

PAHARI-STROKE: MODEL PEMBERDAYAAN RUMAH CAREGIVER UNTUK MEWUJUDKAN REHABILITASI PASCASTROKE BERKELANJUTAN DI DESA ANTASAN SENOR ILIR

Bernadetta Germia Aridamayanti^{1*}, Maulidya Septiany², Ihya Hazairin Noor³,
Muhammad Alif Bagus Kadhafi⁴, Shintani Maharati⁵

^{1,2,4,5}Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan,
Universitas Lambung Mangkurat

³Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan, Universitas Lambung Mangkurat

Email Korespondensi: bernadetta.aridamayanti@ulm.ac.id

Disubmit: 07 Juli 2026 Diterima: 01 Agustus 2026 Diterbitkan: 01 Oktober 2026
Doi: <https://doi.org/10.33024/jkpm.v9i10.26881>

ABSTRAK

Rehabilitasi pascastroke yang tidak berkelanjutan di tingkat keluarga menyebabkan tingginya risiko kecacatan, komplikasi, dan ketergantungan penyintas stroke. Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* menjadi salah satu kendala utama dalam pelaksanaan rehabilitasi berbasis rumah di Desa Antasan Senior Ilir. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* melalui implementasi Program PAHARI-STROKE sebagai model pemberdayaan Rumah *Caregiver* untuk mendukung rehabilitasi pascastroke yang berkelanjutan. Kegiatan menggunakan pendekatan partisipatif melalui penyuluhan, pelatihan, demonstrasi, simulasi, pendampingan, *home visit*, monitoring, dan evaluasi terhadap 30 peserta yang terdiri atas penyintas pascastroke, *caregiver* keluarga, kader PKK, dan kader Posyandu. Program dilaksanakan selama 10 kali pertemuan pada Juni-Juli 2026. Evaluasi dilakukan menggunakan *pre-test*, *post-test*, lembar observasi keterampilan, dan dianalisis secara deskriptif serta uji *paired t-test*. Rata-rata skor pengetahuan meningkat dari $58,40 \pm 9,82$ menjadi $87,60 \pm 5,94$ ($p < 0,001$). Keterampilan *caregiver* dalam melakukan rehabilitasi berbasis rumah juga meningkat pada seluruh indikator, termasuk latihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, pengelolaan diet, kepatuhan pengobatan, dan penggunaan aplikasi PAHARI-STROKE Mobile. Program juga menghasilkan pembentukan Rumah *Caregiver* sebagai pusat rehabilitasi berbasis komunitas. Program PAHARI-STROKE efektif meningkatkan kapasitas *caregiver* dan mendukung rehabilitasi pascastroke yang berkelanjutan melalui pemberdayaan masyarakat berbasis rumah.

Kata Kunci: *Caregiver*, Pemberdayaan Masyarakat, Rehabilitasi Pascastroke.

ABSTRACT

Inadequate continuity of post-stroke rehabilitation at the family level has contributed to an increased risk of disability, complications, and dependency among stroke survivors. Limited knowledge and skills of caregivers have remained a major barrier to the implementation of home-based rehabilitation in Antasan Senior Ilir Village. This community service program aimed to improve

caregivers' knowledge and skills through the implementation of the PAHARI-STROKE Program as a Caregiver House empowerment model to support sustainable post-stroke rehabilitation. A participatory approach was implemented through health education, training, demonstrations, simulations, mentoring, home visits, monitoring, and evaluation involving 30 participants consisting of stroke survivors, family caregivers, PKK cadres, and community health volunteers. The program was conducted over ten meetings from June to July 2026. Program effectiveness was evaluated using pre-test, post-test, and observational skill checklists. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test. The mean caregiver knowledge score increased from 58.40 ± 9.82 to 87.60 ± 5.94 ($p < 0.001$). Caregiver skills significantly improved in Range of Motion exercises, Activities of Daily Living, dietary management, medication adherence, and the utilization of the PAHARI-STROKE Mobile application. The program also established a Caregiver House as a community-based rehabilitation center. The PAHARI-STROKE Program effectively improved caregiver capacity and supported sustainable home-based post-stroke rehabilitation through community empowerment.

Keywords: Caregiver, Community Empowerment, Post-Stroke Rehabilitation.

1. PENDAHULUAN

Stroke masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di dunia karena menyebabkan kematian, disabilitas jangka panjang, serta penurunan kualitas hidup yang signifikan. Data *Global Burden of Disease* menunjukkan bahwa lebih dari 12 juta kasus baru stroke terjadi setiap tahun dengan sekitar 6,5 juta kematian secara global (World Health Organization (WHO), 2025b). Sebanyak 50-70% penyintas stroke mengalami keterbatasan fungsi motorik, gangguan aktivitas sehari-hari, penurunan fungsi kognitif, serta ketergantungan terhadap anggota keluarga dalam menjalankan kehidupan sehari-hari (Feigin, 2024). Kondisi tersebut mengakibatkan kebutuhan rehabilitasi jangka panjang semakin meningkat, sementara akses terhadap layanan rehabilitasi berkelanjutan masih belum merata, terutama pada masyarakat yang tinggal di wilayah pedesaan (World Health Organization (WHO), 2025a).

Indonesia juga menghadapi peningkatan beban penyakit stroke dari tahun ke tahun. Stroke merupakan salah satu penyebab utama kematian dan disabilitas yang berdampak terhadap produktivitas individu maupun beban ekonomi keluarga. Sebagian besar pelayanan kesehatan masih berorientasi pada penanganan fase akut di rumah sakit, sedangkan rehabilitasi pascastroke di tingkat rumah tangga belum berjalan secara optimal. Kondisi tersebut menyebabkan banyak penyintas stroke mengalami penurunan kemampuan fungsional akibat tidak memperoleh latihan rehabilitasi secara rutin setelah kembali ke rumah. Keadaan tersebut menunjukkan bahwa kesinambungan pelayanan antara fasilitas kesehatan dengan lingkungan keluarga masih memerlukan penguatan melalui pendekatan berbasis komunitas (Indonesia, 2023).

Kondisi serupa juga ditemukan di Provinsi Kalimantan Selatan, khususnya pada wilayah kerja Desa Antasan Senior Ilir, Kecamatan Martapura Timur, Kabupaten Banjar. Hasil studi pendahuluan menunjukkan terdapat 267 penyintas stroke yang telah melewati fase akut, tetapi belum memperoleh rehabilitasi pascastroke secara optimal di rumah. Sebanyak 70%

pasien menjalani perawatan tanpa rehabilitasi yang terstruktur (Pasambo et al., 2023). Sebanyak 80% *caregiver* keluarga belum memiliki pengetahuan maupun keterampilan yang memadai mengenai rehabilitasi pascastroke. Sebanyak 83% pasien menghentikan latihan fisik setelah pulang dari rumah sakit. Sebanyak 85% pasien masih mengonsumsi makanan tinggi natrium dan lemak yang berpotensi meningkatkan risiko kekambuhan. Sebanyak 67% pasien juga belum patuh terhadap pengobatan serta belum melakukan pemantauan tekanan darah maupun kadar gula darah secara teratur (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2025). Permasalahan tersebut menunjukkan bahwa keluarga masih mengalami keterbatasan dalam melaksanakan rehabilitasi secara mandiri sehingga pasien berisiko mengalami ketergantungan jangka panjang dan stroke berulang (Aandarini et al., 2024).

Permasalahan tersebut dipengaruhi oleh belum tersedianya sistem rehabilitasi pascastroke yang berkesinambungan di tingkat komunitas (Wulan et al., 2024). Pelayanan kesehatan primer masih berfokus pada pemantauan kondisi medis, sedangkan pendampingan rehabilitasi di rumah belum terorganisasi secara sistematis. Keluarga sebagai *caregiver* utama belum memperoleh pelatihan yang berkelanjutan mengenai latihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, pengelolaan diet pascastroke, kepatuhan pengobatan, maupun pemanfaatan teknologi kesehatan untuk pemantauan kondisi pasien. Desa juga belum memiliki wadah pemberdayaan yang mampu mengintegrasikan keluarga, kader kesehatan, pemerintah desa, dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendukung rehabilitasi pascastroke secara berkelanjutan (Agianto et al., 2024).

Pendekatan rehabilitasi berbasis keluarga dan komunitas menjadi salah satu strategi yang direkomendasikan untuk meningkatkan keberhasilan pemulihan pasien stroke. Keterlibatan keluarga terbukti mampu meningkatkan kepatuhan latihan rehabilitasi, memperbaiki kemampuan fungsional pasien, meningkatkan kepatuhan pengobatan, serta menurunkan risiko komplikasi dan kekambuhan. Pendekatan tersebut memerlukan suatu model pemberdayaan yang tidak hanya berorientasi pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga membangun keterampilan praktis, sistem pendampingan, serta keberlanjutan program di masyarakat (Agianto et al., 2025).

Program PAHARI-STROKE dikembangkan sebagai solusi terhadap berbagai permasalahan tersebut melalui model pemberdayaan berbasis rumah dan komunitas yang mengintegrasikan tiga pilar utama, yaitu gerakan, gizi, dan pengobatan. Pilar gerakan berfokus pada pendampingan rehabilitasi fisik melalui latihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, senam stroke, serta modifikasi lingkungan rumah. Pilar gizi menitikberatkan pada penerapan pola makan sehat berdasarkan prinsip *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)* dengan memanfaatkan pangan lokal lahan basah. Pilar pengobatan diarahkan pada peningkatan kepatuhan terapi melalui penggunaan aplikasi *PAHARI-STROKE Mobile* yang dilengkapi fitur pengingat obat, pencatatan tekanan darah, pencatatan kadar gula darah, edukasi kesehatan, serta komunikasi antara *caregiver*, kader kesehatan, dan puskesmas. Seluruh intervensi diperkuat melalui pembentukan Rumah *Caregiver* Stroke sebagai pusat rehabilitasi berbasis komunitas yang berfungsi sebagai wadah edukasi, pendampingan, monitoring, dan evaluasi secara berkelanjutan.

Kebaruan (*novelty*) program ini terletak pada pengembangan model pemberdayaan Rumah *Caregiver* yang mengintegrasikan rehabilitasi berbasis rumah, pemberdayaan kader PKK sebagai *caregiver* komunitas, teknologi *mobile health* melalui *PAHARI-STROKE Mobile*, serta pendekatan Keperawatan Medikal Bedah Holistik berbasis teori *Florence Nightingale*. Model tersebut tidak hanya meningkatkan kapasitas keluarga dalam memberikan rehabilitasi pascastroke secara mandiri, tetapi juga membangun sistem rehabilitasi komunitas yang berkelanjutan dan berpotensi direplikasi pada wilayah lain dengan karakteristik serupa.

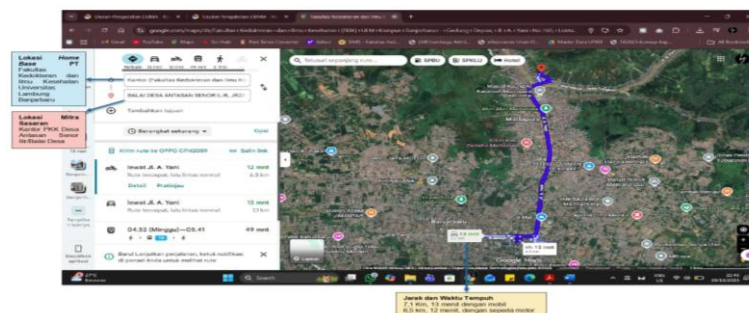
Pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan membentuk model pemberdayaan Rumah *Caregiver* melalui Program *PAHARI-STROKE* untuk meningkatkan kapasitas *caregiver*, memperkuat kemandirian rehabilitasi pascastroke, meningkatkan kepatuhan terhadap latihan gerak, pengelolaan gizi, dan pengobatan, serta mewujudkan sistem rehabilitasi pascastroke yang berkelanjutan di Desa Antasan Senor Ilir.

2. MASALAH DAN RUMUSAN PERTANYAAN

Desa Antasan Senor Ilir masih menghadapi permasalahan rehabilitasi pascastroke yang belum optimal di tingkat keluarga. Hasil studi pendahuluan menunjukkan terdapat 267 penyintas stroke, dengan 70% belum menjalani rehabilitasi secara terstruktur setelah pulang dari rumah sakit. Sebanyak 80% *caregiver* belum memiliki pengetahuan dan keterampilan rehabilitasi, 83% pasien menghentikan latihan fisik, 85% masih menerapkan pola makan yang tidak sesuai, dan 67% belum patuh terhadap pengobatan serta pemantauan kesehatan. Kondisi tersebut diperparah oleh belum adanya sistem rehabilitasi berbasis rumah dan komunitas yang berkelanjutan, sehingga diperlukan model pemberdayaan *caregiver* melalui Program *PAHARI-STROKE* untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mendukung rehabilitasi pascastroke.

Rumusan pertanyaan yang muncul adalah Bagaimana implementasi Model Pemberdayaan Rumah *Caregiver* melalui Program *PAHARI-STROKE* dalam mewujudkan rehabilitasi pascastroke yang berkelanjutan di Desa Antasan Senor Ilir?

Kegiatan pengabdian dilaksanakan di Desa Antasan Senor Ilir, Kecamatan Martapura Timur, Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan, dengan sasaran penyintas stroke, *caregiver* keluarga, kader PKK, kader Posyandu, dan masyarakat. Lokasi mitra berjarak sekitar 7,1 km dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat.

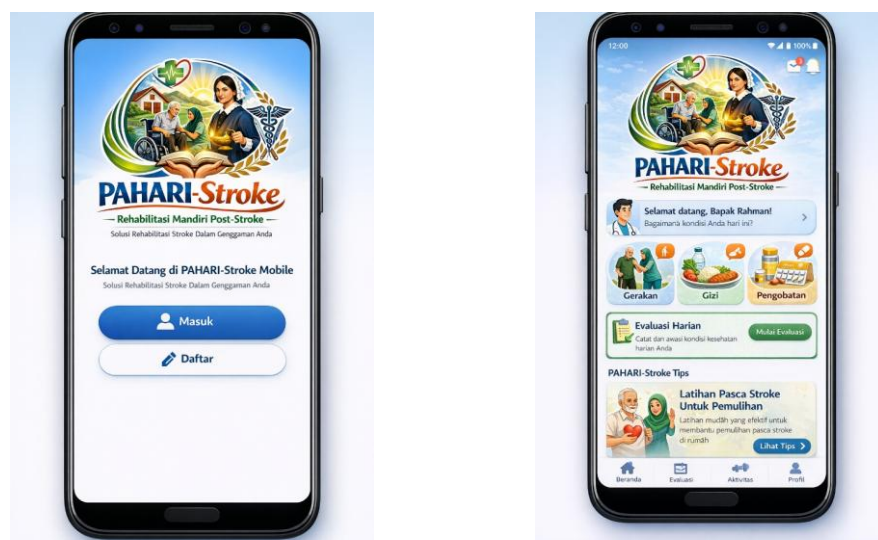


Gambar 1. Tangkapan Layar *Google Maps* yang Menggambarkan Jarak Perguruan Tinggi ke Lokasi Mitra

3. KAJIAN PUSTAKA

Stroke merupakan gangguan neurologis akibat terhambatnya aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan jaringan saraf sehingga menimbulkan gangguan motorik, sensorik, kognitif, serta penurunan kemampuan dalam melakukan *Activity of Daily Living*. Sebagian besar penyintas stroke mengalami disabilitas jangka panjang yang memerlukan rehabilitasi secara berkesinambungan untuk meningkatkan kemampuan fungsional, mencegah komplikasi, dan menurunkan risiko stroke berulang. Keberhasilan rehabilitasi tidak hanya bergantung pada pelayanan kesehatan, tetapi juga dipengaruhi oleh keterlibatan keluarga sebagai *caregiver* utama yang berperan dalam mendampingi latihan *Range of Motion*, mobilisasi, pemenuhan kebutuhan nutrisi, kepatuhan pengobatan, pemantauan kondisi kesehatan, serta dukungan psikososial. Pemberdayaan keluarga menjadi pendekatan yang efektif dalam membangun kemandirian rehabilitasi karena meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan partisipasi aktif masyarakat dalam mendukung proses pemulihan pasien. Konsep tersebut sejalan dengan teori lingkungan *Florence Nightingale* yang menekankan pentingnya lingkungan rumah yang aman, sehat, dan mendukung sebagai bagian integral dari proses penyembuhan.

Program PAHARI-STROKE (*Post-Stroke Home-based Assisted Rehabilitation Initiative*) dikembangkan sebagai model pemberdayaan Rumah *Caregiver* yang mengintegrasikan rehabilitasi berbasis rumah, keperawatan medikal bedah holistik, pemberdayaan masyarakat, dan pemanfaatan teknologi *mobile health*. Program dilaksanakan melalui sepuluh kali pendampingan yang mencakup edukasi, pelatihan keterampilan, *home visit*, monitoring, evaluasi, serta pembentukan Rumah *Caregiver* sebagai pusat rehabilitasi berbasis komunitas. Intervensi difokuskan pada tiga pilar utama, yaitu Gerakan melalui latihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, dan senam stroke; Gizi melalui penerapan pola makan sehat berdasarkan prinsip *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*; serta Pengobatan melalui peningkatan kepatuhan terapi dan penggunaan aplikasi PAHARI-STROKE *Mobile* sebagai media edukasi, pengingat obat, dan pemantauan kesehatan.



Gambar 2. Tampilan *Mockup* Halaman Depan dan Beranda PAHARI-Stroke *Mobile*

Program ini memiliki signifikansi dalam menjawab kesenjangan rehabilitasi pascastroke yang selama ini masih berpusat pada fasilitas pelayanan kesehatan dan belum berkelanjutan di lingkungan rumah. Kebaruan program terletak pada pengembangan model pemberdayaan Rumah *Caregiver* yang mengintegrasikan keluarga, kader kesehatan, teknologi *mobile health*, dan pendekatan keperawatan holistik dalam satu sistem rehabilitasi berbasis komunitas. Model ini tidak hanya meningkatkan kapasitas dan kemandirian *caregiver* dalam merawat penyintas stroke, tetapi juga memperkuat kolaborasi antara perguruan tinggi, pemerintah desa, puskesmas, dan masyarakat sehingga berpotensi menjadi model pemberdayaan yang berkelanjutan dan dapat direplikasi di wilayah lain dengan karakteristik serupa.

4. METODE

Kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat ini menggunakan pendekatan partisipatif dengan metode penyuluhan, pelatihan, demonstrasi, simulasi, praktik langsung, pendampingan, *home visit*, *monitoring*, dan evaluasi melalui implementasi Program PAHARI-STROKE. Kegiatan dilaksanakan selama 10 kali pertemuan setiap minggu pada tanggal 6-7 Juni, 13-14 Juni, 20-21 Juni, 27-28 Juni, serta 2-3 Juli 2026 pukul 08.30-12.00 WITA di Aula Balai Desa Antasan Senior Ilir, Halaman Balai Desa Antasan Senior Ilir, dan Posyandu Terpadu Desa Antasan Senior Ilir, Kecamatan Martapura Timur, Kabupaten Banjar. Sasaran kegiatan berjumlah 30 peserta yang terdiri atas penyintas pascastroke, *caregiver* keluarga, kader PKK, dan kader Posyandu.

Kriteria inklusi meliputi penyintas pascastroke yang telah melewati fase akut dan berada dalam kondisi medis stabil, berusia ≥ 18 tahun, memiliki *caregiver* keluarga yang mendampingi perawatan di rumah, bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan dengan menandatangani lembar persetujuan, serta mampu berkomunikasi secara verbal. Kader yang dilibatkan merupakan kader PKK dan kader Posyandu aktif yang mendapat rekomendasi dari pemerintah desa. Kriteria eksklusi meliputi penyintas stroke dengan kondisi akut, mengalami gangguan kesadaran, gangguan komunikasi berat (global aphasia), komplikasi medis yang menghambat pelaksanaan rehabilitasi, atau tidak mengikuti kegiatan hingga selesai.

Pelaksanaan kegiatan terdiri atas empat tahap. Tahap persiapan meliputi koordinasi dengan Pemerintah Desa Antasan Senior Ilir, Puskesmas Martapura Timur, dan mitra, identifikasi kebutuhan melalui studi pendahuluan, penyusunan materi edukasi, persiapan media pembelajaran, serta pengukuran awal (pre-test) pengetahuan dan keterampilan *caregiver*. Tahap pelaksanaan meliputi penyuluhan mengenai stroke dan rehabilitasi pascastroke, pelatihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, mobilisasi pasien, pencegahan komplikasi, pengelolaan gizi berdasarkan prinsip *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*, kepatuhan pengobatan, penggunaan aplikasi PAHARI-STROKE Mobile, praktik langsung, pendampingan, serta *home visit* untuk memastikan penerapan rehabilitasi di lingkungan rumah. Tahap evaluasi dilakukan melalui *post-test*, observasi keterampilan *caregiver* menggunakan lembar *checklist*, penilaian kepatuhan pelaksanaan rehabilitasi, serta evaluasi kepuasan peserta terhadap program. Tahap keberlanjutan diwujudkan melalui pembentukan Rumah *Caregiver*, pendampingan kader kesehatan, pemanfaatan aplikasi PAHARI-STROKE Mobile sebagai media edukasi dan pemantauan, serta penyusunan komitmen

bersama antara pemerintah desa, Puskesmas Martapura Timur, kader kesehatan, dan masyarakat untuk mempertahankan program rehabilitasi pascastroke secara berkelanjutan.

Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner karakteristik peserta, kuesioner pengetahuan caregiver mengenai rehabilitasi pascastroke, lembar observasi keterampilan rehabilitasi yang mencakup latihan *Range of Motion*, *Activity of Daily Living*, mobilisasi pasien, pengelolaan diet, dan kepatuhan pengobatan, serta lembar evaluasi kepuasan peserta. Seluruh instrumen digunakan pada pengukuran sebelum dan sesudah intervensi untuk menilai perubahan pengetahuan dan keterampilan peserta.

Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif dan inferensial. Karakteristik peserta disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, persentase, rerata, dan simpangan baku. Perbedaan skor pengetahuan dan keterampilan *caregiver* sebelum dan sesudah intervensi dianalisis menggunakan uji *paired t-test* apabila data berdistribusi normal atau uji *Wilcoxon Signed-Rank* apabila data tidak berdistribusi normal, dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Seluruh hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel dan narasi untuk menggambarkan efektivitas Program PAHARI-STROKE dalam meningkatkan kapasitas *caregiver* serta mendukung rehabilitasi pascastroke yang berkelanjutan di Desa Antasan Senor Ilir.

5. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

Program PAHARI-STROKE diimplementasikan selama sepuluh kali pertemuan dengan melibatkan 30 peserta yang terdiri atas penyintas pascastroke, *caregiver* keluarga, kader PKK, dan kader Posyandu di Desa Antasan Senor Ilir. Seluruh peserta mengikuti rangkaian kegiatan mulai dari pengukuran awal, edukasi, pelatihan keterampilan rehabilitasi, pendampingan melalui *home visit*, hingga evaluasi akhir. Tingkat kehadiran peserta mencapai 96,7%, menunjukkan partisipasi yang tinggi selama pelaksanaan program. Karakteristik responden yang mengikuti kegiatan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden Program PAHARI-STROKE

Karakteristik	n	%
Usia (tahun)		
26-45	6	20,0
46-59	11	36,7
≥60	13	43,3
Total	30	100
Jenis kelamin		
Laki-laki	8	26,7
Perempuan	22	73,3
Total	30	100
Status peserta		
<i>Caregiver</i> keluarga	18	60,0
Kader PKK	8	26,7
Kader Posyandu	4	13,3
Total	30	100

Karakteristik	n	%
Pendidikan terakhir		
SD	4	13,3
SMP	7	23,3
SMA	14	46,7
Perguruan Tinggi	5	16,7
Total	30	100

Berdasarkan Tabel 1, mayoritas responden merupakan perempuan (73,3%) dengan kelompok usia ≥ 60 tahun (43,3%). Sebagian besar peserta berperan sebagai *caregiver* keluarga (60,0%) dan memiliki tingkat pendidikan SMA (46,7%). Karakteristik tersebut menunjukkan bahwa rehabilitasi pascastroke di Desa Antasan Senor Ilir masih didominasi oleh pendampingan yang dilakukan oleh anggota keluarga, sehingga peningkatan kapasitas *caregiver* menjadi komponen penting dalam keberhasilan rehabilitasi berbasis rumah. Perubahan pengetahuan *caregiver* sebelum dan sesudah implementasi Program PAHARI-STROKE disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Perubahan Pengetahuan *Caregiver* Sebelum dan Sesudah Implementasi Program PAHARI-STROKE

Variabel	Sebelum (Mean $\pm$ SD)	Sesudah (Mean $\pm$ SD)	<i>p-value</i>
Pengetahuan rehabilitasi pascastroke	58,40 $\pm$ 9,82	87,60 $\pm$ 5,94	<0,001

Rata-rata skor pengetahuan *caregiver* meningkat dari 58,40 $\pm$ 9,82 menjadi 87,60 $\pm$ 5,94 setelah seluruh rangkaian intervensi selesai dilaksanakan. Hasil analisis menggunakan uji *paired t-test* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara nilai *pre-test* dan *post-test* ($p < 0,001$). Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa penyampaian materi melalui penyuluhan yang dipadukan dengan demonstrasi, simulasi, dan pendampingan secara langsung mampu meningkatkan pemahaman peserta mengenai rehabilitasi pascastroke secara komprehensif. Selain peningkatan pengetahuan, implementasi program juga memberikan perubahan terhadap keterampilan *caregiver* dalam melakukan rehabilitasi di lingkungan rumah sebagaimana disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Perubahan Keterampilan *Caregiver* Sebelum dan Sesudah Implementasi Program PAHARI-STROKE

Aspek Keterampilan	Sebelum		Sesudah		<i>p-value</i>
	n	%	n	%	
Melakukan latihan <i>Range of Motion</i>	11	36,7	28	93,3	<0,001
Membantu <i>Activity of Daily Living</i>	13	43,3	27	90	<0,001

Pengelolaan diet sesuai prinsip <i>DASH</i>	10	33,33	26	86,7	<0,001
Pemantauan kepatuhan pengobatan	14	46,7	29	96,7	<0,001
Penggunaan aplikasi <i>PAHARI-STROKE Mobile</i>	4	13,3	27	90	<0,001

Tabel 3 menunjukkan peningkatan pada seluruh aspek keterampilan rehabilitasi. Kemampuan melakukan latihan *Range of Motion* meningkat dari 36,7% menjadi 93,3%, sedangkan keterampilan membantu *Activity of Daily Living* meningkat dari 43,3% menjadi 90,0%. Peningkatan juga terlihat pada kemampuan menyusun diet sesuai prinsip *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*, pemantauan kepatuhan pengobatan, serta penggunaan aplikasi *PAHARI-STROKE Mobile*. Seluruh indikator menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p<0,001$), sehingga mengindikasikan bahwa metode pelatihan yang disertai praktik langsung, *home visit*, dan pendampingan intensif mampu meningkatkan kompetensi *caregiver* dalam mendukung rehabilitasi pascastroke secara mandiri.



Gambar 3. Evaluasi *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*

Keberhasilan program juga tercermin dari tingkat kepuasan peserta terhadap seluruh rangkaian kegiatan yang telah dilaksanakan. Hasil evaluasi kepuasan disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Tingkat Kepuasan Peserta terhadap Program *PAHARI-STROKE*

Tingkat Kepuasan	n	%
Sangat puas	24	80,0
Puas	6	20,0
Cukup puas	0	0
Tidak puas	0	0

Sebagian besar peserta menyatakan **sangat puas** (80,0%) terhadap pelaksanaan Program *PAHARI-STROKE*, sedangkan 20,0% menyatakan puas. Peserta menyampaikan bahwa kombinasi penyuluhan, praktik langsung, pendampingan melalui *home visit*, serta penggunaan aplikasi

PAHARI-STROKE Mobile memudahkan mereka dalam memahami dan menerapkan rehabilitasi pascastroke di lingkungan rumah.



Gambar 4. Tim Dosen PAHARI-STROKE

Program ini juga menghasilkan pembentukan **Rumah Caregiver** sebagai pusat edukasi dan pendampingan rehabilitasi berbasis komunitas yang didukung oleh pemerintah desa, Puskesmas Martapura Timur, kader kesehatan, dan masyarakat. Kolaborasi tersebut menjadi dasar keberlanjutan program sehingga keluarga tetap memperoleh pendampingan dalam menjalankan

b. Pembahasan

Implementasi Program **PAHARI-STROKE** menunjukkan bahwa pemberdayaan *caregiver* berbasis rumah merupakan strategi yang efektif dalam meningkatkan kapasitas keluarga untuk mendukung rehabilitasi pascastroke secara berkelanjutan. Tingginya partisipasi peserta selama sepuluh kali pertemuan menunjukkan bahwa masyarakat memiliki kebutuhan yang besar terhadap pendampingan rehabilitasi setelah pasien kembali ke rumah (Wulan et al., 2024). Kondisi tersebut sejalan dengan hasil studi pendahuluan yang menunjukkan bahwa sebagian besar penyintas stroke di Desa Antasan Senor Ilir belum menjalani rehabilitasi secara terstruktur akibat keterbatasan pengetahuan keluarga, akses pelayanan rehabilitasi, serta belum tersedianya sistem pendampingan berbasis komunitas. Pelaksanaan kegiatan secara bertahap melalui penyuluhan, pelatihan, demonstrasi, praktik langsung, dan *home visit* memberikan kesempatan kepada peserta untuk memahami sekaligus mempraktikkan keterampilan rehabilitasi sesuai kondisi pasien di rumah (Agustina et al., 2024).

Karakteristik responden menunjukkan bahwa mayoritas peserta merupakan perempuan yang berperan sebagai *caregiver* keluarga. Temuan tersebut menggambarkan bahwa tanggung jawab perawatan penyintas stroke di masyarakat masih didominasi oleh anggota keluarga, terutama istri dan anak perempuan. Kondisi tersebut sesuai dengan konsep *family-centered care* yang menempatkan keluarga sebagai mitra utama dalam proses perawatan pasien kronis (Triwijayanti et al., 2025). Keterlibatan keluarga dalam rehabilitasi pascastroke berpengaruh terhadap keberhasilan latihan fisik, kepatuhan pengobatan, pemenuhan

kebutuhan nutrisi, serta dukungan psikologis yang diterima pasien. Oleh karena itu, peningkatan kompetensi *caregiver* menjadi salah satu komponen penting dalam menurunkan risiko kecacatan dan meningkatkan kualitas hidup penyintas stroke (Fatmawati & Silmina, 2025).

Hasil pengabdian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan *caregiver* yang bermakna setelah mengikuti Program PAHARI-STROKE. Peningkatan tersebut terjadi karena proses pembelajaran tidak hanya dilakukan melalui penyampaian materi, tetapi juga dikombinasikan dengan demonstrasi, diskusi interaktif, simulasi, dan pendampingan secara langsung (Cahyani et al., 2023). Pendekatan tersebut memberikan pengalaman belajar yang lebih efektif dibandingkan penyuluhan konvensional karena peserta memperoleh kesempatan untuk bertanya, mencoba, dan memperbaiki teknik rehabilitasi secara langsung di bawah bimbingan tim pengabdian. Berdasarkan teori pembelajaran orang dewasa (*Adult Learning Theory*), pengetahuan akan lebih mudah dipahami apabila peserta terlibat aktif dalam proses pembelajaran dan memperoleh pengalaman langsung terhadap materi yang dipelajari. Hasil ini juga sejalan dengan berbagai penelitian yang melaporkan bahwa edukasi berbasis keluarga mampu meningkatkan literasi kesehatan, kepercayaan diri, dan kemampuan *caregiver* dalam merawat penyintas stroke di rumah (Langitan et al., 2025).

Selain meningkatkan pengetahuan, Program PAHARI-STROKE juga meningkatkan keterampilan *caregiver* dalam melakukan latihan *Range of Motion*, membantu *Activity of Daily Living*, menyusun pola makan sesuai prinsip *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*, memantau kepatuhan pengobatan, serta memanfaatkan aplikasi *PAHARI-STROKE Mobile*. Peningkatan keterampilan tersebut menunjukkan bahwa metode pelatihan berbasis praktik lebih efektif dibandingkan penyampaian teori semata (Matérne et al., 2025). Demonstrasi dan simulasi memungkinkan peserta mengembangkan keterampilan psikomotor, sedangkan *home visit* memberikan kesempatan kepada tim pengabdian untuk mengevaluasi implementasi rehabilitasi secara langsung sesuai kondisi rumah dan kemampuan pasien. Pendekatan tersebut sesuai dengan teori *Experiential Learning* yang menjelaskan bahwa keterampilan terbentuk melalui pengalaman nyata, refleksi, dan praktik berulang. Kemampuan *caregiver* dalam melakukan rehabilitasi secara mandiri diharapkan mampu mempertahankan kontinuitas latihan sehingga proses pemulihan pasien dapat berlangsung lebih optimal (Byrne, 2025).

Keunggulan lain dari Program PAHARI-STROKE terletak pada integrasi rehabilitasi berbasis rumah dengan pemanfaatan teknologi digital melalui aplikasi *PAHARI-STROKE Mobile*. Aplikasi tersebut berfungsi sebagai media edukasi, pengingat pengobatan, pencatatan latihan rehabilitasi, serta sarana komunikasi antara *caregiver* dan tenaga kesehatan (Agustin et al., 2025). Pemanfaatan *mobile health* memberikan kemudahan bagi keluarga dalam memperoleh informasi kesehatan secara berkelanjutan tanpa harus selalu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Simanullang et al., 2025). Pendekatan ini mendukung transformasi pelayanan kesehatan primer yang mengedepankan aksesibilitas, efisiensi, serta keterlibatan aktif masyarakat dalam pengelolaan penyakit kronis (Manga et al., 2024).

Pembentukan Rumah *Caregiver* menjadi salah satu luaran utama sekaligus kebaruan (*novelty*) program ini (Aridamayanti et al., 2023).

Berbeda dengan kegiatan pengabdian yang umumnya berakhir setelah penyuluhan atau pelatihan selesai, Program PAHARI-STROKE membangun wadah rehabilitasi berbasis komunitas yang melibatkan pemerintah desa, Puskesmas Martapura Timur, kader kesehatan, perguruan tinggi, serta keluarga penyintas stroke. Rumah *Caregiver* berfungsi sebagai pusat edukasi, konsultasi, pendampingan, dan monitoring rehabilitasi sehingga keluarga tetap memperoleh dukungan setelah kegiatan pengabdian berakhir. Model tersebut memperkuat keberlanjutan program sekaligus meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengelola rehabilitasi pascastroke.

Implementasi Program PAHARI-STROKE berhasil meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *caregiver*, memperkuat keterlibatan keluarga dalam rehabilitasi berbasis rumah, serta membangun sistem pendampingan yang berkelanjutan melalui Rumah *Caregiver* dan aplikasi *PAHARI-STROKE Mobile*. Integrasi antara pendekatan keperawatan komunitas, rehabilitasi berbasis rumah, pemberdayaan masyarakat, dan teknologi digital menjadi nilai tambah yang membedakan program ini dari model pengabdian masyarakat sebelumnya. Model tersebut memiliki potensi untuk direplikasi pada desa lain dengan karakteristik yang serupa sebagai upaya meningkatkan kualitas rehabilitasi pascastroke berbasis masyarakat sekaligus mendukung penguatan layanan kesehatan primer di Indonesia.

Program PAHARI-STROKE merupakan bagian dari implementasi Program Pendanaan Hibah BIMA (Basis Informasi Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat) yang didanai oleh Pemerintah Republik Indonesia melalui Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi melalui Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Riset, dan Teknologi, serta didukung oleh Universitas Lambung Mangkurat. Dukungan pendanaan dan kemitraan tersebut berkontribusi terhadap optimalisasi pelaksanaan program, penguatan kolaborasi lintas sektor, serta keberlanjutan model pemberdayaan *caregiver* dalam rehabilitasi pascastroke berbasis masyarakat.

6. KESIMPULAN

Program PAHARI-STROKE berhasil meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *caregiver* dalam melaksanakan rehabilitasi pascastroke berbasis rumah melalui penyuluhan, pelatihan, pendampingan, dan *home visit*. Implementasi program juga menghasilkan pembentukan Rumah *Caregiver* sebagai pusat rehabilitasi berbasis komunitas yang didukung oleh pemerintah desa, Puskesmas, dan kader kesehatan. Model pemberdayaan ini berpotensi menjadi strategi yang efektif dan berkelanjutan dalam meningkatkan kemandirian keluarga serta mendukung kualitas rehabilitasi pascastroke di masyarakat.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Aandarini, D., Susaldi, S., & Suryadi, B. (2024). *Response time with successful handling on call patient stroke*. 15(2), 130-137. <https://doi.org/10.22219/jk.v15i02.33977>
- Agianto, A., Aridamayanti, B. G., Setiawan, H., Irawan, A., Wibowo, D., Silarat, M., & Zaki, M. A. B. A. (2024). Clinical Learning for Students with the Caregiver Empowerment Program Based-on Adaptation Model (CEP- BAM) in Improving the Quality of Life and Family Ability in Helping the Adaptation of Stroke Patient Training. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 9(2), 30-38. <https://doi.org/10.24990/injec.v9i2.630>
- Agianto, Aridamayanti, B. G., Firdausi, R., Septiany, M., & Hasibuan, N. A. (2025). Perawatan Stroke di Komunitas. In *Nuansa Fajar Cemerlang*.
- Agustin, T. N., Melizza, N., Ika, A., Rohmah, N., Freeska, O., & Marta, D. (2025). *Optimising the FAST program for stroke prevention in rural communities : a literature review*. 21(1), 11-21.
- Agustina, R., Agustina, S. M., & Fariska, S. (2024). *Pemberdayaan Kader dalam Pertolongan Pertama Stroke dengan Deteksi Dini FAST (Face, Arm, Speech, Time) Pada Agregat Dewasa di Desa Pelem*. 03(04), 1234-1239.
- Aridamayanti, B. G., Septiany, M., Agianto, A., & Diani, N. (2023). Prevention of Hypertension and Diabetes Mellitus Based on Health Education in the Community of Sungai Rangas Village, West Martapura. *Jurnal Mandala Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 261-267. <https://doi.org/10.35311/jmpm.v4i1.231>
- Byrne, S. (2025). *The Role of a Stroke Specialist Nurse in Early Supported Discharge and Secondary Prevention in the Community . A Scoping Review*. 1-11. <https://doi.org/10.1002/nop2.70358>
- Cahyani, G., Rumahorbo, H., & Sudirman, S. (2023). *Youtube-based stroke care education development and its effectiveness on the levels of compliance with physical rehabilitation in post-stroke patients*. 18. <https://doi.org/10.26714/mki.6.3.2023.234-243>
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. (2025). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan 2025*.
- Fatmawati, V., & Silmina, E. P. (2025). *Model pemberdayaan pasca stroke dalam mengelola nyeri dan kaku dengan exercise Post-stroke empowerment model in managing pain and stiffness with exercise*. 3, 1458-1465.
- Feigin, V. L. (2024). Global , regional , and national burden of stroke and its risk factors , 1990 - 2021 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurology*, 23, 973-1003. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7)
- Indonesia, K. K. R. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia*.
- Langitan, R. E., Rantesigi, N., & Palu, P. K. (2025). *Empowering community health cadres to drive early stroke risk detection in Sedoa, Poso*. 10(9), 1924-1935.
- Manga, H. B., Haliru, L., Ahmed, K., Ige, S., Musa, H., Schlundt, D. G., Varughese, T., Tabari, A. M., Debaun, M. R., & Baumann, A. A. (2024). Barriers and facilitators to a task - shifted stroke prevention program for children with sickle cell anemia in a community hospital: a qualitative study. *Implementation Science Communications*, 1-17.

<https://doi.org/10.1186/s43058-023-00534-z>

- Matérne, M., Lindvall, M. A., Appelros, P., Eriksson, O., & Jarl, G. (2025). Post - stroke fatigue: The role of comorbidities and its impact on quality of life. *BMC Neurology*. <https://doi.org/10.1186/s12883-025-04143-2>
- Pasambo, Y., Karundeng, Y., Bobaya, J., Desyani, N. L. J., Sarimin, D. S., & Alam, S. (2023). Peningkatan Kapasitas Masyarakat Dalam Deteksi Dini Stroke Menggunakan “Metode Fast” Pada Masyarakat Dengan Risiko Tinggi Stroke. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN)*, 4(4), 3220-3226.
- Simanullang, M. S. D., Aridamayanti, B. G., Rustandi, H., Rumbo, H., & Yaman, I. (2025). *Edukasi Kesehatan untuk Pencegahan Stroke Pada Dewasa Muda* (Vol. 8, Issue 2). Optimal untuk Negeri.
- Triwijayanti, R., Husna, H. P., Zahra, N. A., Noliawati, H., Dwi, D., & Hati, L. (2025). *Kader Tanggap Stroke: Edukasi Berbasis Teknologi sebagai Strategi Deteksi Dini dan Manajemen Risiko*. 7, 154-161.
- World Health Organization (WHO). (2025a). *Data and Framework for the care of acute coronary syndrome and stroke*.
- World Health Organization (WHO). (2025b). *Integrating stroke services in health-care systems: A practical approach*.
- Wulan, D. R., Huzaifah, Z., Banjarmasin, M., & Artikel, I. (2024). Pengaruh penyuluhan kesehatan metode befast terhadap peningkatan pengetahuan deteksi dini tanda gejala stroke. 5(2), 105-110.