Rekod Pesakit (SMRP). Buka fail bagi rujukan pesakit baru dan sediakan fail bagi rujukan pesakit ulangan.	Buku Pendaftaran Kes Sistem SMRP
3.	Menjalankan sesi temubual bersama pesakit/waris/penjaga	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Menjalankan sesi temubual bersama pesakit, waris atau penjaga bagi tujuan: - Mendapatkan maklumat lanjut mengenai pesakit - Mengenalpasti masalah pesakit Membuat perancangan intervensi awal kepada pesakit	Pelan Pengurusan Operasi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan. Lampiran 3: Borang Perakuan dan Keizinan Pesakit/Waris
4.	Penilaian Biopsikososial	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Penilaian Psikososial dilakukan untuk menentukan keperluan intervensi pesakit.	Lampiran 4: Borang Laporan Penilaian Biopsikososial

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			Permohonan yang tidak memerlukan intervensi akan dimaklumkan kepada perujuk melalui borang maklumbalas perujuk dan catatkan dalam Borang Catatan Pengendalian Kes	Lampiran 5: Borang Rancangan Intervensi Lampiran 6: Borang Maklum balas kepada perujuk
			Permohonan yang layak akan diproses melalui penentuan intervensi yang bersesuaian.	
5.	Melakukan penilaian terhadap Pelan Intervensi yang perlu dijalankan	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Menilai Keperluan intervensi pesakit sama ada: - Sokongan Instrumental - Sokongan Keluarga - Sokongan Emosi Sokongan Maklumat	Pelan Pengurusan Operasi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan. Lampiran 5: Borang Rancangan Intervensi
6.	Laksanakan Intervensi	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	- Sokongan Instrumental - Sokongan Keluarga - Sokongan Emosi Sokongan Maklumat	Modul Latihan Strok PKSP SOP PKSP KKM.
7.	Laporkan perkembangan intervensi kepada perujuk	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Maklumkan pada perujuk intervensi yang telah dilaksanakan	Lampiran 8: Senarai Agensi Pemberi Bantuan Lampiran 6: Borang Maklum balas kepada perujuk

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
8.	Lakukan penilaian semula (Pemantauan / Susulan – sekiranya perlu)	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Melakukan penilaian terhadap intervensi yang telah dijalankan dan menjalankan penilaian semula sekiranya perlu	Pelan Pengurusan Operasi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan Lampiran 5: Borang Rancangan Intervensi
9.	Dokumentasi Kes	Pegawai Kerja Sosial Perubatan	Dokumentasikan kes dengan merekodkan setiap aktiviti / tindakan yang telah dilaksanakan.	Lampiran 7: Borang catatan pengendalian kes

RUJUKAN

- Alexandar, C. (2014). Social Work Intervention for Patients Post-Stroke. Thesis, St Catherine University and the University of St Thomas St. Paul, Minnesota
- Bantuan Kepada pesakit Strok terlantar. 22 Disember 2014
<http://www.myhealth.gov.my>
- Data Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan Bagi Kes Pesakit Strok 2018, 2019 dan 2020. 17 Disember 2021. (Kementerian Kesihatan Malaysia)
- Manual Sistem Pengurusan Kes Kerja Sosial 2016. Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia.
- Modul Latihan Intervensi Pesakit Strok Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Moonie, N., Chaloner, R., Pensley, K. C., Stretch, B., & Webb, D. (2000). Advance Health and social care. Oxford: Heinemann Educational Publishers.
- National Stroke Association (2006), Recover After Stroke: Social support, 27 Oktober 2022 from <http://www.stroke.org>
- Nursaadah, M.A., (2012). Tekanan dan Program Sokongan Sosial Terhadap Penjaga Tidak Formal Pesakit Kronik (Tidak diterbitkan)
- Pelan Pengurusan Operasi Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan, Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2018
- Prosedur Operasi Standard Pengurusan Bantuan Terapi Sokongan, Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2018
- Prosedur Operasi Standard Pengurusan Bantuan Praktik, Perkhidmatan Kerja Sosial Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia, 2018
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002), Management of Patients with Stroke, Rehabilitation, Prevention and Management of Complications and Discharge Planning, 27 Oktober 2022 from <http://www.carerscotland.org>

LAMPIRAN/ BORANG/ CARTA ALIR/ SENARAI SEMAK/ JADUAL

(yang berkaitan)

- Lampiran 1: Borang Rujukan Kerja Sosial Perubatan
- Lampiran 2: Borang Laporan Perubatan
- Lampiran 3 : Borang Perakuan dan Keizinan Pesakit/Waris
- Lampiran 4: Borang Laporan Penilaian Biopsikososial
- Lampiran 5: Borang Rancangan Intervensi
- Lampiran 6: Borang Maklum balas kepada perujuk
- Lampiran 7: Borang catatan pengendalian kes
- Lampiran 8: Senarai Agensi Pemberi Bantuan

**BORANG RUJUKAN PERKHIDMATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

MAKLUMAT PERIBADI PESAKIT DIISI OLEH PAKAR/ PEGAWAI PERUBATAN

Nama			
Alamat			No. Telefon: No. HP:
No. KP/ Pasport*		Tarikh Lahir	
Jantina*	Lelaki/ Perempuan	Umur	
Agama		Bangsa	
No. Daftar		Wad/ Klinik	
Tarikh Masuk Wad		Tarikh Dijangka Discaj	
Diagnosa			
Prognosis	Baik (Good) / Sederhana (Fair) / Tidak Baik (Poor)*		
Mobiliiti Pesakit	Berjalan/ Kerusi roda / Crutches/ Walking frame/ Bedridden*		

KATEGORI KES (Tandakan / yang berkenaan)

- ☐ Penyakit Akut / Kronik
- ☐ Penderaan Kanak-Kanak
- ☐ Keganasan Rumah Tangga
- ☐ Ibu Tanpa Nikah
- ☐ Keganasan Seksual
- ☐ Pesakit Terdampar

- ☐ Masalah Tingkah Laku
- ☐ HIV Positif/ AIDS
- ☐ Ketagihan Dadah/ Alkohol
- ☐ Cubaan Bunuh Diri
- ☐ Orang Kurang Upaya
- ☐ Lain-Lain (Nyatakan) _____

TUJUAN RUJUKAN (Tandakan / yang berkenaan)

BANTUAN PRAKTIK:

- ☐ Pembiayaan Peralatan Perubatan
- ☐ Bantuan Pembiayaan Rawatan
- ☐ Bantuan Pembiayaan Ubat-ubatan
- ☐ Bantuan Am
- ☐ Penempatan institusi
- ☐ Mengesan waris

TERAPI SOKONGAN:

- ☐ Khidmat Perundingan
- ☐ Sokongan Emosi
- ☐ Intervensi Krisis

Keterangan lanjut (jika ada):

Tandatangan Pakar / Pegawai Perubatan
Cop Jabatan :
No. Smb. Tel:

Untuk Kegunaan Pejabat:

Ulasan Ketua Jabatan/ Pegawai Kanan:

PKSP Yang Bertanggungjawab:

Tandatangan Ketua Jabatan/ Pegawai Kanan
Cop Pegawai :

*Potong yang mana tidak berkenaan

LAPORAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR
PERMOHONAN TABUNG BANTUAN PERUBATAN

(semua ruangan wajib diisi)

NAMA PESAKIT:

NO. K/P:

NO. RUJUKAN HOSPITAL:

JABATAN:

KEPAKARAN / SUBKEPAKARAN:

TEMPAT PEMBEDAHAN/ PROSEDUR AKAN DIJALANKAN: -

DIAGNOSIS:

SEJARAH PENYAKIT DAN RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

SEBAB PERMOHONAN BANTUAN DIPERLUKAN:

☐

Perkhidmatan rawatan tidak disediakan

☐

Peruntukan jabatan telah digunakan sepenuhnya

☐

Lain-lain

Nyatakan

ADAKAH TERDAPAT PERALATAN/ RAWATAN ALTERNATIF LAIN?

☐

Tidak

☐

Ya

Nyatakan: _____

Justifikasi tidak digunakan:

IMPLIKASI SEKIRANYA PERMOHONAN BANTUAN TIDAK DILULUSKAN BAGI RAWATAN BERKENAAN

URGENCY KEPERLUAN RAWATAN PERUBATAN:

i ☐ Urgent

Tarikh Prosedur: _____

(Nota: Kelulusan akan terbatal sekiranya rawatan tidak dilaksanakan selepas 5 Hari Bekerja dari tarikh kelulusan)

ii ☐ Ektif: (proses kelulusan biasa)

Justifikasi *Urgent*:

PROGNOSIS/ KESAN JANGKA PANJANG:

PERALATAN/ RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

KOS BAGI PERALATAN/RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

(Wajib sertakan 3 sebutharga dari syarikat pembekal yang berlainan yang disahkan)

LAIN-LAIN MAKLUMAT YANG BERKAITAN:

PAKAR BERTANGGUNGJAWAB YANG BOLEH DIHUBUNGI:

NAMA:

NO. H/P:

E-MEL:

Saya mengesahkan semua maklumat yang diberikan adalah benar berdasarkan penilaian perubatan terhadap pemohon dan rawatan yang disyorkan adalah wajar/ bersesuaian serta mengikut keperluan pemohon.

Pegawai Perubatan

Ketua Jabatan

.....

(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

.....

(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

Tarikh:

Tarikh:

* Sila potong yang tidak berkenaan

** Sila sertakan lampiran, jika ruang tidak mencukupi

Laporan Pegawai Perubatan/ Pakar bagi permohonan Tabung Bantuan Perubatan (Borang C) ini telah mendapat pandangan pakar-pakar perubatan kebangsaan dalam sesi libat urus pemurniaan garis panduan dan borang-borang TBP yang berkaitan pada tahun 2018.

Untuk kegunaan Jabatan Kerja Sosial Perubatan (JKSP)

Permohonan bantuan bagi pesakit ini adalah permohonan bagi:

Skim Peduli Kesihatan B40 (PeKa B40)	
Tabung Bantuan Perubatan, KKM (TBP)	

Ulasan Pegawai Farmasi berkaitan status ubat: (sila tanda ✓ pada ruang berkaitan)

☐

Ubat dalam Formulari Ubat KKM, tetapi tiada peruntukan jabatan.

☐

Ubat dalam Formulari Ubat KKM, tetapi tiada dalam formulari fasiliti.

☐

Ubat bukan dalam Formulari Ubat KKM, berdaftar dan mendapat kelulusan KPK.

☐

Ubat bukan dalam Formulari Ubat KKM, tidak berdaftar tetapi mendapat kelulusan KPK.

☐

Kesesuaian indikasi ubat dan pesakit.

☐

Sebutharga dan kelulusan KPK (jika berkaitan) dikemukakan – tandakan ✓ pada yang berkenaan:

☐

Sebutharga Kontrak KKM

☐

Sebutharga peringkat jabatan

Perakuan Pegawai Farmasi

.....

(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

Tarikh:

BORANG C
PINDAAN 2019

LAPORAN PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR
PERMOHONAN TABUNG BANTUAN PERUBATAN
 (semua ruangan wajib diisi)

NAMA PESAKIT:

NO. K/P:

NO. RUJUKAN HOSPITAL:

JABATAN:

KEPAKARAN / SUBKEPAKARAN:

TEMPAT PEMBEDAHAN/ PROSEDUR AKAN DIJALANKAN:

DIAGNOSIS:

SEJARAH PENYAKIT DAN RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

SEBAB PERMOHONAN BANTUAN DIPERLUKAN:

- ☐ Perkhidmatan rawatan tidak disediakan
- ☐ Peruntukan jabatan telah digunakan sepenuhnya
- ☐ Lain-lain
- Nyatakan

ADAKAH TERDAPAT PERALATAN/ RAWATAN ALTERNATIF LAIN?

- ☐ Tidak
- ☐ Ya.
- Nyatakan:

Justifikasi tidak digunakan:

IMPLIKASI SEKIRANYA PERMOHONAN BANTUAN TIDAK DILULUSKAN BAGI
 RAWATAN BERKENAAN

URGENCY KEPERLUAN RAWATAN PERUBATAN:

i ☐ Urgent

Tarikh Prosedur: _____

(Nota: Kelulusan akan terbatal sekiranya rawatan tidak dilaksanakan selepas 5 Hari Bekerja dari tarikh kelulusan)

ii ☐ Elektif: (proses kelulusan biasa)

Full-screen Snip

Justifikasi Urgent:

PROGNOSIS/ KESAN JANGKA PANJANG:

PERALATAN/ RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

KOS BAGI PERALATAN/RAWATAN PERUBATAN YANG DIPERLUKAN:

(Wajib sertakan 3 sebutharga dari syarikat pembekal yang berlainan yang disahkan)

LAIN-LAIN MAKLUMAT YANG BERKAITAN:

PAKAR BERTANGGUNGJAWAB YANG BOLEH DIHUBUNGI:

NAMA: _____
NO. H/P: _____
E-MEL: _____

Saya mengesahkan semua maklumat yang diberikan adalah benar berdasarkan penilaian perubatan terhadap pemohon dan rawatan yang disyorkan adalah wajar/berkesesuaian serta mengikut keperluan pemohon.

Pegawai Perubatan

Ketua Jabatan

(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

--

Tarikh:

(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

--

Tarikh:

* Sila potong yang tidak berkenaan

** Sila sertakan lampiran, jika ruang tidak mencukupi

Laporan Pegawai Perubatan/ Pakar bagi permohonan Tabung Bantuan Perubatan (Borang C) ini telah mendapat pandangan pakar-pakar perubatan kebangsaan dalam sesi libat urus pemurniaan garis panduan dan borang-borang TBP yang berkaitan pada tahun 2018.

Untuk kegunaan Jabatan Kerja Sosial Perubatan (JKSP)

Permohonan bantuan bagi pesakit ini adalah permohonan bagi:

Skim Peduli Kesihatan B40 (PeKa B40)	
Tabung Bantuan Perubatan, KKM (TBP)	

Ulasan Pegawai Farmasi berkaitan status ubat: (sila tanda ✓ pada ruang berkaitan)

- ☐ Ubat dalam Formulir Ubat KKM, tetapi tiada peruntukan jabatan.
- ☐ Ubat dalam Formulir Ubat KKM, tetapi tiada dalam formulir fasiliti.
- ☐ Ubat bukan dalam Formulir Ubat KKM, berdaftar dan mendapat kelulusan KPK.
- ☐ Ubat bukan dalam Formulir Ubat KKM, tidak berdaftar tetapi mendapat kelulusan KPK.
- ☐ Kesesuaian indikasi ubat dan pesakit.
- ☐ Sebutharga dan kelulusan KPK (jika berkaitan) dikemukakan – tandakan ✓ pada yang berkenaan:
- ☐ Sebutharga Kontrak KKM
- ☐ Sebutharga peringkat jabatan

Perakuan Pegawai Farmasi

.....
(Tandatangan)

Nama:

Cop Rasmi:

Tarikh:

SULIT

No. Rujukan Fail : _____
 Tarikh Pendaftaran : _____

**LAPORAN PENILAIAN BIOPSIKOSOSIAL
 PEGAWAI KERJA SOSIAL PERUBATAN (PKSP)
 KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)**

Kategori Kes : _____

1. **BUTIR-BUTIR PERIBADI**

- 1.1. Nama : _____
- 1.2. No.Kad Pengenalan : _____
- 1.3. Alamat Semasa : _____
- _____
- _____
- 1.4. No.Telefon : _____
- 1.5. Tarikh Lahir/Umur : _____
- 1.6. Tempat Lahir : _____
- 1.7. Jantina : _____
- 1.8. Bangsa : _____
- 1.9. Agama : _____
- 1.10. Kewarganegaraan : _____
- 1.11. Status Perkahwinan : _____
- 1.12. Status Pendidikan : _____
- 1.13. Pekerjaan : _____
- 1.14. Diagnosa : _____
- 1.15. Tarikh Masuk Hospital : _____
- 1.16. Tarikh Keluar Hospital : _____

2. PENDAPATAN DAN PERBELANJAAN DIRI/ KELUARGA

2.1 Pendapatan Sebulan

- | | | |
|------|------------------------------|------------------|
| i) | Pendapatan Isi Rumah | :RM _____ |
| ii) | Sumbangan Ahli Keluarga | :RM _____ |
| iii) | Bantuan JKM/ Zakat | :RM _____ |
| iv) | Lain-lain Pendapatan/ sumber | :RM _____ |
| | JUMLAH PENDAPATAN (E) | :RM _____ |

2.2 Perbelanjaan Sebulan (Anggaran)

- | | | |
|-------|--|-------------------|
| i) | Perbelanjaan Makanan | : RM _____ |
| ii) | Ansuran/ Sewa Rumah* | : RM _____ |
| iii) | Perbelanjaan Utiliti
<i>(Bil Air/ Elektrik/ Gas/ Telefon/ Internet
Penyelenggaraan (IWK / /Saluran TV Berbayar)</i> | : RM _____ |
| iv) | Pengangkutan
<i>(Ansuran Kenderaan/ Bahan api kenderaan
Tambang kenderaan awam /Tol/ Sewa kenderaan)</i> | : RM _____ |
| v) | Perbelanjaan Pendidikan
<i>(Jumlah Wang Saku/Yuran Taska/ Tadika/
Sekolah/Tuisyen)</i> | : RM _____ |
| vi) | Kos Perubatan bulanan | : RM _____ |
| vii) | Pakaian | : RM _____ |
| viii) | Penjagaan anak
<i>(Bayaran Pengasuh / Pembantu Rumah)</i> | : RM _____ |
| ix) | Tanggungan Hutang
<i>(sila nyatakan: _____)</i> | : RM _____ |
| xi) | Lain-lain | : RM _____ |
| | JUMLAH PERBELANJAAN (F) | : RM _____ |

2.3 Caruman Bulanan

- i) Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP) : RM _____
ii) Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO) : RM _____
JUMLAH CARUMAN BULANAN (G) : RM _____

2.4 Tabungan Bulanan

- i) Insuran Peribadi / Keluarga / Kesihatan * : RM _____
ii) Koperasi /ASN / ASB / Tabung Haji * : RM _____
iii) Lain-Lain : RM _____
JUMLAH TABUNGAN : RM _____

2.5 Harta (Nyatakan Nilai)

- i) Wang Simpanan/ Saham : RM _____
ii) Rumah : RM _____
iii) Tanah : RM _____
iv) Kenderaan (Nyatakan Jenis): _____ : RM _____
v) Lain-Lain (Nyatakan): _____ : RM _____
JUMLAH **RM** _____

2.6 Baki Pendapatan Bulanan

- i) Jumlah Pendapatan (E) : RM _____
ii) Jumlah Perbelanjaan (F) : RM _____
BAKI BERSIH (E – F - G) : RM _____

3. KEADAAN TEMPAT TINGGAL

Jenis Kediaman	(✓)	Status Kediaman	(✓)
Rumah Banglo		Sendiri/ Milik Keluarga	
Rumah Teres		Sewa	
Kondominium		Sewa Bilik	
Flat		Majikan	
Rumah Kedai		Menumpang	
Rumah Panjang		Pusaka	
Rumah Kampung		Projek Perumahan Rakyat (PPR)	
Rumah Setinggan			
Lain-Lain (Nyatakan):			
Utiliti	(✓)	Kemudahan Isirumah	(✓)
Air		Telekomunikasi (<i>Internet/ Wifi</i>)*	
Elektrik		TV	
Tandas		Peti Ais	
Telefon/ <i>Handphone</i>		Dapur (Gas/ Elektrik/ Kayu)	
Lain-lain (Nyatakan):			

*Sila potong yang tidak berkenaan

4. BUTIR-BUTIR KELUARGA

4.1 BUTIR-BUTIR KELUARGA YANG TINGGAL SERUMAH

BIL	NAMA	JANTINA/ UMUR	STATUS PERKAHWINAN	PERTALIAN	PEKERJAAN/ SEKOLAH	PENDAPATAN (RM)	*CATATAN

* Nota : Bilangan tanggungan/ status kesihatan / tempat tinggal

4.2 BUTIR-BUTIR KELUARGA YANG TINGGAL BERASINGAN

BIL	NAMA	JANTINA/ UMUR	STATUS PERKAHWINAN	PERTALIAN	PEKERJAAN/ SEKOLAH	PENDAPATAN (RM)	*CATATAN

* Nota : Bilangan tanggungan/ status kesihatan / tempat tinggal

5. SEJARAH PERUBATAN PESAKIT

(Kecacatan, masalah kesihatan, masalah kesihatan mental, penyalahgunaan dadah/alkohol)

Full-screen Snip

6. MAKLUMAT TAMBAHAN ASPEK SOSIAL

- a) Tingkah laku di rumah dan dalam komuniti
- b) Ahli keluarga yang menghidap penyakit mental
- c) Sistem Sokongan Keluarga
(Masalah penjagaan, hubungan, penerimaan, ekspektasi keluarga)
- d) Pengalaman bekerja
- e) Pendidikan
- f) Perkahwinan
- g) Rekod jenayah

7. ULASAN PEGAWAI KERJA SOSIAL PERUBATAN

7.1 Kesan Penyakit Terhadap Kefungsian Sosial Pesakit/ Keluarga

- a) Fizikal
- b) Ekonomi
- c) Emosi
- d) Mental
- e) Perhubungan Sosial

Full-screen Snip

7.2 Bantuan Yang Disyorkan:

a) Bantuan Praktik :

i) Bantuan Kewangan (Peralatan Perubatan/ Ubat/ Rawatan)

Jenis peralatan perubatan/ ubat/ rawatan:
Kos peralatan perubatan/ ubat/ rawatan:
Jumlah yang dibayar oleh pesakit:
Jumlah bantuan kewangan yang dipohon:
Jangka masa bantuan diperlukan:

ii) Kesan Waris:

Laporan polis (Jika Ada) :
Agensi rujukan (JPN/ Polis/ Kedutaan dll.):
Siaran akhbar (Nama media massa):
Jangka masa kesan waris diperlukan:

iii) Penempatan Institusi:

Cadangan institusi :
Bayaran institusi (Jika Ada):
Keperluan alat sokongan/ rawatan susulan:
Keperluan pengangkutan/ pengiring ke institusi:
Jangka masa penempatan diperlukan:

**b) Terapi Sokongan (Khidmat Perundingan/ Sokongan Emosi/
Intervensi Krisis)**

Jenis Terapi Sokongan :
Jangka masa diperlukan:
Keperluan rujukan ke agensi:

SYOR/ PELAN TINDAKAN PEGAWAI KERJA SOSIAL PERUBATAN

Tandatangan :

Full-Hazreen Somp

Nama & Cop Pegawai :

Tarikh :

ULASAN DAN PENGESAHAN KETUA JABATAN / PEGAWAI KANAN

Tandatangan :

Nama & Cop Pegawai :

Tarikh :

**BORANG RANCANGAN INTERVENSI PENGURUSAN PESAKIT STROK
PERKHIDMATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN**

Sokongan Maklumat / Keluarga / Instrumental / Emosi			
Masalah	Keperluan	Rancangan	Matlamat

BORANG MAKLUMBALAS KEPADA PERUJUK
PERKHIDMATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN

NAMA PESAKIT :	NO. KP/PASPORT :
NAMA PERUJUK :	KLINIK/WAD :
TARIKH RUJUKAN:	TARIKH PENILAIAN:

MAKLUMBALAS PEGAWAI KERJA SOSIAL PERUBATAN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TANDATANGAN PEGAWAI KERJA SOSIAL PERUBATAN: _____

COP PEGAWAI: _____

TARIKH: _____

EXT : _____

BORANG CATATAN PENGENDALIAN KES

NO. DAFTAR JKSP: _____

TARIKH	MASA	CATATAN	TANDATANGAN & COP

SENARAI AGENSI PEMBERI BANTUAN

LAMPIRAN 8

BIL	AGENSI	PERANAN	SOKONGAN
1	Lembaga Zakat Negeri/ Baitulmal Negeri	Bantuan kewangan /peralatan perubatan/Bantuan perniagaan kecil/ Bantuan persekolahan /Bantuan bimbingan dan latihan kemahiran	Sokongan instrumental
2	Tabung Bantuan Perubatan	Bantuan menampung kos peralatan perubatan	Sokongan instrumental
3	Tabung Kebajikan Perubatan Malaysia	Bantuan menampung kos peralatan perubatan	Sokongan instrumental
4	Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO)	Bantuan kewangan bulanan /peralatan perubatan/Program kembali bekerja (Return To Work)	Sokongan instrumental
5	Jabatan Kebajikan Masyarakat (JKM)	Bantuan kewangan /peralatan perubatan/Bantuan perniagaan kecil (geran pelancaran) / Bantuan persekolahan /Bantuan bimbingan dan latihan kemahiran	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
6	Jabatan Perkhidmatan Awam (Pesara/Veteren Atom)	Kemudahan perubatan	Sokongan instrumental
7	Kerajaan Persekutuan (Penjawat Awam Yang Masih Berkhidmat)	Kemudahan Perubatan (alat dan kos perjalanan)	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
8	Kerajaan Negeri/Pihak Berkuasa Tempatan	Kemudahan Perubatan (alat dan kos perjalanan)	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
9	Jaminan Syarikat/Majikan (Pekerja Swasta)	Menampung kos rawatan/ peralatan perubatan	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
10	Kebajikan Kakitangan Dan Peneroka Felda/Felcra	Kemudahan peralatan perubatan sehingga RM 10,000.00	Sokongan instrumental /sokongan maklumat

BIL	AGENSI	PERANAN	SOKONGAN
11	Protect Health -Peka B40	Bantuan perubatan (alat perubatan/kos perjalanan mendapatkan rawatan) sehingga RM 20 000.00.	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
12	Mysalam	Bantuan pembayaran tunai RM8,000 apabila didiagnos salah satu daripada 45 Penyakit Kritikal termasuk penyakit strok dan pembayaran tunai RM50 sehari hospitalisasi untuk maksimum 14 hari.	Sokongan instrumental /sokongan maklumat
13	National Stroke Association of Malaysia (Nasam)	Menyediakan program dan maklumat untuk pesakit strok Mendapatkan sokongan moral untuk pesakit dan keluarga	Sokongan maklumat/sokongan emosi/sokongan keluarga
14	Pusat Latihan Dan Pembangunan Pengembangan (PLPP)	Menyediakan Latihan dan kemahiran untuk golongan OKU	Sokongan maklumat
15	Tekun Nasional	Bantuan perniagaan peniaga kecil dan sederhana Bantuan perniagaan sehingga RM 5000.00	Sokongan maklumat
16	Majlis Amanah Rakyat (MARA)	Bantuan pinjaman modal perniagaan/bantuan Latihan dan kemahiran	Sokongan maklumat
17	Jabatan Tenaga Kerja Semenanjung Malaysia - Skim Bantuan Galakan Perniagaan Oku - Program Tunas Usahawan Belia Bumiputera - Program New Gen Entrepreneur Online Bootcamp - Program Pemerkasaan Komuniti Bandar	Menyediakan beberapa program Latihan/kemahiran/menyediakan pinjaman modal memulakan perniagaan kecil.	Sokongan maklumat

BIL	AGENSI	PERANAN	SOKONGAN
18	Kementerian Kewangan - Geran Khas Prihatin - Skim Geran Pendigitalan Pks - Program Pembiayaan Skim Semarak Niaga - Skim Reset (Rehabilitation & Support Through Equity) - Program Latihan Dan Bimbingan Perniagaan Dan Skim Pembiayaan Mudah Francais	Menyediakan beberapa program Latihan/kemahiran/menyediakan pinjaman modal memulakan perniagaan kecil.	Sokongan maklumat
19	Velocity Neuro Centre	Pusat sehati untuk pesakit strok	Sokongan maklumat/ sokongan emosi/sokongan keluarga
20	Pusat Pemulihan Komuniti StrokPerkim	Membantu pesakit strok mempelajari semula kemahiran yang telah hilang selepas mengalami strok	Sokongan maklumat/ sokongan emosi/sokongan keluarga
21	Pillar Home Care Nursing	Pusat jagaan pesakit strok dan orang tua	Sokongan Instrumental/ sokongan maklumat
22	Elderlove Rehabilitation Centre	Pusat jagaan pesakit strok dan orang tua	Sokongan Instrumental/ sokongan maklumat
23	Minty Green Wellness Residence	Pusat jagaan pesakit strok dan orang tua	Sokongan Instrumental/ sokongan maklumat
24	Well Rehabilitation Centre	Pusat rehabilitasi yang menyediakan kepakaran rawatan rehab seperti fisioterapi, terapi pekerjaan, terapi percakapan dan psikologi klinikal	Sokongan Instrumental/ sokongan maklumat

PERKHIDMATAN PSIKOLOGI KAUNSELING



01

PENGENALAN & PERANAN

02

KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ

03

CARTA ALIR & PROSES KERJA

04

RUJUKAN

05

LAMPIRAN

PERKHIDMATAN PSIKOLOGI KAUNSELING

PENGENALAN

Kaunseling Rehabilitasi Strok adalah satu proses memberi celik akal kepada pesakit atau klien yang dirujuk berdasarkan pemikiran yang rasional. Pegawai Psikologi membantu pesakit strok menetapkan matlamat, membentuk pelan tindakan dan membantu pesakit menilai potensi diri dan perkembangan dari aspek fizikal, mental, perkembangan kognitif dan keupayaan emosi dalam menguruskan kerjaya dan meningkatkan keupayaan hidup berdikari. Perkhidmatan yang dijalankan adalah tertakluk di bawah Akta 580 dan etika kaunseling. Kaunselor membimbing pesakit strok yang tidak berupaya secara efektif menggunakan personal dan persekitaran supaya dapat mengubah untuk diri sendiri, kerjaya dan peribadi sosial.

Komitmen kepada Perkhidmatan Kaunseling Rehabilitasi Strok menekankan perkhidmatan yang bersepadu, komprehensif dan saling bekerjasama oleh pesakit, penjaga atau keluarga dan Pegawai Psikologi yang bertaualiah.

Jangka masa proses kaunseling yang akan dijalankan di dalam Program PKRS adalah sekurang-kurangnya tempoh 6 bulan bersamaan 3 sesi intervensi iaitu:

- | | | |
|--|---|----------------|
| ● Sesi kaunseling Individu | = | 30 - 45 minit |
| ● Sesi kaunseling kelompok | = | 90 - 120 minit |
| ● Sesi psikopendidikan dan konsultasi keluarga | = | 45 - 60 minit |

PERANAN

- Membimbing pesakit dan keluarga membuat penyesuaian diri dengan cabaran dan membuat pilihan yang terbaik ke arah peningkatan pencapaian rawatan rehabilitasi strok
- Meningkatkan keyakinan diri serta kesejahteraan psikologi melalui proses kaunseling
- Menjalankan intervensi psikologi dan kaunseling dengan memberi kemahiran kepada pesakit dan keluarga mengendalikan emosi, kognitif dan tingkah laku
- Meningkatkan kebolehpayaan pesakit strok untuk melakukan penyesuaian kerjaya atau bersedia terhadap penyesuaian kerjaya yang baharu.
- Menjalankan intervensi kaunseling perkahwinan dan kaunseling keluarga bagi mewujudkan sistem sokongan dan meningkatkan kesejahteraan kesihatan mental dan emosi

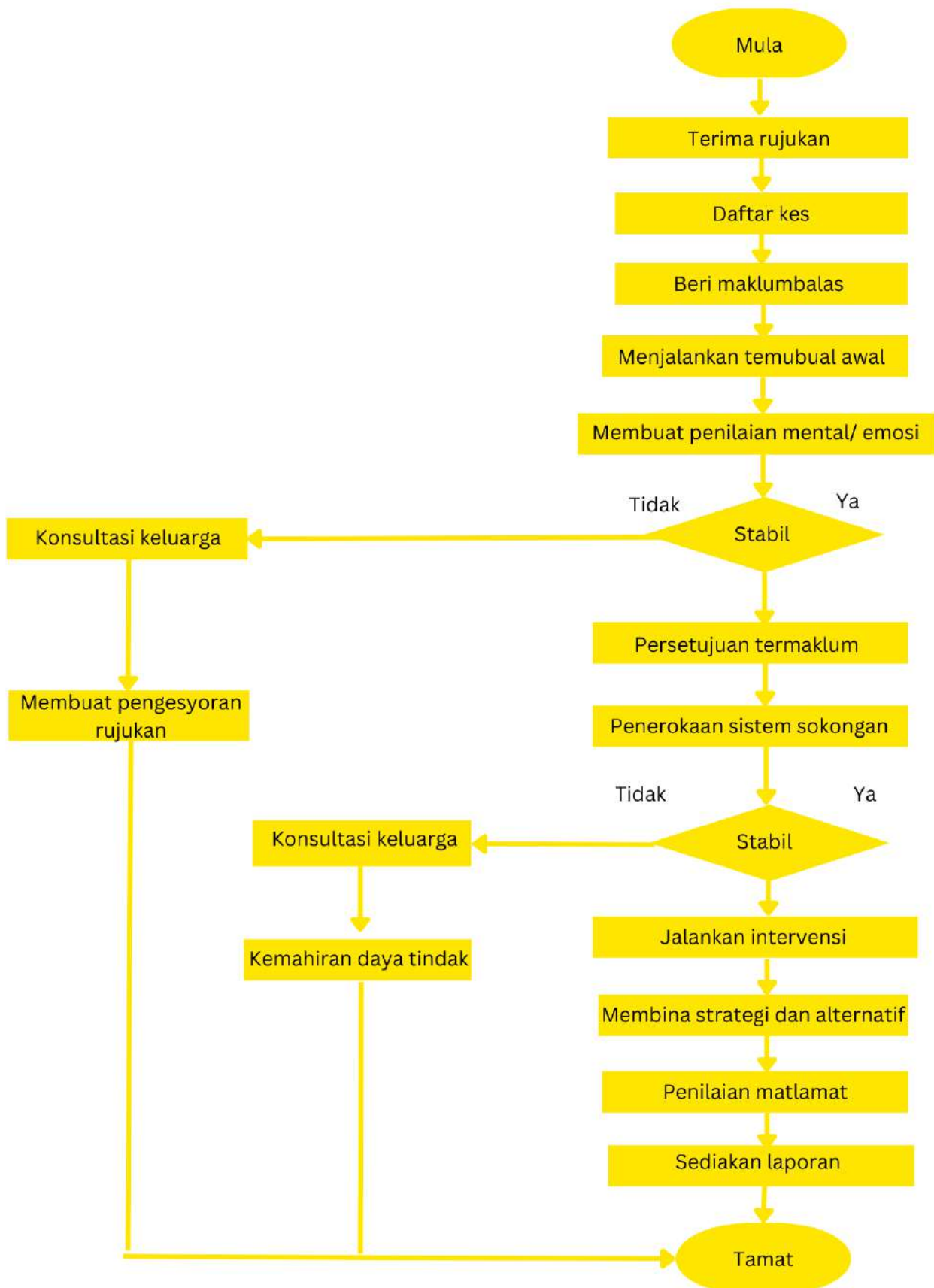
KRITERIA RUJUKAN PESAKIT (PESAKIT DALAM/ PESAKIT LUAR)

- Mampu berkomunikasi (*verbal* atau *nonverbal*)
- Boleh memahami dan menjawab soalan
- Pesakit/ Klien adalah stabil dan dalam keadaan sedar (*stable & conscious*)
- Pesakit/ Klien bersetuju dan memberikan kerjasama terhadap perkhidmatan kaunseling
- Pesakit/ Klien yang diberi PHQ9, Whooley atau DASS21 dan mendapat skor sederhana/ teruk/sangat teruk
- Pesakit/ Klien/ Penjaga yang mempunyai gejala-gejala gangguan kesihatan mental iaitu:
 - a. Gangguan atau masalah dalam selera makan
 - b. Gangguan atau masalah tidur
 - c. Ketidakupayaan mengawal emosi
- Pesakit/ Keluarga pesakit menyatakan memerlukan bantuan kaunseling iaitu:
 - a. Isu komunikasi interpersonal
 - b. Perhubungan perkahwinan/keluarga
 - c. Intimasi dan keluarga
 - d. Isu Psikososial; kewangan, kebajikan

KRITERIA DISCAJ DARI RAWATAN SUSULAN PSIKOLOGI KAUNSELING

- Penamatan proses kaunseling boleh dilakukan sekiranya:
 - Klien telah mencapai matlamat kaunseling sekurang-kurangnya klien mencapai skor 2 (*Expected Level*) dalam borang SMART GOAL selepas penamatan sesi. (Termasuklah penurunan skor BDI, BAI di bawah skor sederhana)
 - Klien sendiri memohon untuk penamatan perkhidmatan kaunseling atau memohon untuk mendapatkan perkhidmatan kaunseling di hospital atau agensi lain.
 - Klien mempunyai prognosis yang lemah atau tiada perkembangan dan tiada peningkatan sepanjang intervensi dijalankan
 - Klien mengalami kemerosotan kognitif atau gangguan kefungsiian mental yang teruk
 - Klien mempamerkan ciri-ciri *resistant* dan bertindak agresif serta sukar dikawal menyebabkan kesukaran mencapai matlamat kaunseling.
 - Klien yang mengalami kemerosotan tahap kesihatan fizikal dan mengalami kesukaran untuk mobile (*immobility*).
 - Pegawai Psikologi mengesyorkan agar klien dirujuk kepada profesional atau agensi lain atas keperluan rawatan dan isu yang dihadapi oleh klien
 - Klien tidak hadir sesi temujanji dalam tempoh 6 bulan dari tarikh akhir temujanji atau gagal hadir ke temujanji sesi kaunseling tiga (3) kali berturut-turut tanpa maklum

CARTA ALIR PROSEDUR PERKHIDMATAN KAUNSELING INDIVIDU



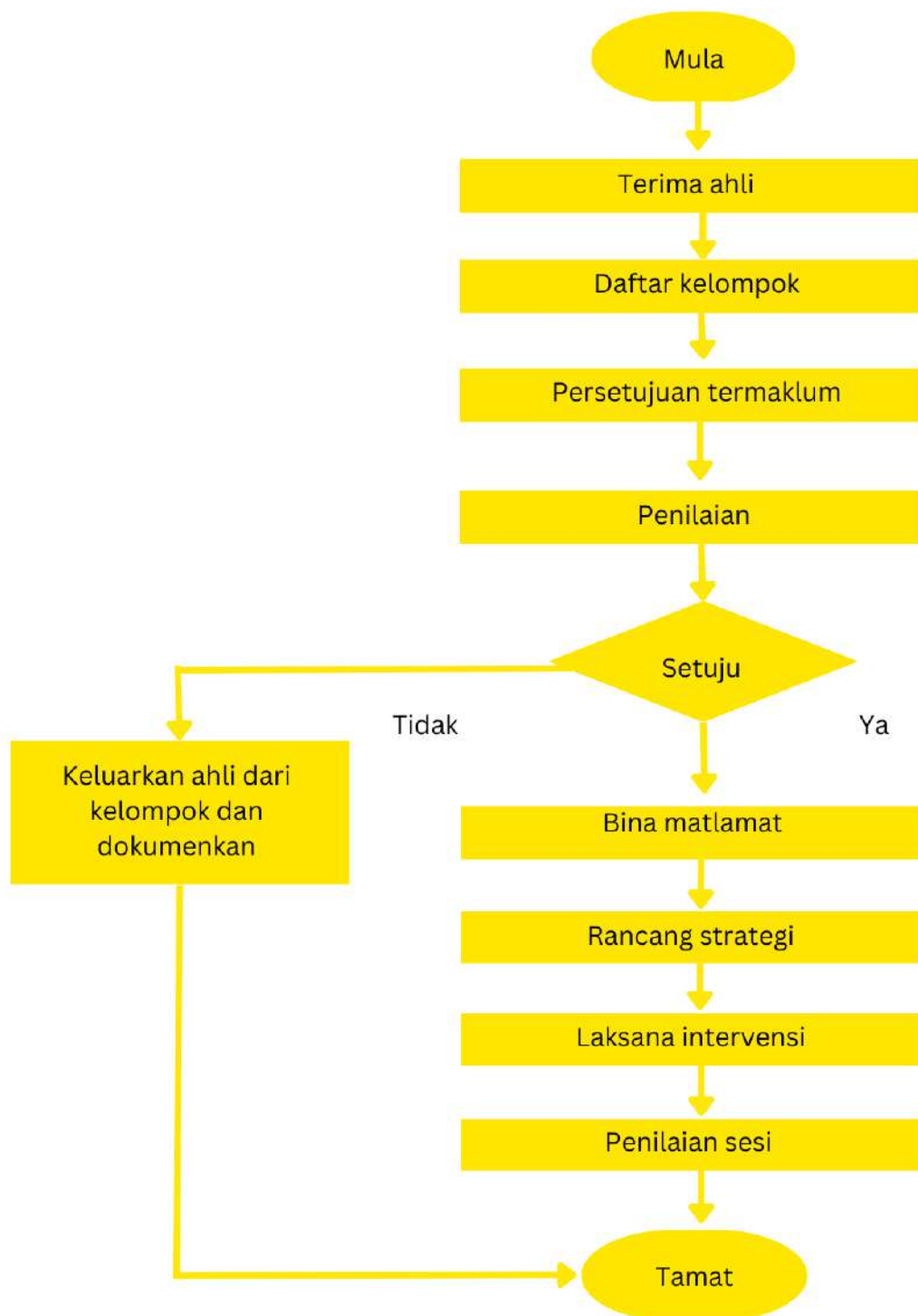
PROSES KERJA PERKHIDMATAN KAUNSELING INDIVIDU

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Menerima rujukan daripada pakar/ pegawai perubatan	PPK/JT/ PPsi	Menerima rujukan daripada pakar/pegawai perubatan	Lampiran 1: Borang rujukan perkhidmatan kaunseling
2.	Pendaftaran kes baru	PPK/JT / PPsi	Membuat pendaftaran kes baru di dalam buku daftar pesakit dan sistem KMS	Buku Daftar Pesakit/ Pengkalan data pesakit dan Sistem KMS
3.	Memberi maklumbalas	PPsi	Memberi maklumbalas dengan menghubungi pesakit atau keluarga untuk menetapkan tarikh temujanji (KPI: Memberi maklumbalas dalam tempoh 3 hari bekerja)	
4.	Menjalankan temubual awal (<i>intake interview</i>)	PPsi	Menjalankan <i>proses</i> temubual awal kepada pesakit / penjaga pesakit bagi kes baharu dan menentukan kriteria kes	Lampiran 2 : Borang Butiran Peribadi
5.	Membuat penilaian mental/ emosi	PPsi	Membuat penilaian mental/ emosi pesakit/penjaga menggunakan ujian psikologi	• <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> • <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> • <i>Trauma Symptom Checklist (TSC)</i> • <i>Montreal Cognitive Assessment (MOCA)</i> • <i>Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Compassion Satisfaction and Fatigue</i> • <i>Triage Assessment System (TAS)</i>

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
6.	Konsultasi keluarga	PPsi	Memaklumkan kepada keluarga keadaan pesakit yang tidak sesuai untuk menjalankan intervensi kaunseling dan membuat perbincangan mengenai isu yang di alami oleh pesakit	Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Kaunseling Kelompok
7.	Membuat pengesyoran rujukan	PPsi	Jika tidak stabil, membuat pengesyoran kepada perujuk kerana keadaan pesakit adalah tidak memenuhi kriteria	
8.	Memberi persetujuan termaklum	PPsi	Jika pesakit stabil dan memenuhi kriteria, memberi persetujuan termaklum kepada pesakit	Lampiran 3: Borang Persetujuan Termaklum
9.	Menjalankan kaunseling individu dan penetapan matlamat	PPsi	Menjalankan proses kaunseling individu dan penetapan matlamat	Lampiran 4: Borang <i>SMART Goal</i>
10.	Perundingan keluarga dan mengenalpasti sistem sokongan	PPsi	Menjalankan sesi perundingan keluarga dan mengenalpasti sistem sokongan	<i>FACES-IV</i> <i>Marital Evaluation Checklist/ Senarai Semak Kualiti Perkahwinan</i> Profiling Kewangan
11.	Membina strategi dan alternatif	PPsi	Sekiranya sistem sokongan kuat, membina strategi dan alternatif	
12.	Kaunseling kelompok/ keluarga	PPsi	Sekiranya sistem sokongan lemah, menjalankan sesi intervensi kaunseling	Lampiran 5: Borang butiran Kelompok

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
			kelompok/ kaunseling keluarga/ kaunseling perkahwinan / kelompok sokongan	Lampiran 6: Borang Persetujuan Termaklum Kelompok
13.	Ujian daya tindak	PPsi	Membentuk sistem sokongan dan memberikan psikopendidikan berkaitan daya tindak pesakit/keluarga/sokongan	Ujian Daya Tindak / <i>Adult Coping Scale</i>
14.	Penilaian matlamat sesi	PPsi	Penilaian matlamat sesi kaunseling individu/ kaunseling kelompok/kaunseling keluarga/kaunseling perkahwinan/ kelompok sokongan	Lampiran 4: Borang <i>SMART Goal</i>
15.	Menyediakan laporan	PPsi	Menyediakan laporan kaunseling	

CARTA ALIR PROSEDUR PERKHIDMATAN KAUNSELING KELOMPOK



PROSES KERJA PERKHIDMATAN KAUNSELING KELOMPOK

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Menerima ahli kelompok	PPsi	Menyemak dan menerima ahli kelompok pada hari temujanji yang telah ditetapkan. Bilangan minina ahli kelompok adalah (4) dan maksima adalah 12 orang.	Lampiran 1: Borang butiran peribadi ahli kelompok
2.	Daftar kelompok	PPK / PPsi	Membuat pendaftaran kes baru di dalam buku daftar pesakit dan sistem KMS	Buku Daftar Pesakit/ Pengkalan data pesakit dan Sistem KMS
3.	Memberi persetujuan termaklum	PPsi	Jika pesakit stabil dan memenuhi kriteria, memberi persetujuan termaklum kepada pesakit	Lampiran 3: Borang Persetujuan Termaklum
4.	Nilai kesesuaian ahli	PPsi	Nilai dan saring kesesuaian ahli kelompok berdasarkan persamaan (Similar Theme) isu kelompok	Lampiran 5: Borang Butiran Kelompok Lampiran 6: Borang Persetujuan Termaklum Kelompok
5.	Bina matlamat	PPsi	Bina matlamat	Lampiran 4: Borang <i>SMART Goal</i>
6.	Rancang strategi dan alternatif	PPsi	Rancang strategi dan alternatif	
7.	Laksana intervensi/ Aktiviti terapi	PPsi	Laksana intervensi/ Aktiviti terapi	Ujian Daya Tindak / <i>Adult Coping Scale</i>
8.	Penilaian sesi	PPsi	Penilaian matlamat sesi kaunseling individu/ kaunseling kelompok/kaunseling	

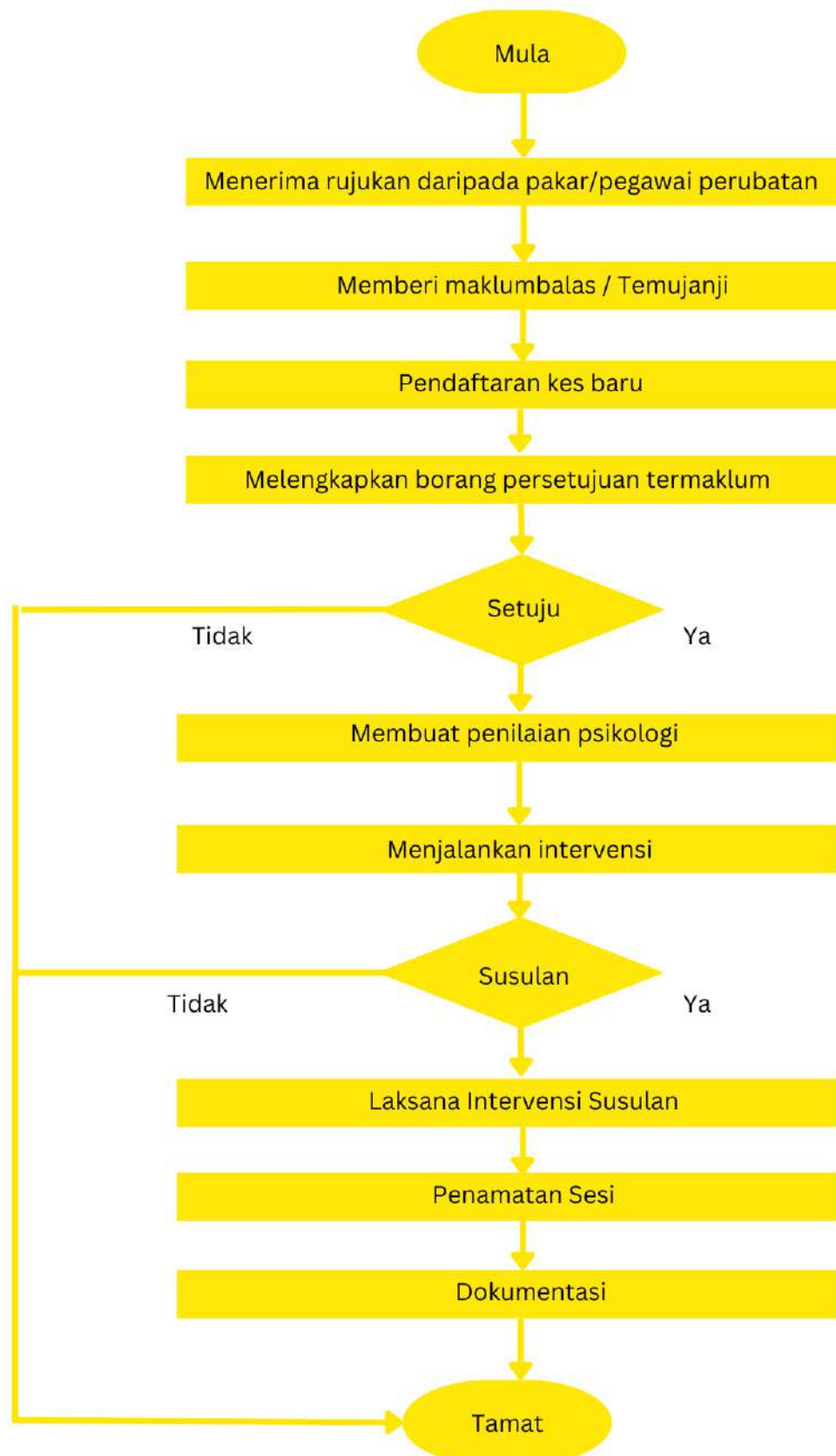
CARTA ALIR PROSEDUR PERKHIDMATAN KAUNSELING PERKAHWINAN



PROSES KERJA PERKHIDMATAN KAUNSELING PERKAHWINAN

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima rujukan	PPK/PT/PPsi	Menerima rujukan daripada pakar/pegawai perubatan	Borang Rujukan Perkhidmatan Kaunseling
2.	Membuat maklum balas rujukan	PPK/PT/PPsi	Memberi maklumbalas kepada perujuk atau pesakit dan pasangan (suami/isteri) untuk menetapkan tarikh temujanji	
3.	Daftar kes	PPK/PT/PPsi	Membuat pendaftaran kes baru di dalam buku daftar pesakit dan sistem KMS	
4.	Terangkan Borang Persetujuan Termaklum	PPsi	Menerangkan dan membimbing pesakit untuk mengisi Borang Persetujuan Termaklum	Borang Persetujuan Termaklum
5.	Membuat penilaian psikologi	PPsi	Membimbing pesakit untuk mengisi Borang Senarai Semak Realiti Perkahwinan	Borang Senarai Semak Realiti Perkahwinan / <i>Marital Evaluation Checklist</i>
6.	Menjalankan intervensi	PPsi	Menjalankan intervensi kaunseling perkahwinan dan penetapan matlamat sesi	<i>Genogram/timeline</i>
7.	Menjalankan intervensi susulan	PPsi	Menjalankan intervensi Kaunseling Perkahwinan susulan kepada pasangan	
8.	Penamatan sesi	PPsi	Penamatan sesi	
9.	Laksanakan dokumentasi	PPsi	Laksanakan dokumentasi	Panduan Menulis Laporan Kaunseling

CARTA ALIR PROSEDUR PERKHIDMATAN KAUNSELING KELUARGA



PROSES KERJA PERKHIDMATAN KAUNSELING KELUARGA

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Menerima rujukan daripada pakar/pegawai perubatan	PPK/JT/ PPsi	Menerima rujukan daripada pakar/pegawai perubatan	Borang rujukan perkhidmatan kaunseling
2.	Memberi maklumbalas	PPsi	Memberi maklumbalas dengan menghubungi pesakit atau keluarga untuk menetapkan tarikh temujanji	
3.	Pendaftaran kes baru	PPK / PPsi	Membuat pendaftaran kes baru di dalam buku daftar pesakit dan sistem KMS	
4.	Memberi persetujuan termaklum	PPsi	Memberi persetujuan termaklum kepada keluarga pesakit. Jika setuju, sesi penilaian akan di buat. Sekiranya tidak bersetuju, sesi penamatan di buat.	Borang Persetujuan Termaklum
5.	Membuat penilaian psikologi	PPsi	Mentadbir ujian psikologi bagi melihat kefungsian keluarga dan menjalankan sesi perundingan keluarga dan mengenalpasti sistem sokongan	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) /</i> <i>McMaster Family Assessment Device (FAD)</i>
6.	Menjalankan Intervensi kaunseling Keluarga	PPsi	Menjalankan sesi intervensi kaunseling dengan ahli keluarga yang terlibat.	
7.	Susulan	PPsi	Sekiranya memerlukan susulan, sesi intervensi diteruskan. Sekiranya tidak, sesi ditamatkan.	
8.	Penamatan	PPsi	Penamatan sesi	
9.	Menyediakan laporan	PPsi	Menyediakan laporan kaunseling	

RUJUKAN

1. Akta Kaunselor 1998 (Akta 580) dan Peraturan-Peraturan
2. Prosedur Operasi Standard Perkhidmatan Psikologi (Kaunseling) Kementerian Kesihatan Malaysia

LAMPIRAN BORANG YANG DIGUNAKAN

- Lampiran 1 : Borang Rujukan Perkhidmatan Kaunseling
- Lampiran 2 : Borang Butiran Peribadi
- Lampiran 3 : Borang Persetujuan Termaklum
- Lampiran 4 : Borang SMART Goal
- Lampiran 5 : Borang Butiran Kaunseling Kelompok
- Lampiran 6 : Borang Persetujuan Kaunseling Kelompok
- Lampiran 7 : Borang Kehadiran Kaunseling Kelompok

UJIAN SARINGAN

1. *Beck Depression Inventory (BDI)*
2. *Beck Anxiety Inventory (BAI)*
3. *Trauma Symptom Checklist (TSC)*
4. *Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Compassion Satisfaction & Fatigue*
5. *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)*
6. *Triage Assessment System (TAS)*
7. *Mini Mental State Examination (MMSE)*
8. *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES-IV)*
9. *Senarai Semak Kualiti Perkahwinan/ Marital Evaluation Checklist*
10. *Profiling Kewangan*
11. *Ujian Daya Tindak / Adult Coping Scale*
12. *Genogram/ Timeline*
13. *Mc Master Family Assessment Device (FAD)*



**PERKHIDMATAN PSIKOLOGI
(KAUNSELING) PKRS**

BORANG RUJUKAN KAUNSELING

1) Profil (Diisi Oleh Pakar / Pegawai Perubatan / Ketua Unit / Penyelia)

Nama :

No K/Pengenalan : Umur : Jantina :

Alamat Rumah :

No MRN : Wad/Unit/Lain-Lain :

Bangsa : ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Lain-Lain

Agama : ☐ Islam ☐ Buddha ☐ Hindu ☐ Kristian = Lain-Lain

Status Perkahwinan : Pekerjaan : No. Telefon :

Pendapatan Isi Rumah : RM Nama Waris :

No. Telefon Waris :

2) Diagnosis / Isu

.....

.....

3) Latar Belakang Masalah / Isu dan Tujuan Rujukan

.....

.....

4) Klien telah dimaklumkan mengenai rujukan kaunseling

(☐) YA (☐) TIDAK

(Nota: Sila maklumkan kepada klien mengenai rujukan kaunseling untuk melancarkan proses kaunseling).

Tandatangan : No. Tel./ Samb. :

Perujuk Nama & Cop : Tarikh :

*Sila pastikan borang ini diisi dengan lengkap.

TINDAKAN UNIT PSIKOLOGI KAUNSELING

TARIKH RUJUKAN DITERIMA	TARIKH RESPON	TARIKH TEMUJANJI
T/tangan & Cop Penerima :	T/tangan & Cop :	T/tangan / Cop :
Tarikh & Masa :	Tarikh & Masa :	Tarikh & Masa :



BORANG BUTIRAN PERIBADI

Nama :

No. Kad Pengenalan/RN :

Bangsa : ◆ Melayu ○ Cina ◆ India
◆ Lain-lain

Alamat :

No. Telefon :

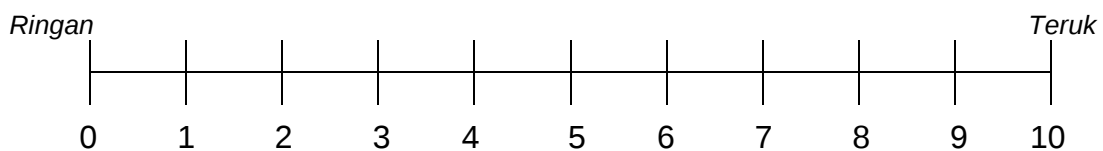
Nyatakan masalah anda:

1.

2.

3.

Tandakan tahap serius masalah anda pada skala di bawah.



Latar Belakang Keluarga:

1. Jelaskan secara ringkas hubungan anda dengan ibu bapa dan adik-beradik

2. Jelaskan sejarah perkahwinan anda

Tahap pendidikan anda:

Pengalaman kerja anda:

PEKERJAA N	TAHUN	TEMPAT	CATATAN (Jenis kerja, sebab-sebab berhenti, pergaulan dengan rakan sekerja & bos anda)

Adakah anda terlibat dengan aktiviti sosial/ keagamaan, keluarga, hubungan dengan jiran tetangga, rakan lelaki/ perempuan). Senaraikan:

Hobi / aktiviti yang selalu dilakukan

- 1.
- 2.
- 3.

Adakah anda pernah mengambil dadah/ alkohol/ rokok/ bahan-bahan lain yang menyebabkan ketagihan? Adakah anda masih mengambil bahan tersebut?

Apakah kecenderungan seksual anda? Kekerapan aktiviti seksual, kepuasan seksual?

Sejarah kesihatan anda: (Tahun semasa diagnosa (jenis penyakit fizikal/ mental), rawatan, sembuh atau belum)

Kepercayaan Kepada Tuhan: (Hubungan anda dengan PENCIPTA)

Kelebihan & Kekurangan Diri:



BORANG PERSETUJUAN TERMAKLUM

1) KERAHSIAAN DAN LIMITASI KERAHSIAAN

Sebagai Pegawai Psikologi, saya menjamin kerahsiaan dan anda juga bertanggungjawab menjaga kerahsiaan tersebut. Semua perbincangan dalam sesi adalah sulit. Walau bagaimanapun, terdapat limitasi yang memerlukan saya melaporkan kepada pihak berkenaan seperti:

- a. Jika ada sebab munasabah menunjukkan anda mungkin atau boleh membahayakan diri anda atau orang lain serta sebarang perlakuan berbahaya yang menunjukkan anda tidak dapat mengawal diri sendiri.
- b. Jika isu dibincangkan melibatkan undang-undang, pihak polis, pihak mahkamah dan lain-lain pihak berkuasa berkaitan.
- c. Jika maklumat yang dikongsi akan memberi kemudaratan kepada jabatan atau sebagai seorang penjawat awam.
- d. Perbincangan dengan pakar profesional lain bagi tujuan perundingan.

2) TANGGUNGJAWAB DAN HAK PEGAWAI PSIKOLOGI

- a. Sebagai Pegawai Psikologi, saya menghormati hak dan keupayaan anda.
- b. Kegagalan anda tidak menghadiri temujanji selama tiga (3) kali berturut-turut boleh menyebabkan perkhidmatan kaunseling akan ditamatkan.
- c. Sekiranya isu yang dibincangkan adalah diluar kepakaran saya sebagai Pegawai Psikologi, maka saya boleh merujuk anda kepada pihak lain yang berkaitan.
- d. Saya berhak untuk tidak melibatkan diri dalam urusan/ proses yang melibatkan mahkamah atau yang berkaitan dengannya kerana ia boleh mengganggu proses dan jalinan terapeutik.

3) TANGGUNGJAWAB DAN HAK ANDA SEBAGAI KLIEN

Bagi memastikan keberkesanan sesi, adalah penting untuk anda:

- a. Menghadiri sesi seperti yang ditetapkan dengan persetujuan bersama.
- b. Memberi kerjasama semasa sesi dijalankan.
- c. Berusaha dengan bersungguh-sungguh untuk mengatasi isu yang dikemukakan.
- d. Anda juga berhak untuk menarik diri daripada sesi dan/atau meminta untuk dirujuk kepada Pegawai Psikologi lain sekiranya anda tidak berasa selesa dengan saya.

- e. Anda berhak untuk mengetahui mengenai perkembangan diri sepanjang proses kaunseling.
- f. Jika anda tidak dapat menghadiri temujanji, sila maklumkan kepada Pegawai Psikologi sebelum tarikh temujanji.

4) SAYA FAHAM DAN SEDAR BAHAWA: -

- a. Saya telah diterangkan mengenai perkhidmatan kaunseling yang ditawarkan.
- b. Saya telah dijelaskan berkaitan limitasi dan juga kebaikan perkhidmatan ini.
- c. Saya telah dimaklumkan berkaitan kelayakan Pegawai Psikologi yang memberikan perkhidmatan ini.
- d. Saya telah dimaklumkan berkaitan jangka masa proses kaunseling.
- e. Saya telah dijelaskan berkaitan peranan Pegawai Psikologi dan peranan klien dalam sesi kaunseling yang dijalankan.
- f. Saya telah diterangkan dengan kemungkinan untuk dirujuk kepada pihak lain sekiranya perlu.
- g. Saya juga telah dijelaskan berkaitan tatacara dokumentasi rekod sesi kaunseling.
- h. Saya TIDAK BOLEH merakam sesi kaunseling dalam apa jua bentuk rakaman.

Dengan ini, saya (Nama), (No. K/P) mengesahkan bahawa saya telah membaca dan memahami segala maklumat yang tertulis di dalam borang ini. Saya **SETUJU** untuk mendapatkan perkhidmatan kaunseling untuk: -

Tanda (✓) pada ☐ yang berkenaan

☐ Diri sendiri

☐ Anak/ Jagaan

☐ Ahli keluarga; sila nyatakan :

Tandatangan Klien :

Tarikh :
.....
.....

Tandatangan Pegawai Psikologi :

Nama & Cop :

Tarikh :
.....
.....

BORANG SMART GOAL**Nama / Name:****No.KP / IC:****BAHAGIAN I:**

Nyatakan matlamat utama anda (*Please state your main goal*)

BAHAGIAN II:

Senaraikan langkah yang boleh diambil untuk mencapai matlamat & jangka masa yang realistik bagi setiap langkah tersebut (*List down the steps that will be initiated to achieve the goal and realistic timeframe for each phase or step*)

BAHAGIAN III:

Nyatakan peranan anda dan individu yang terlibat, di mana, bila dan bagaimana anda dan mereka perlu memainkan peranan tersebut bagi membantu anda mencapai matlamat. *(Please state your roles and significant others roles, including where, when and how towards achieving goal)*

BAHAGIAN IV:

Senaraikan tugas yang akan dilakukan untuk mencapai matlamat. *(List down tasks that have to be done towards achieving your goal)*

Isi tarikh bagi setiap tugas yang dirancang pada ruangan P (Plan) dan tandakan (✓) jika tugas berjaya dilakukan atau (X) jika tugas tidak berjaya dilakukan pada ruangan A (Action)

Fill in the date for every task that you plan in row P (Plan).

In the row A (Action), tick (✓) if you successfully complete the task and (X) if the task is incomplete.

BIL	Tugas yang perlu dilaksanakan (Tasks to be done)	Tarikh (Date)															
		P	A														
		P															
		A															
		P															
		A															
		P															
		A															
		P															
		A															
		P															
		A															

BAHAGIAN V:

Pencapaian Matlamat *(Goal achievement)*

SKOR PENCAPAIAN <i>Achievement Score</i>	Bulatkan skor yang berkenaan / <i>Circle the relevant score</i>	Justifikasi & Ulasan <i>Justification & Review</i>
---	--	---

Tiada perubahan <i>No changes</i>	0	
Kurang dari yang dijangka <i>Much less than expected</i>	1	
Seperti yang dijangka <i>Expected level</i>	2	
Lebih dari yang dijangka <i>Somewhat more than expected</i>	3	

PANDUAN PENGGUNAAN BORANG SMARTGOAL

1. Isi borang **bersama** klien sepanjang sesi perbincangan. Pastikan anda mempunyai salinan borang untuk setiap klien / ahli kelompok / ahli keluarga.
2. Bincangkan matlamat utama yang ingin dicapai oleh klien. Bagi Kaunseling Kelompok dan Kaunseling Keluarga dan Perkahwinan, pilih satu (1) matlamat utama yang ingin dicapai **bersama**.
3. Catatkan matlamat tersebut di dalam Bahagian I.
4. Bincang strategi dan pelan perancangan yang perlu klien laksanakan.
5. Pilih hanya dua (2) strategi yang utama dan catatkan di Bahagian II.
6. Tetapkan jangka masa yang realistik untuk setiap langkah bagi strategi yang klien pilih.
7. Bincang dan catatkan dengan teliti tanggungjawab yang perlu klien serta individu terdekat kepada klien jalankan di Bahagian III. Nyatakan peranan klien dan individu terdekat yang terlibat, di mana, bila dan bagaimana mereka perlu memainkan peranan tersebut bagi membantu klien mencapai matlamat. Tanggungjawab ini berdasarkan strategi yang telah ditetapkan.
8. Bincang tugas yang perlu dilakukan setiap klien / ahli kelompok / ahli keluarga dan catatkan dalam Bahagian IV. Minta klien isi tarikh bagi setiap tugas yang dirancang pada ruangan P dan tandakan (✓) jika tugas berjaya dilakukan atau (x) jika tugas tidak berjaya dilakukan pada ruangan A.
9. Beri penilaian pencapaian matlamat berdasarkan tugas yang telah dijalankan klien dengan membulatkan skor pencapaian klien. Keterangan skor pencapaian adalah seperti berikut:

Skor	Keterangan
0	Sekiranya klien gagal melaksanakan semua tugas yang telah dipersetujui di Bahagian IV.
1	Sekiranya klien berjaya melaksanakan sebahagian tugas yang telah dipersetujui di Bahagian IV.
2	Sekiranya klien berjaya melaksanakan semua tugas yang telah dipersetujui di Bahagian IV.
3	Sekiranya klien menunjukkan kesungguhan lebih dari yang dijangka dan berjaya melaksanakan semua tugas yang telah dipersetujui di Bahagian IV.

10. Catat justifikasi dan ulasan terhadap skor yang diberi.
11. Terangkan pencapaian matlamat keseluruhan kepada klien untuk tindakan seterusnya.
12. Sekiranya terdapat perubahan matlamat kaunseling, pegawai perlu mencetak borang SMARTGOAL yang lain. Borang SMARTGOAL yang terdahulu perlu dikepilkan bersama.

PERKHIDMATAN PSIKOLOGI KLINIKAL



01

PENGENALAN & PERANAN

02

KRITERIA RUJUKAN & DISCAJ

03

CARTA ALIR & PROSES KERJA

04

RUJUKAN

05

LAMPIRAN

PERKHIDMATAN PSIKOLOGI KLINIKAL

PENGENALAN

Masalah kesihatan mental terutamanya kemurungan dan anxiety antara isu yang sering berlaku bukan sahaja di kalangan pesakit strok malah di kalangan penjaga. Selain itu, prevalen ketidakupayaan kognitif di kalangan pesakit strok juga adalah tinggi. Justeru Pegawai Psikologi Klinikal berperanan untuk mengendalikan isu kesihatan mental dan kognitif berdasarkan pengetahuan psikologi sains.

PERANAN

Perkhidmatan psikologi klinikal menjurus ke arah perkhidmatan-perkhidmatan seperti di bawah:

- Penilaian psikologi
- Penilaian neuropsikologi
- Pengurusan tingkah laku bermasalah
- Terapi psikologikal (masalah kesihatan mental)
- Intervensi rehabilitasi kognitif

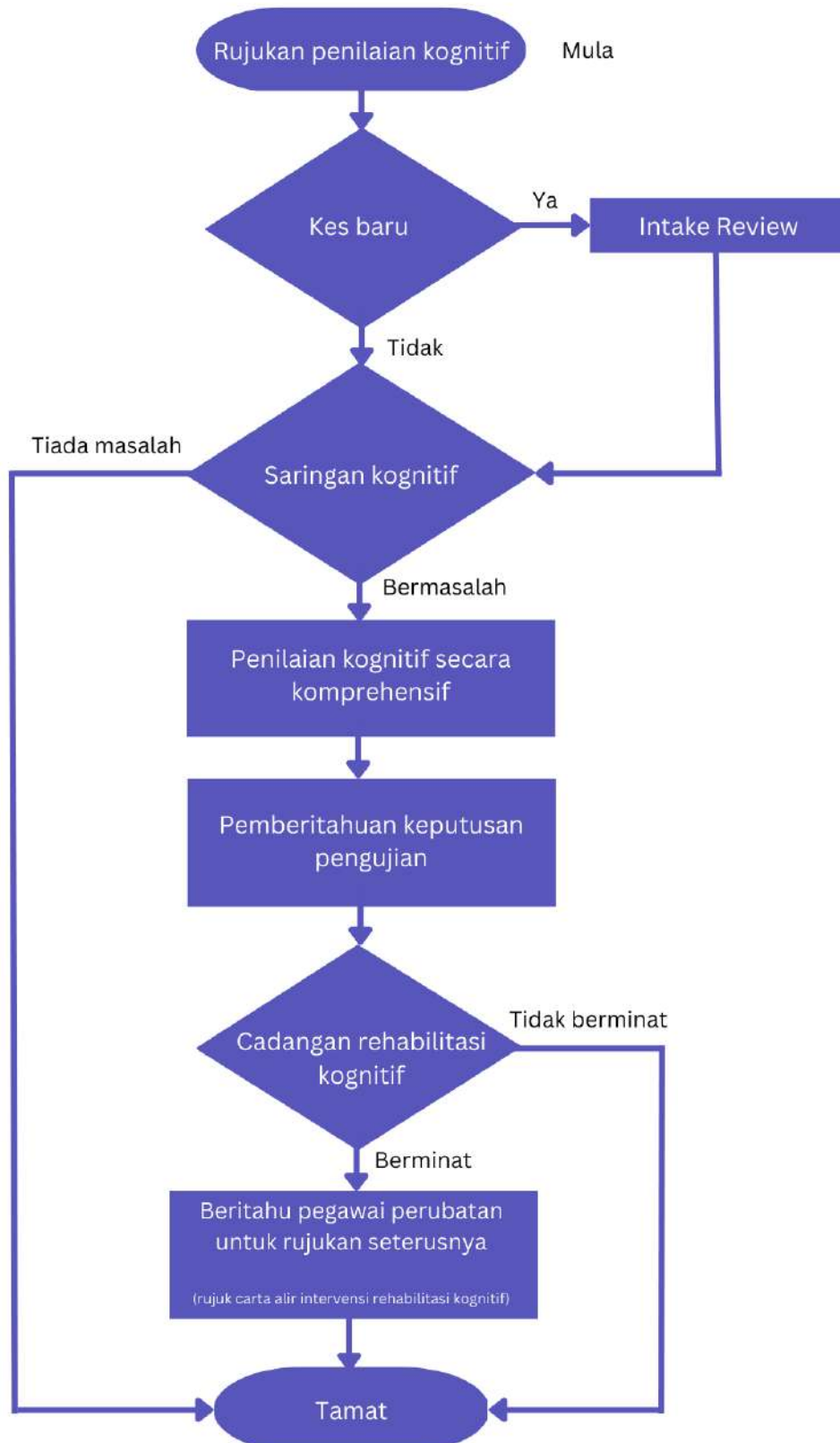
KRITERIA RUJUKAN

- Memerlukan penilaian atau/dan intervensi bagi menangani masalah tingkah laku
- Memerlukan penilaian atau/dan intervensi bagi menangani masalah kognitif seperti ingatan, fungsi eksekutif, serta tumpuan
 - Selepas 1 bulan kecederaan (*bedside testing*)⁵
 - Selepas 6 hingga 8 bulan kecederaan (kanak-kanak dan dewasa)⁵
 - Untuk profil kognitif pesakit
 - Bagi menjalankan terapi rehabilitasi kognitif
- Memerlukan penilaian atau/dan terapi psikologi bagi menangani masalah emosi atau *mood*

KRITERIA DISCAJ

- Selesai menjalani penilaian kognitif mengikut tujuan rujukan daripada pegawai perubatan sekiranya tiada perawatan susulan diperlukan
- Selesai rawatan intervensi
- Tidak menghadiri temujanji sebanyak 3 kali berturut-turut
- Tidak menunjukkan perkembangan dalam sesi dan setelah perbincangan dengan doktor pakar telah dilakukan

CARTA ALIR PENILAIAN KOGNITIF

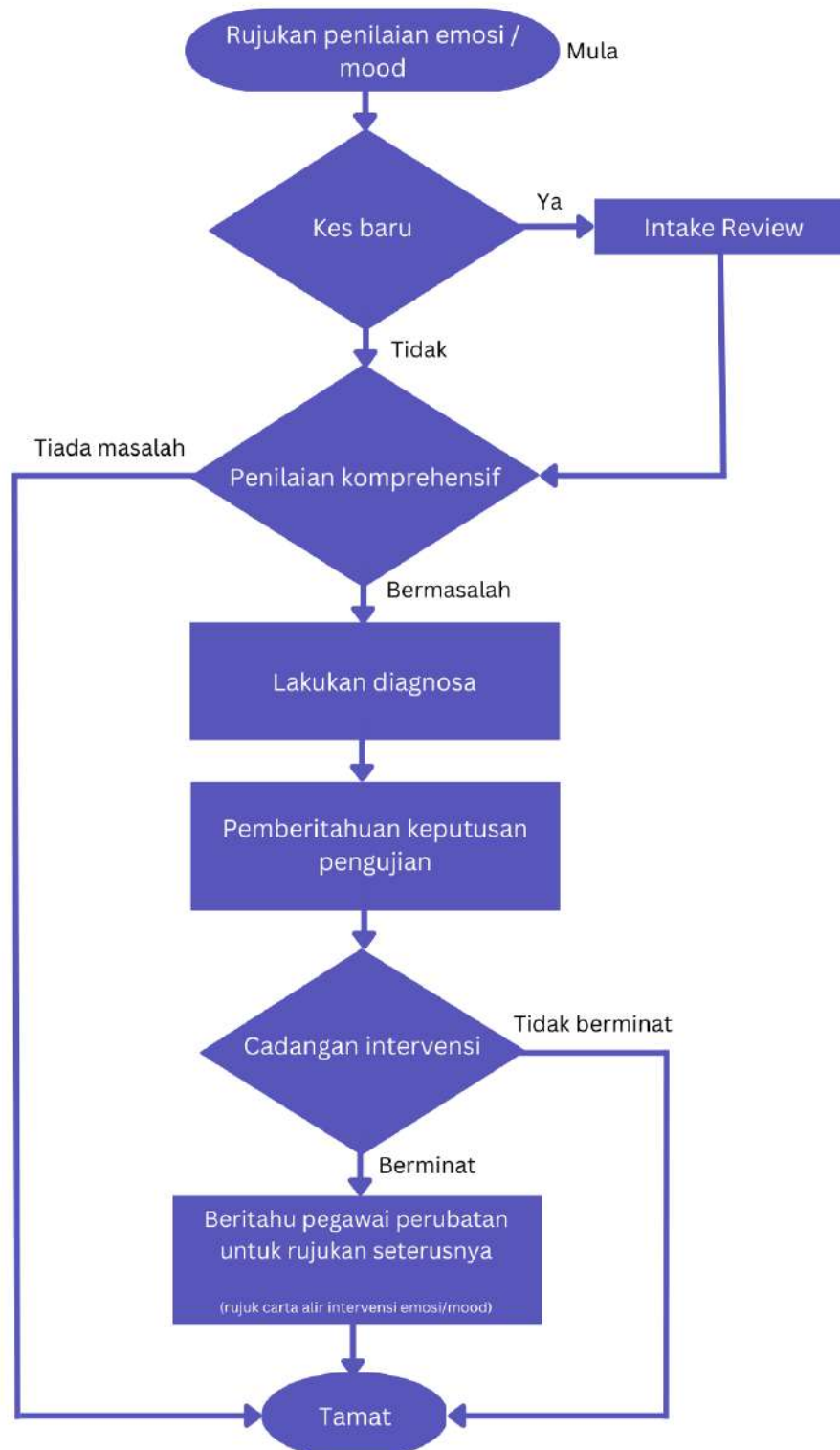


PROSES KERJA PENILAIAN KOGNITIF

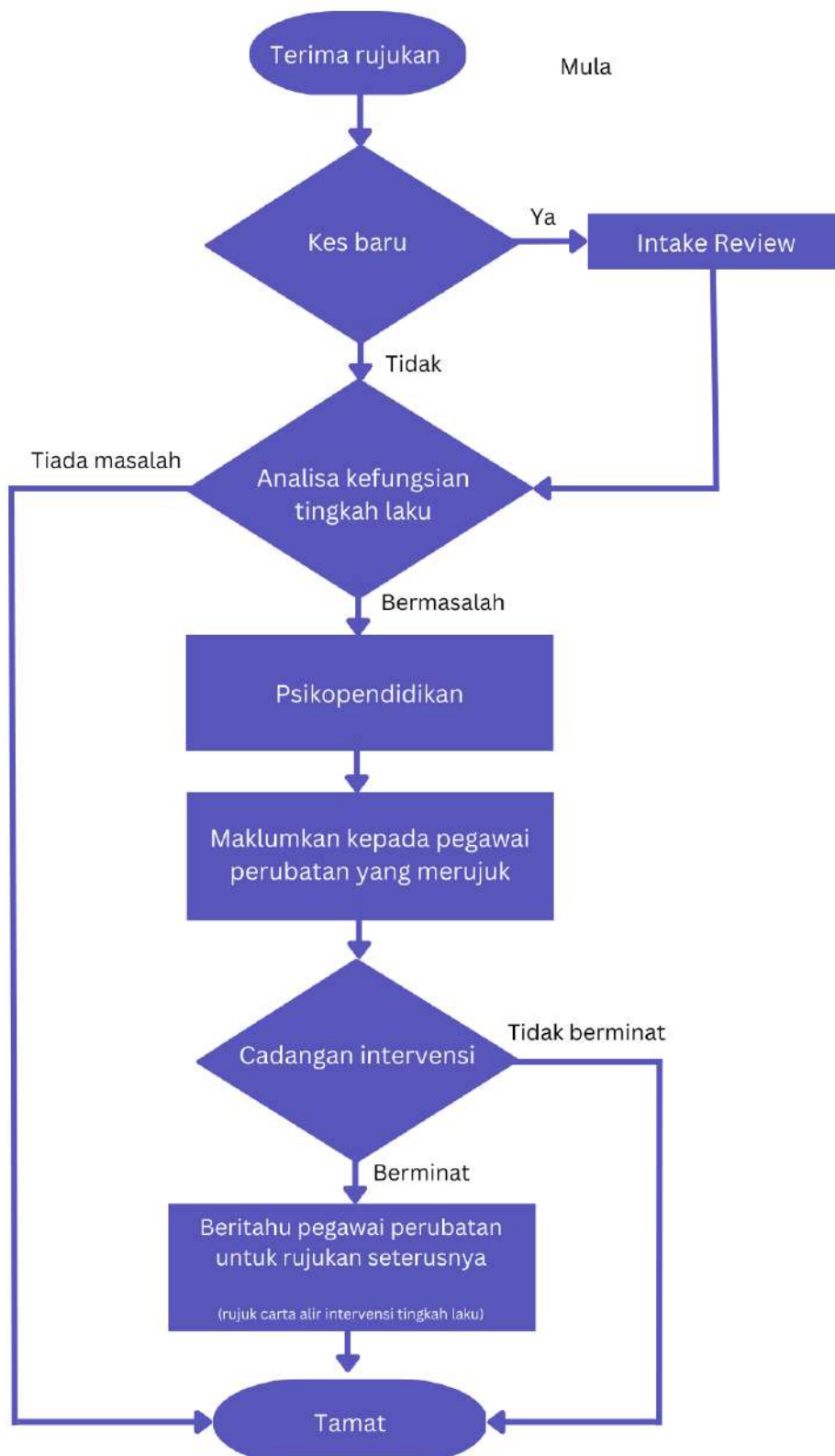
BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima rujukan	Penolong Perawat Kesihatan (PPK) /Nurse/JM	Daftar pesakit dan beri temujanji	Buku daftar Borang rujukan
2.	Temujanji	Pegawai Psikologi Klinikal	<i>Intake interview</i>	Borang <i>Neurobehavioral Intake</i> Borang <i>Psychological Intake</i> Fail pesakit
3.	Penilaian saringan kognitif	Pegawai Psikologi Klinikal	Penilaian kognitif mengikut keperluan perawatan rehabilitasi	Alatan penilaian <i>Stopwatch</i> <i>Clipboard</i> Cermin mata rabun dekat
4.	Laporan penilaian	Pegawai Psikologi Klinikal	- Beri laporan secara verbal (reporting) dalam masa 1 minggu dalam IDR - Beri laporan secara bertulis dalam masa 2 minggu	
5.	Hantar laporan penilaian bertulis	PPK	Hantar laporan dalam sampul	Buku <i>despatch</i> (khas untuk laporan)
6.	Penerangan keputusan penilaian	Pegawai Psikologi Klinikal	Pesakit dan atau ahli keluarga diterangkan berkenaan keputusan pengujian dan cadangan pelan rawatan	Borang penilaian yang telah di skor
7.	Perundingan bersama pasukan rehabilitasi	Pegawai Psikologi Klinikal	Mengenal pasti isu lain dan limitasi pesakit daripada pasukan rehabilitasi (jika ada)	

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/BORANG/ RUJUKAN
8.	Penilaian komprehensif	Pegawai Psikologi Klinikal	Melakukan penilaian komprehensif selepas enam bulan selepas strok (<i>post-stroke</i>)	Bahan penilaian: <i>stopwatch</i>
9.	Laporan penilaian	Pegawai Psikologi Klinikal	Mengeluarkan laporan dalam masa dua minggu	Laporan penilaian
10.	Hantar laporan penilaian	PPK	Penghantaran laporan penilaian	Buku terima laporan (despatch book)
11.	Pemakluman keputusan	Pegawai Psikologi Klinikal	Memaklumkan keputusan penilaian kepada ahli keluarga atau penjaga serta pesakit	Borang penilaian yang telah di skor Laporan penilaian penuh
12.	Intervensi	Pegawai Psikologi Klinikal	Menjalankan Intervensi terapi kognitif dan pengurusan tingkah laku abnormal (<i>jika perlu</i>)	
13.	Penamatan servis	Pegawai Psikologi Klinikal	Menamatkan perkhidmatan psikologi	

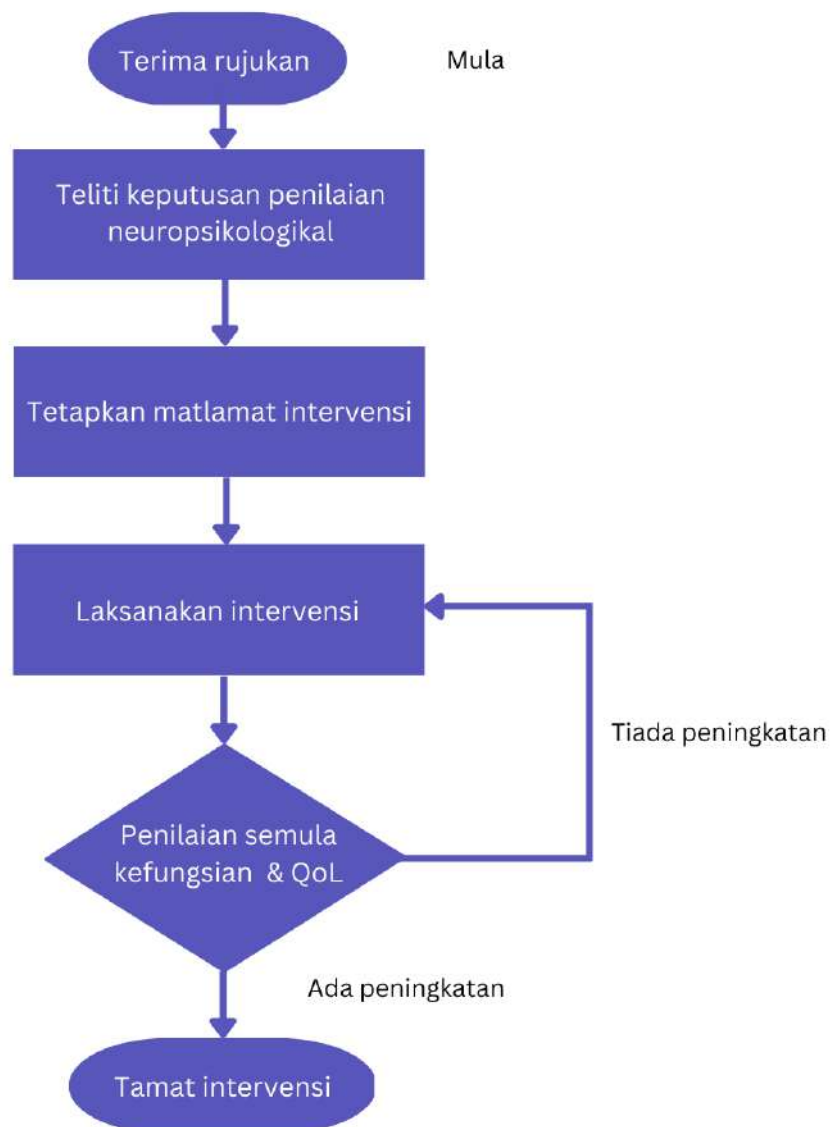
CARTA ALIR PENILAIAN EMOSI / MOOD



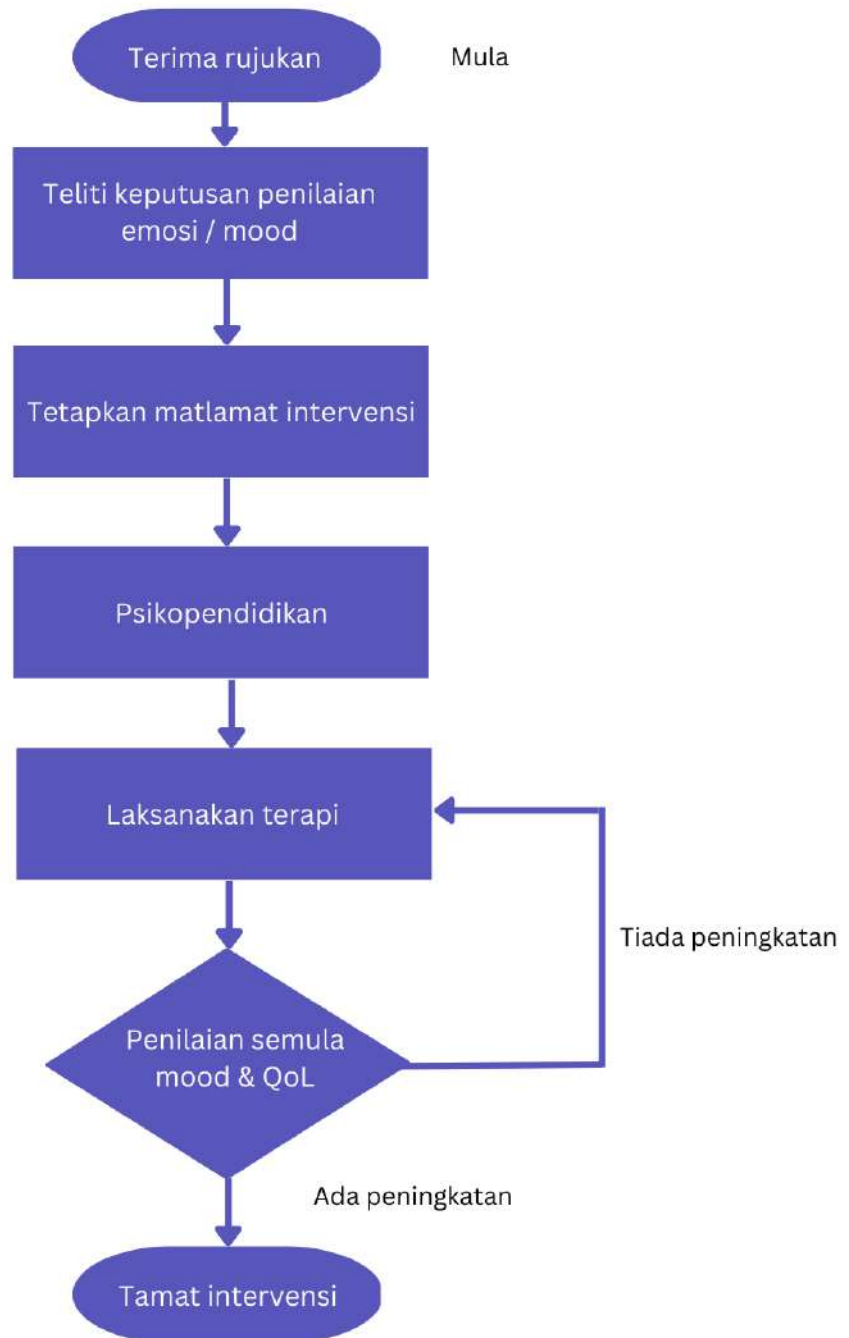
CARTA ALIR PENILAIAN TINGKAH LAKU BERMASALAH



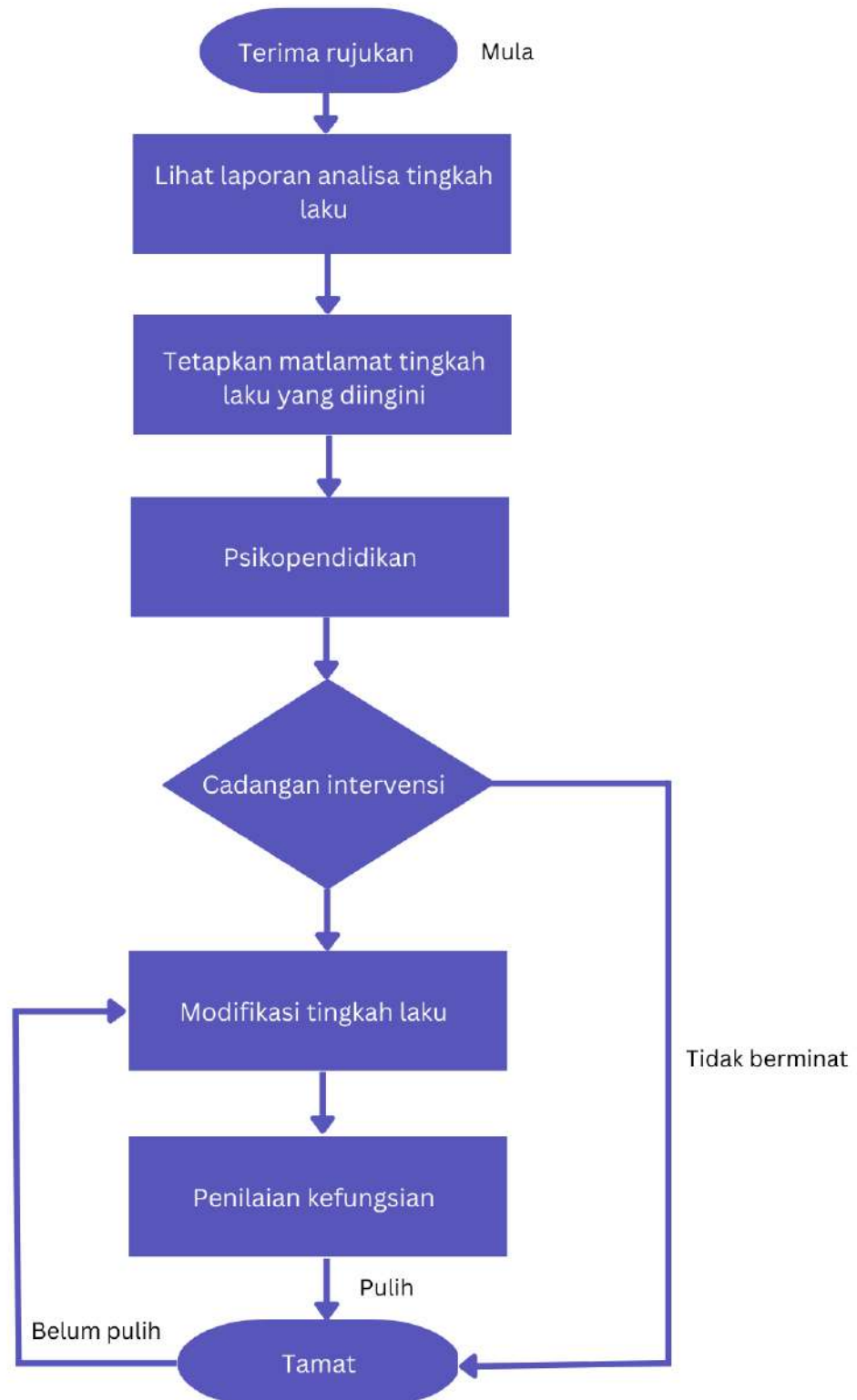
CARTA ALIR INTERVENSI REHABILITASI KOGNITIF



CARTA ALIR INTERVENSI EMOSI / MOOD



CARTA ALIR INTERVENSI TINGKAH LAKU BERMASALAH



PROSES KERJA INTERVENSI

BIL	PROSES KERJA	KATEGORI ANGGOTA	KETERANGAN AKTIVITI	PERALATAN/ BORANG/ RUJUKAN
1.	Terima rujukan	Nurse/JM	Daftar Pesakit dan beri tarikh temujanji	Buku Daftar (softcopy/hardcopy) <i>Referral Form</i>
2.	Temujanji	Pegawai Psikologi Klinikal	<i>Intake interview</i>	Borang <i>Neurobehavioral Intake</i> Borang Psikologikal <i>intake</i> Fail pesakit
3.	Penilaian keterukan masalah	Pegawai Psikologi Klinikal	Diagnosis (jika perlu)	Borang penilaian
4.	Pengumpulan data (pemerhatian kelakuan)	Pegawai Psikologi Klinikal	Pemerhatian kelakuan dan pengumpulan data	
5.	Penetapan matlamat intervensi	Pegawai Psikologi Klinikal	Menetapkan matlamat intervensi bersama pesakit atau ahli keluarga dan pesakit	
6.	Intervensi	Pegawai Psikologi Klinikal	Menjalankan sesi intervensi mengikut matlamat	
7.	Penilaian semula	Pegawai Psikologi Klinikal	Menilai semula tahap kesihatan mental pesakit selepas intervensi	Borang penilaian
8.	Tamat	Pegawai Psikologi Klinikal	Tutup kes selepas matlamat tercapai	

RUJUKAN

- Glamcevski, M. T., & Pierson, J. (2005). Prevalence of and Factors Associated with Poststroke Depression: A Malaysian Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 14(4), 157–161. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2005.03.006
- Lincoln B. Nadina, Kneebone I. Ian, Macniven A.B Jamie, Morris C. Reg (2012). Psychological Management of Stroke. Wiley Online Library. ISBN: 9781119961307
- Mohd Zulkifly, M. F., Ghazali, S. E., Che Din, N., & Subramaniam, P. (2016). The Influence of Demographic, Clinical, Psychological and Functional Determinants on Post-stroke Cognitive Impairment at Day Care Stroke Center, Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 23(2), 53–64.
- NHS. Psychological Care After Stroke Improving Stroke Services for people with Cognitive and Mood Disorders. NHS Improvement, PDF.
- Omar, O., Abdul Aziz, A. F., Ali, M. F., Ali Ja, S., & Eusof Izzudin, M. P. (2021). Caregiver Depression Among Home-Bound Stroke Patients in an Urban Community. *Cureus*, 13(9), e17948. <https://doi.org/10.7759/cureus.17948>
- Wan-Fei, Khaw & Hassan, Syed Tajuddin Syed & Lye, Munn sann & Ismail, Siti & Ibrahim, Faisal. (2017). Depression, anxiety and quality of life in stroke survivors and their family caregivers: A pilot study using an actor/partner interdependence model. *Electronic Physician*. 9. 4924-4933. doi:[10.19082/4924](https://doi.org/10.19082/4924)

KEPERLUAN ASAS

Pegawai Psikologi (Klinikal)

List of tests:

- Screening battery
- RBANS Update



Comprehensive tests:

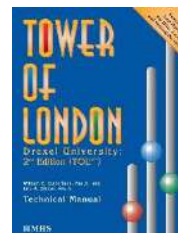
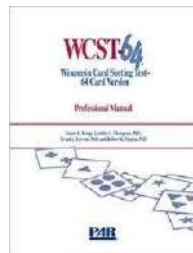
IQ

- WAIS-4
- CTONI



Cognitive:

- CTMT2
- ToLDx-2
- WSCT64



Memory:

- RCFT



Mood:
BSI-18



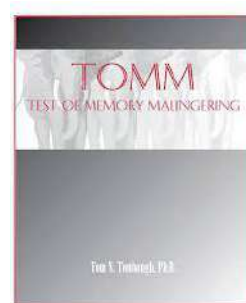
Pain:
BBHI2



Informant:
BRIEF-A
ABCL



Malingering:
- TOMM



SINGKATAN (ABBREVIATION)

ABCL: Adult Behavioral Checklist

BBHI-2: Brief Battery Health Improvement 2

BRIEF-A :Behavior Rating Inventory Evaluation for Adult

BSI-18: Brief Symptom Inventory 18

CTMT-2: Comprehensive Trail-Making Test Second Edition

CTONI: Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence Second Edition

GUSS: Gugging Swallowing Screen

IDR: Interdisciplinary Rounds

JPCK: Jurupulih Perubatan Cara Kerja

KMS: Kes Management System

MNT: Medical Nutrition Therapy

MUST: Mulnutrition Screening Tool

NG: Nasogastric

PPPCK: Pegawai Pemulihan Perubatan Cara Kerja

PPK: Pembantu Perawatan Kesihatan

POS: Prosedur Operasi Standard

PEG: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PPsi: Pegawai Psikologi (Kaunseling)

RBANS: Repeatable Battery for The Assessment of Neuropsychological Status Update

RCFTL: Ray Complex Figure Test

ToLDx-2: Tower of London DX Second Edition

TOMM: Test of Malingering Memory

SLT: Speech-Language Therapist

WAIS-4: Wechsler Adult Intelligence Scale Fourth Edition

WCST 64: Wisconsin Card Sorting Test 64



Kementerian Kesihatan Malaysia
Pejabat Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Aras 7, Blok E1, Parcel E, Presint 1
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590, Putrajaya