

Nama : Aisyah Ramadhania  
NIM : 1810301107

Kelompok 6B5

## UNPRAK SSP

### A. STROKE

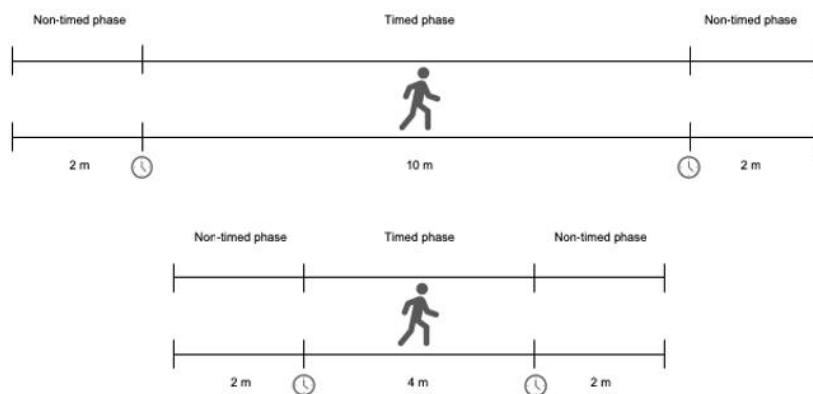
Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sering ini adalah kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler

#### I. Pengukuran Fungsional

- Barthel Index, Functional Independence Measures, Modified Ranking Scale dan Community Integration Questionnaire untuk evaluasi ADL ( activity daily living ) dari pasien.
- Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) untuk evaluasi Quality of Life dari pasien

#### II. Pemeriksaan Spesifik

- Postural Control diukur dengan Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS)
- Gait diukur dengan 6 Menit Walk Test atau 10 Meter Walk Test



- Upper limb function diukur dengan Wolf Motor Function Test
- Muscle strength diukur dengan Oxford Scale atau Grip Strength

### III. Intervensi

Program Latihan dilakukan selama 30 sesi ( 6 hari perminggu selama 5 minggu ) selama satu jam 30 menit per harinya

- Proprioceptive Neuromuscular Facilitation ( PNF ) dilakukan dengan 10 repetisi tiap sesinya dan rest time disesuaikan dengan kemampuan pasien
- Gait training dengan aproksimasi diberikan pada posisi hip stance phase selama 15 menit

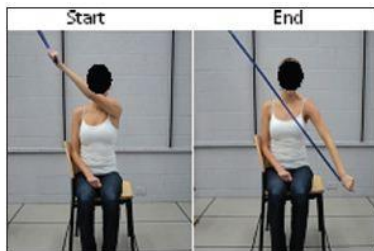


Figure 3. D1 Extension with Elastic Resistance.

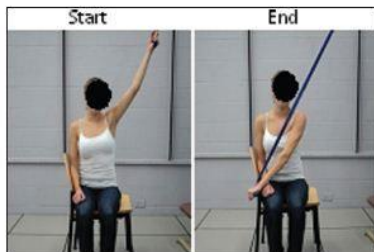


Figure 4. D2 Extension with Elastic Resistance.



Figure 15-26 Lower-trunk pattern moving into flexion to the left. Starting position.



Figure 15-27 Lower-trunk pattern moving into flexion to the left. Terminal position.



Figure 15-28 Lower-trunk pattern moving into extension to the left. Starting position.



Figure 15-29 Lower-trunk pattern moving into extension to the left. Terminal position.

## B. VERTIGO

Vertigo bukan merupakan suatu penyakit, tetapi merupakan kumpulan gejala atau sindrom yang terjadi akibat gangguan keseimbangan pada sistem vestibular ataupun gangguan pada sistem saraf pusat. Selain itu, vertigo dapat pula terjadi akibat gangguan pada alat keseimbangan tubuh yang terdiri dari reseptor pada visual (retina), vestibulum (kanalis semisirkularis) dan proprioseptif (tendon, sendi dan sensibilitas dalam).

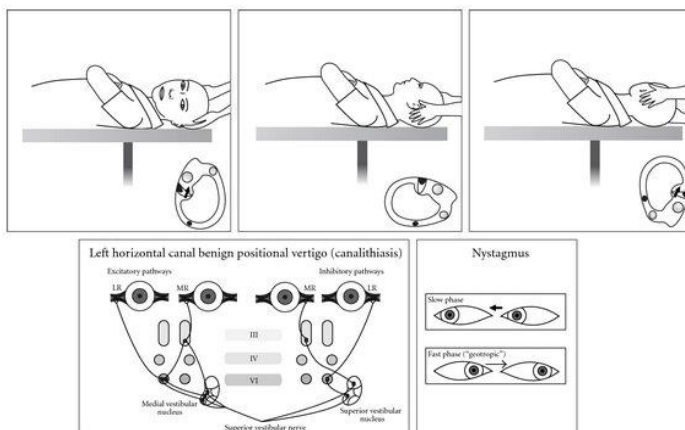
Salah satu penyebab paling umum dari vertigo adalah Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). BPPV merupakan suatu kondisi terjadinya gangguan dari sistem perifer vestibular, ketika pasien merasakan sensasi pusing berputar dan berpindah yang berhubungan dengan nistagmus ketika posisi kepala berubah terhadap gaya gravitasi dan disertai gejala mual, muntah dan keringat dingin.

### I. Pemeriksaan Keseimbangan

- Romberg Test
- Fukuda Stepping test

### II. Pemeriksaan Spesifik

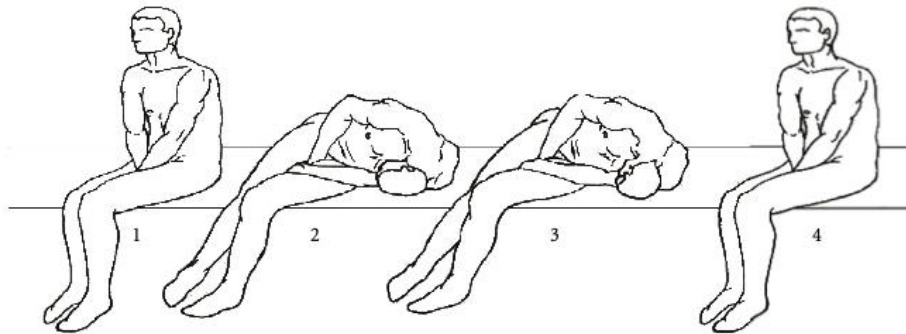
- Horizontal Roll Test
  - Pasien dalam posisi supin. Fisioterapi mem-fleksikan cervical 20-30 derajat.
  - Pemeriksa dengan cepat memutar kepala ke kanan sekitar 45 derajat. Tahan selama 30 detik atau sampai nistagmus dan/atau gejala lain mereda
  - Perlahan kembalikan kepala pasien ke garis tengah.
  - Selanjutnya, putar kepala pasien dengan cepat ke kiri kira-kira 45 derajat. Tahan selama 30 detik atau sampai nistagmus dan/atau gejala lain mereda.
  - Perlahan kembalikan kepala pasien ke garis tengah.
  - Tes positif untuk nistagmus dari keluhan simptomatik lainnya selama tes. Pasien mungkin positif di kedua sisi. Jika ini terjadi, sisi yang memiliki gejala lebih parah dianggap sebagai sisi yang terkena.



### III. Intervensi

- Gufoni manoeuvre

1. Pasien duduk tegak di atas bed.
2. Pasien dimiringkan pada satu sisi, dengan gerakan lateral torso
3. Kepala pasien diputar 45° ke bawah dan dipertahankan dalam posisi ini selama 2-3 menit.
4. Pasien dikembalikan ke posisi duduk.



- Lempert manoeuvre

1. Pasien berbaring terlentang di meja pemeriksaan, bagian yang tidak sehat mengarah ke bawah ( telinga )
2. Putar kepala dengan cepat 90 derajat ke arah sisi yang tidak terpengaruh menghadap ke atas
3. Tunggu 15-20 detik
4. Putar kepala 90 derajat sehingga telinga yang sakit terangkat
5. Minta pasien melipat tangan ke dada, gulingkan pasien ke tengkurap
6. Minta pasien menghadap ke samping saat Anda memutar kepalanya 90 derajat (kembali ke posisi semula, telinga yang terkena ke bawah)
7. Ubah posisi pasien sehingga mereka menghadap ke atas ke posisi duduk

