



Penatalaksanaan pada Perempuan 47 Tahun Penderita Vertigo melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Puteri Sahra Salsabila¹, Suharmanto²

^{1,2}Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Puteri Sahra Salsabila, alamat Jl. Onta Gang Onta Baru, e-mail

puterisalsabila45@gmail.com

Received : 2 Januari 2025

Accepted : 20 Mei 2025

Published : 20 Juni 2025

ABSTRAK

Latar Belakang: Vertigo didefinisikan sebagai gangguan kesadaran postural dan dapat berupa perasaan berputar pada diri sendiri atau lingkungan sekitar. Menurut WHO, vertigo sering terjadi pada usia 18-79 tahun dengan prevalensi global sebesar 7,4% serta kejadian per tahunnya mencapai 1,4%. **Tujuan:** Menerapkan pelayanan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dengan mengidentifikasi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *Evidence Based Medicine* dengan pendekatan *patient centered* dan *family approach*. **Metode:** Studi ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan kunjungan rumah. Data sekunder didapat dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif. **Hasil:** Pasien Ny. D, 47 tahun, memiliki aspek risiko internal berupa kurangnya pengetahuan mengenai penyakit vertigo, pola tidur yang tidak teratur, pola pengobatan yang kuratif, beban kerja dan stres. Aspek risiko eksternal pasien yaitu pengetahuan keluarga yang kurang tentang vertigo, pola pengobatan keluarga yang kuratif, dan persepsi yang salah mengenai vertigo. **Kesimpulan:** Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan dan gejala klinis vertigo pada pasien, peningkatan pengetahuan pasien mengenai vertigo, dan perubahan pola pengobatan pasien.

Kata Kunci: Pelayanan Dokter Keluarga, Penatalaksanaan Holistik, Vertigo

Management Of A 47 Years Old Woman with Vertigo through A Family Medicine Approach

ABSTRACT

Background: Vertigo is defined as a disturbance of postural awareness and can include a feeling of spinning around oneself or the surrounding environment. According to WHO, vertigo often occurs at the age of 18-79 years with a global prevalence of 7.4% and an annual incidence of 1.4%. **Aim:** To implement holistic and comprehensive family doctor services by identifying risk factors, clinical problems, and patient management based on Evidence Based Medicine using a patient centered and family approach. **Method:** This study is a case report. Primary data is obtained through history taking, physical examination, supporting examinations and home visits. Secondary data was obtained from patient medical records. The assessment is carried out based on a holistic diagnosis of the beginning, process and end of the study quantitatively and qualitatively. **Results:** Patient Mrs. D, 47 years old, has internal risk aspects in the form of lack of knowledge about vertigo, irregular sleep patterns, curative treatment patterns, workload and stress. The patient's external risk aspects include insufficient family knowledge about vertigo, curative family treatment patterns, and wrong perceptions about vertigo. **Conclusion:** After the intervention, there was improvement in the patient's clinical symptoms of vertigo, increased patient knowledge about vertigo, and changes in the patient's treatment patterns.

Keywords: Family Doctor Services, Holistic Management, Vertigo

DOI :

PENDAHULUAN

Vertigo pada wanita dua hingga tiga kali lebih umum daripada vertigo pada pria, namun kedua jenis kelamin dapat mengalaminya. Depresi dan penyakit

kardiovaskular termasuk di antara banyak gangguan yang terjadi bersamaan yang dikaitkan dengannya. Prevalensinya meningkat seiring bertambahnya usia dan berubah sesuai dengan kondisi medis yang

mendasarinya. Studi populasi umum telah menunjukkan bahwa 1,4% orang mengalami vertigo setiap tahun, dengan prevalensi sekitar 5% hanya dalam satu tahun. Insiden sakit kepala tahunan, termasuk vertigo, berkisar antara 15% hingga lebih dari 20% di antara orang-orang.¹ Pada tahun 2018, 50% penduduk Indonesia berusia 40–50 tahun melaporkan vertigo, dan pada tahun 2017, vertigo menduduki peringkat ketiga di antara keluhan pasien yang paling umum ketika menemui dokter umum, setelah sakit kepala dan stroke.²

Organisasi Kesehatan Dunia melaporkan bahwa 1,4% dari populasi mengalami vertigo setiap tahun, dan kondisi ini paling umum terjadi pada usia 18 hingga 79 tahun. Di antara penduduk Indonesia yang berusia 40–50 tahun, vertigo menempati peringkat ketiga pada tahun 2018 dalam hal kunjungan ke rumah sakit, setelah sakit kepala dan stroke, yang menunjukkan bahwa kondisi ini masih cukup umum. Meskipun 15% dari populasi mengalami vertigo, hanya 4-7% yang mencari pertolongan medis.³

Vertigo menyerang 6,5% dari populasi dan menjadi lebih umum seiring bertambahnya usia; wanita merupakan sekitar 65% dari pasien, dan prevalensi keseluruhannya antara 20% dan 30%. Timbulnya dan durasi vertigo dapat berkisar dari beberapa saat hingga beberapa hari atau bahkan beberapa minggu. 4 Data epidemiologi vertigo di Indonesia masih kurang. Karena banyak orang yang menghubungi dokter dengan keluhan vertigo, vertigo dianggap sebagai salah satu dari "lima besar" gangguan dengan prevalensi tinggi.⁵

Pusing dan sensasi bahwa sekelilingnya berputar, bergerak, atau melayang merupakan gejala vertigo. Orang dengan gangguan ini sering kali mengalami kesulitan menjaga keseimbangan, sehingga

bahkan melakukan tugas-tugas dasar seperti berdiri atau berjalan pun menjadi tantangan. Selain itu, mereka yang mengalami kondisi ini juga dapat merasakan sakit kepala, vertigo, mual, dan muntah.³

Gangguan kesadaran postural, yang dapat bermanifestasi sebagai sensasi berputar di dalam atau di luar tubuh, adalah apa yang oleh para profesional medis disebut vertigo atau pusing. Pasien dari segala usia dan dengan tingkat keparahan yang berbeda-beda dapat mengalami pusing atau kehilangan kesadaran postural. Vertigo, presinkop/pusing, ketidakseimbangan, dan pusing psikogenik adalah empat sindrom vertigo klasik.⁷

Faktor risiko vertigo: "(1) Berusia di atas 50 tahun; (2) Berjenis kelamin wanita; (3) Mengalami cedera kepala; (4) Menderita kondisi yang memengaruhi telinga atau keseimbangan tubuh; (5) Pernah mengalami vertigo; (6) Memiliki keluarga dengan riwayat vertigo; (7) Mengalami stres berat; (8) Mengonsumsi obat-obatan tertentu, terutama obat antidepresan atau antipsikotik; (9) Mengonsumsi minuman beralkohol."³ Kemungkinan timbulnya neuronitis vestibular, labirinitis, migrain, penyakit Meniere, operasi telinga bagian dalam, dan bertambahnya usia merupakan penyebab umum.⁸

TUJUAN PENULISAN

Identifikasi faktor risiko, masalah klinis, dan manajemen pasien melalui penggunaan strategi yang berpusat pada pasien, berorientasi keluarga, dan berorientasi pada komunitas; penerapan layanan dokter keluarga yang holistik dan lengkap berdasarkan pengobatan berbasis bukti.

ILUSTRASI KASUS

Pasien Ny.D usia 47 tahun, datang ke Puskesmas Satelit pada tanggal 16 Mei 2024 karena keluhan nyeri kepala berputar sejak satu minggu lalu. Keluhan kepala terasa berputar disertai oleh mual. Pasien juga mengatakan bahwa ini pertama kalinya ia merasakan hal seperti ini.

Pusing berputar dirasakan muncul mendadak dengan frekuensi yang hilang timbul. Pasien mengaku bahwa keluhan dirasakan setelah memiliki kebiasaan tidur yang kurang baik. Pasien sering begadang dan terbangun pada malam hari karena memiliki anak balita yang masih rewel. Saat sedang muncul, pusing dirasakan pada seluruh kepala yang dirasakan terus-menerus disertai rasa mual. Keluhan pusing berputar diperberat ketika pasien berubah posisi terutama saat hendak duduk dari posisi tidur maupun sebaliknya. Keluhan dirasakan mereda saat pasien memejamkan mata dan beristirahat.

Keluhan seperti melayang, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, demam, dan riwayat trauma kepala leher disangkal oleh pasien. Pusing berputar masih dirasakan pasien hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada awalnya pasien mencoba mengonsumsi Paracetamol, tetapi rasa nyeri berputar tersebut tidak kunjung hilang.

Aktivitas pasien sehari-hari adalah ibu rumah tangga dan penjual kue. Namun, pasien hanya menjual kue jika ada yang memesan saja. Pasien kurang aktif mengikuti kegiatan dengan masyarakat sekitar.

Pola makan pasien yaitu 1-2 kali dalam sehari. Pasien mengatakan bahwa ia jarang makan karena tidak begitu menyukai makanan. Dalam satu kali makan, terdapat nasi, lauk, sayur atau buah. Sumber karbohidrat berasal dari nasi, protein hewani ikan dan ayam, protein nabatai tahu dan tempe. Pasien

jarang mengonsumsi sayur dan sering mengonsumsi buah pepaya. Pasien tidak mengonsumsi alkohol, rokok dan kopi. Pasien mengonsumsi teh.

Keluhan serupa sering dirasakan oleh adik Ny. D yang juga berjenis kelamin perempuan. Riwayat hipertensi, diabetes melitu, dan riwayat penyakit keturunan lainnya disangkal. Pasien rutin mengikuti kegiatan senam yang dilaksanakan satu minggu sekali.

Perilaku berobat dalam keluarga masih bersifat kuratif dimana memeriksakan diri ke layanan kesehatan apabila terdapat keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari dimana tidak membaik dengan istirahat dan meminum obat warung. Jarak dari rumah ke puskesmas yaitu 1-5 kilometer yang biasa ditempuh oleh pasien menggunakan transportasi pribadi.

Pasien khawatir penyakitnya memburuk dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien juga menganggap bahwa jika sakit kepala yang ia rasakan dibiarkan terus-menerus dapat mendatangkan komplikasi di kemudian hari.

METODE

Data primer untuk studi laporan kasus ini berasal dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan rumah untuk melengkapi catatan keluarga, psikologis, dan lingkungan. Catatan medis pasien berfungsi sebagai sumber informasi sekunder. Evaluasi diagnostik komprehensif berdasarkan data kualitatif dan kuantitatif yang dikumpulkan di awal, tengah, dan akhir penelitian.

HASIL

Keluhan Utama

Nyeri kepala dan terasa berputar sejak 1 minggu terakhir serta mual.

Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital pasien adalah sebagai berikut: suhu 36,7 derajat Celsius, denyut nadi 85 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, berat badan 50 kilogram, tinggi badan 155 cm, indeks massa tubuh 20,81 kg/m², dan panjang sumbu tungkai 24 cm. Pasien digambarkan dalam kondisi agak tidak sehat secara keseluruhan.

Status Generalis

Pada mata tidak terdapat konjungtiva anemis dan tidak terdapat sklera ikterik. Hidung, telinga dan tenggorokan dalam batas normal. Tidak ditemukan pembesaran KGB leher dan tiroid. Pada regio thorax, cor dalam batas normal, pulmo retraksi (-), vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-). Ekstremitas dalam batas normal.

Status Lokalis

Dilakukan pemeriksaan neurologis, yaitu

Status Neurologis

- a. Nervus kranialis : dalam batas normal
- b. Sensorik : dalam batas normal
- c. Keseimbangan :
 1. Uji provokasi Dix Hallpike : positif
 2. Tes nistagmus : (+/+) horizontal
 3. Uji Romberg : Normal
 4. Uji Romberg dipertajam : hampir terjatuh ke sisi kanan
 5. Tandem Gait : dapat berjalan tandem namun terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus
- d. Refleks motorik :
 - Reflek Fisiologis: Reflek bisep, trisep, patella, dan Achilles didapatkan normorefleks.
 - Reflek Patologis: Reflek Babinsky, Chaddock, Gordon,

Gonda, Schaefer, Oopenheim, dan Hoffman-tromner didapatkan hasil negatif, kesan dalam batas normal.”

Pemeriksaan Penunjang

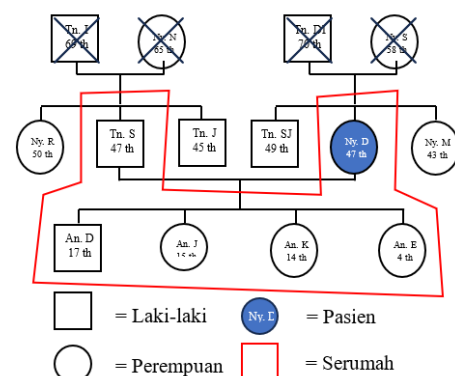
Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Data Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Kedua orang tua pasien telah meninggal. Pasien memiliki 1 anak aki-aki dan 3 anak perempuan (An. D), (An. J), (An. K), dan (An.E). Saat ini pasien tinggal bersama suaminya (Tn. D) dan keempat anaknya.

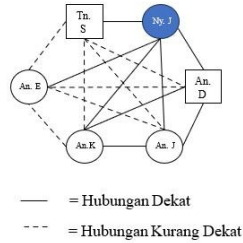
Komunikasi keluarga berjalan efektif, pemecahan masalah dilakukan melalui percakapan keluarga, dan keputusan dibuat oleh menantu pasien yang bertindak sebagai kepala keluarga. Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dan pedagang kue. Pendapatan keluarga diperoleh dari hasil wirausaha sekitar ± Rp. 2.500.000. Pendapatan per bulan dialokasikan untuk menghidupi keluarga besar pasien. Semua anggota keluarga memiliki asuransi kesehatan melalui BPJS Kesehatan. Pendekatan keluarga terhadap terapi medis bersifat terapeutik. Jarak rumah ke Puskesmas Satelit ± 4,4 km dengan naik motor.

Genogram



Gambar 1. Genogram keluarga Ny.D

Family Mapping



Gambar 2. Family Mapping Keluarga Ny.D

Family APGAR Score

Fungsi keluarga dari Ny. D dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 1. Family APGAR Keluarga Ny. D

APGAR	Skor
<p><i>Adaptation</i> Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan</p>	2
<p><i>Partnership</i> Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya</p>	2
<p><i>Growth</i> Saya merasa puas karena keluarga menerima dan mendukung keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya</p>	1
<p><i>Growth</i> Saya merasa puas karena keluarga</p>	1

menerima dan mendukung keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya

Affection Saya merasa 2 puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta

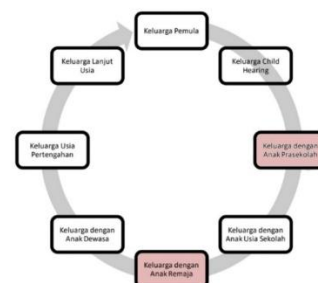
Resolve Saya merasa 1 puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama"

Total	8
--------------	----------

Total family APGAR score 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik)

Family Life Cycle

Siklus hidup keluarga Duvall membuat keluarga Mrs. D berada dalam fase di mana mereka memiliki anak-anak di usia remaja dan prasekolah..



Gambar 3. Family Life Cycle Keluarga Ny. D pada 16 Mei 2024

Family Screem

Family Screen merupakan alat yang ampuh untuk menentukan dampak keluarga terhadap pemecahan masalah dan perubahan perilaku terkait kesehatan. Berikut ini adalah family screen yang dimiliki oleh Ibu D:

Tabel 2. *Family Screem* Keluarga Ny. D

Ketika Seseorang di dalam keluarga ada yang sakit	S	S	TS	STS
S1 "Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami	✓			
S2 Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami	✓			
C1 Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		✓		
C2 Budaya menolong, peduli dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita	✓			
R1 Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami	✓			
R2 Tokoh agama yang kami anut sangat		✓		

E1	Tabungan keluarga kami cukup untuk kebutuhan kami	✓
E2	Penghasilan keluarga kami mencukupi kebutuhan kami	✓
E' 1	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk memahami informasi tentang penyakit	✓
E' 2	Pengetahuan dan pendidikan kami cukup bagi kami untuk merawat penyakit anggota keluarga	✓
M 1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	✓
M 2	Dokter, perawat dan/petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami."	✓
Total		29

Total *Family SCREEM* score 29 (fungsi keluarga adekuat)

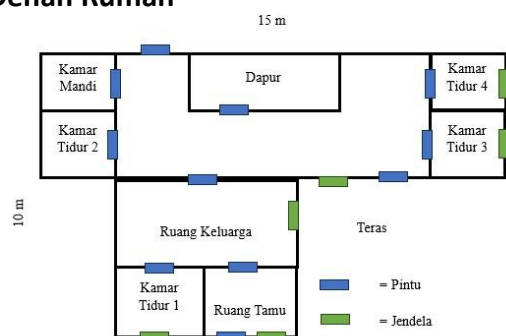
DATA LINGKUNGAN RUMAH

Ada enam orang yang tinggal di rumah pribadi permanen pasien: orang tuanya, suaminya (Tn. S), dan keempat anak mereka (An. D), (An. J), (An. K), dan

(An. E). Tempat tinggal tersebut terletak sekitar 4,4 km dari pusat kesehatan. Rumah-rumah yang berdekatan dengan tempat tinggal pasien cukup berdekatan.

Rumah Pasien tinggal di rumah satu lantai yang berukuran 15x10 m². Ada empat kamar tidur, satu kamar mandi, ruang tamu, dapur, dan garasi di tempat tinggal pasien. Tempat tinggal pasien memiliki lantai keramik, dinding yang terbuat dari beton dengan lapisan semen dan cat, dan langit-langit yang terbuat dari ubin. Tepat di sebelah ruang tamu adalah tempat kamar tidur pasien berada. Ketiga kamar tidur berventilasi baik dan memiliki jendela. Ada pencahayaan dan sirkulasi udara yang memadai di rumah. Pasien menggunakan kendi isi ulang untuk kebutuhan minum mereka. Ada tingkat perawatan dan kebersihan yang terlihat di sekitar rumah. Sumber listrik sudah tersedia di rumah. PDAM merupakan sumber air. Limbahnya dialirkan ke tangki septik.

Denah Rumah



Gambar 4. Denah Rumah Keluarga Ny.D

DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL

1. Aspek Personal

- "Alasan kedatangan: pasien datang karena ingin berobat dengan keluhan nyeri kepala berputar disertai mual.
- Kekhawatiran: Pasien khawatir penyakitnya memburuk dan mengganggu aktivitas sehari-hari.
- Persepsi: Pasien menganggap

bahwa jika sakit kepala yang ia rasakan dibiarkan terus-menerus dapat mendatangkan komplikasi di kemudian hari.

- Harapan: Harapan pasien terhadap penyakitnya agar keluhan pasien membaik."

2. Aspek Klinik

- Benign paroxysmal vertigo, unspecified ear (ICD 10-H81.1; ICPC-2: N17).

3. Aspek Risiko Internal

- Pasien berjenis kelamin perempuan.
- Pasien memiliki pola tidur yang kurang sesuai.
- Pola pengobatan yang kuratif.
- Beban pikiran dan fisik saat pesanan kue banyak.
- Pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang diderita (definisi, penyebab, pentingnya penerapan pengobatan di rumah, faktor risiko, pencegahan kekambuhan).

4. Aspek Risiko Eksternal

- "Psikososial keluarga: keluarga kurang memahami penyakit yang diderita pasien.
- Pola pengobatan keluarga yang kuratif
- Persepsi lingkungan sekitar mengenai penyakit vertigo merupakan penyakit akibat kelelahan dan berkaitan dengan lambung."

5. Derajat Fungsional

Kemampuan untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga ringan dan tugas-tugas perawatan diri baik di dalam maupun di luar rumah merupakan kebutuhan untuk tingkat fungsional 2 (dua), tetapi tingkat aktivitas mulai menurun dibandingkan dengan tingkat sebelum sakit.

RENCANA INTERVENSI

Berdasarkan kondisi pasien, diberikan terapi farmakologis dan non-farmakologis. Tujuan terapi farmakologis adalah meningkatkan kualitas hidup pasien, yang bekerja dengan mengurangi keluhan dan mencegah timbulnya masalah. Pasien dan keluarga dapat memperoleh manfaat dari terapi non-farmakologis untuk vertigo melalui edukasi dan konseling.

Tabel 3. Target Terapi Berdasarkan Diagnostik Holistik Awal

Diagnostik Holistik	Terapi
"Vertigo	Hilangnya keluhan vertigo
Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialaminya	Pasien dapat memahami dan lebih peduli terhadap penyakit yang diderita serta disiplin dalam pola hidupnya"

Patient Centered

Non Farmakologi:

- "Edukasi mengenai penyakit yang diderita meliputi definisi, penyebab, faktor risiko, upaya pengobatan dan pencegahan kekambuhan vertigo
- Edukasi mengenai hal yang dapat dilakukan untuk mencegah vertigo
- Edukasi cara dan pentingnya melakukan latihan vestibular dengan metode Brandt Daroff.
- Edukasi kepada pasien mengenai indikasi, kontraindikasi, komplikasi dan tatalaksana yang sesuai selama proses manuver berlangsung.
- Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai faktor-faktor

yang dapat membuat keluhan berulang

- Edukasi kepada pasien untuk kontrol teratur ke fasilitas kesehatan untuk mengidentifikasi faktor risiko kekambuhan.
- Edukasi kepada keluarga pangenai dukungan dan membantu pekerjaan sehari-hari pasien."

Farmakologi :

- Betahistine Mesylate 6mg 3x1

Family Focus

- "Menjelaskan penjelasan kepada keluarga mengenai penyakit, pencetus, gejala, pengobatan dan pencegahan komplikasi penyakit yang diderita pasien.
- Menjelaskan dan meminta bantuan anggota keluarga untuk memantau dan membantu latihan keseimbangan yang akan dilakukan pasien untuk mengurangi keluhan vertigo.
- Edukasi kepada keluarga mengenai indikasi, kontraindikasi, komplikasi dan tatalaksana yang sesuai selama proses manuver berlangsung.
- Edukasi kepada keluarga mengenai pencetus penyakit pasien dan perlunya dukungan serta motivasi keluarga.
- Edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya kontrol teratur ke fasilitas kesehatan terdekat agar penyakit pasien dapat terkontrol dan mengurangi timbulnya komplikasi."

Community Oriented

- Mendidik pasien secara pribadi dan menyebarkan informasi melalui poster cetak tentang vertigo adalah

salah satu cara untuk mewujudkan perubahan ini.

2. Memotivasi masyarakat agar mau melakukan tes kesehatan dini ke fasilitas kesehatan terdekat.

DIAGNOSIS HOLISTIK AKHIR

1) Aspek Personal

- Alasan kedatangan: keluhan pasien terkait pusing berputar dan mual sudah membaik
- Kekhawatiran : Pasien sudah tidak khawatir penyakitnya memburuk dan mengganggu aktivitas sehari-hari.
- Persepsi: Pasien menganggap bahwa jika sakit kepala yang ia rasakan sekarang dibiarkan terus-menerus dapat mendatangkan komplikasi di kemudian hari sehingga pasien sudah mengetahui cara untuk mengurangi keluhan.
- Harapan: Harapan pasien terhadap penyakitnya agar tidak terjadi kekambuhan.

2) Aspek Klinik

- *Benign Paroxysmal Positional Vertigo* (ICD-X: H81.1; ICPC 2: N17)

3) Aspek Risiko Internal

- "Pasien sudah mengetahui bahwa perempuan lebih berisiko terkena vertigo.
- Pasien sudah mengetahui bahwa pola tidur yang tidak teratur dapat memicu terjadinya vertigo.
- Pasien mengetahui pentingnya kontrol rutin dan konsultasi kepada dokter dan sudah mau untuk merutinkan hal tersebut.
- Pasien sudah mengetahui bahwa stress dan kelelahan dapat memicu dan memperburuk vertigo.
- Pengetahuan pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko,

gejala, cara pengobatan, dan komplikasi dari penyakit yang dideritanya sudah meningkat"

4) Aspek Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga pasien mengenai definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, cara pengobatan, dan komplikasi dari penyakit yang diderita pasien sudah meningkat.
- Keluarga pasien sudah mulai menerapkan pola pengobatan preventif.
- Keluarga pasien sudah memahami bahwa vertigo memiliki banyak faktor pencetus.

5) Derajat Fungsional

Pasien dapat beraktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit sehingga derajat fungsionalnya adalah 1 (satu).

PEMBAHASAN

Studi kasus dilakukan pada Ny. D, seorang wanita berusia 47 tahun yang menderita vertigo. Aspek biologis, psikologis, dan sosial pasien semuanya dipertimbangkan. Pasien dan orang-orang yang mereka cintai adalah fokus utama dari pembinaan ini. Hal ini dilakukan karena dalam hal penanganan penyakit pasien, bukan hanya pasien dan penyedia layanan kesehatan yang berperan; keluarga pasien juga memainkan peran penting, berkat pengetahuan dan dukungan mereka. Studi kasus ini berfokus pada seorang pasien wanita berusia 47 tahun yang datang ke Pusat Kesehatan Satelit dengan keluhan mual dan pusing. Keluhan pusing berputar dirasakan pasien kepala berputar sejak satu minggu lalu. Keluhan kepala terasa berputar disertai oleh mual. Pusing berputar dirasakan muncul mendadak dengan frekuensi yang hilang timbul. Saat sedang muncul, pusing dirasakan pada

seluruh kepala yang dirasakan terus-menerus disertai rasa mual. Keluhan pusing berputar diperberat ketika pasien berubah posisi terutama saat hendak duduk dari posisi tidur maupun sebaliknya. Keluhan dirasakan mereda saat pasien memejamkan mata dan beristirahat. Pasien juga mengatakan bahwa ini pertama kalinya ia merasakan hal seperti ini. Pusing berputar dirasakan muncul mendadak dengan frekuensi yang hilang timbul.

Keluhan seperti melayang, gangguan pendengaran, demam, dan riwayat trauma kepala leher disangkal oleh pasien. Pusing berputar masih dirasakan pasien hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Pada awalnya pasien mencoba mengonsumsi Paracetamol, tetapi rasa nyeri berputar tersebut tidak kunjung hilang.

Kondisi umum ditentukan oleh hasil pemeriksaan fisik: tampaknya dalam keadaan cukup sakit; simtomatologi meliputi: suhu 36,7 derajat Celsius, tekanan darah 110 lebih dari 70 milimeter merkuri, denyut nadi 85 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, berat badan 50 kilogram, dan tinggi badan 155 sentimeter. Indeks massa tubuh normal, pada 20,81 kg/m². Nistagmus horizontal positif terdeteksi selama penilaian manuver Dix Hallpike. Dengan mata tertutup, pasien condong ke kanan, menurut uji tajam Romberg. Meskipun sedikit pergeseran postur dan gaya berjalan tidak rata, pasien mampu berjalan tandem tanpa jatuh, menurut uji gaya berjalan Tendem. Pasien mungkin didiagnosis dengan BPPV, atau vertigo perifer, berdasarkan temuan riwayat dan pemeriksaan fisik. Sensasi pusing atau pergeseran dalam bidang visual internal atau eksternal seseorang dikenal sebagai vertigo.⁹ Diagnosis vertigo dapat dilakukan dengan menggunakan riwayat lengkap, pemeriksaan fisik, dan tes lain yang

mungkin diperlukan. Gejala vertigo meliputi perasaan berat yang dimulai dengan perubahan posisi kepala dan berlanjut selama beberapa detik (10-30 detik), serta gejala lain seperti mual, muntah, keringat dingin, dan sensasi berputar.¹⁰ Berdasarkan anamnesis yang didapatkan dari pasien, hal ini sesuai, yaitu didapatkan keluhan pusing berputar dan diikuti oleh mual.

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis vertigo yaitu berupa pemeriksaan neurologis seperti pemeriksaan motorik, sensorik, nervus kranialis, dan pemeriksaan keseimbangan. Pada pemeriksaan motorik dapat ditemukan adanya hemiparesis, pada pemeriksaan sensorik dapat ditemukan adanya hemihipestesi, dan pada pemeriksaan nervus kranialis dapat ditemukan adanya gangguan pada nervus III, IV, VI, V sensorik, VII, VIII, IX, X, XI, dan XII. Pemeriksaan fisik pada pasien BPPV biasanya biasa-biasa saja. Manuver Dix-Hallpike adalah satu-satunya uji klinis standar yang memiliki signifikansi klinis besar pada BPPV. Tanda patognomonik BPPV adalah nistagmus berputar dengan latensi dan durasi singkat. Namun, hasil tes negatif tidak berarti apa-apa kecuali tidak ada canalithiasis aktif pada saat tes dilakukan.

Pasien segera dipindahkan dari posisi duduk ke posisi berbaring sambil memutar kepala 45 derajat ke kanan sebagai bagian dari teknik Dix-Hallpike. Dua puluh hingga tiga puluh detik kemudian, pasien dikembalikan ke posisi duduk. Jika tidak ada nistagmus, sisi kiri mengalami proses yang sama.⁸

Pasien yang mengalami vertigo dapat menunjukkan nistagmus sebagai bagian dari evaluasi keseimbangan mereka; ketika kondisi tersebut disebabkan oleh vertigo sentral, nistagmus akan berorientasi horizontal. Dengan menggunakan tes

Romberg, gangguan serebelum mungkin terjadi jika pasien jatuh saat berdiri dengan kedua kaki rapat dan mata terbuka; gangguan sistem vestibular atau proprioseptif mungkin terjadi jika pasien tidak jatuh saat mata tertutup tetapi cenderung jatuh ke satu sisi; Tes Romberg yang disempurnakan: gangguan serebelum kemungkinan besar terjadi jika pasien jatuh saat berdiri dengan kedua mata terbuka, sedangkan gangguan sistem vestibular atau proprioseptif lebih mungkin terjadi jika pasien lebih suka jatuh ke satu sisi; Jika pasien memiliki kondisi vestibular, mereka akan berjalan dengan deviasi, dan jika pasien dengan gangguan serebelum, mereka tidak akan dapat berjalan bersamaan dan akan meluncur ke satu sisi. tes penunjuk sebelumnya: ketika pasien dengan gangguan vestibular menutup mata mereka, jari-jari mereka akan mengarah ke lesi; Ketika penderita penyakit serebelum mengalami hipermetri atau hipometri, jari-jarinya akan tetap lurus.⁹

Pada pasien ini tidak ditemukan adanya kelainan pada pemeriksaan motorik, sensorik, dan nervus kranialis, akan tetapi pada pemeriksaan keseimbangan dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami kelainan vertigo vestibular.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi etiologi dari vertigo yaitu “pemeriksaan foto rontgen cranium, cervical, CT scan, arteriografi, *magnetic resonance imaging* (MRI), elektromiografi (EMG), elektroensefalografi (EEG), dan *brainstem auditory evoked potential* (BAEP).”⁹ Puskesmas tidak mempunyai sumber daya untuk melakukan pemeriksaan terhadap pasien ini.

Berdasarkan hasil anamnesis holistik juga didapatkan bahwa pola pengobatan pasien dan keluarga masih bersifat kuratif

yaitu pasien hanya datang ketika memiliki keluhan saja. Pasien dan keluarga pasien mengaku dirinya dan keluarga belum mengetahui riwayat vertigo dan mereka belum mengetahui bahwa penyakit vertigo yang diderita pasien bisa mengalami kekambuhan sehingga harus mengetahui hal-ha yang dapat mrmicu terjadinya kekambuhan pada pasien.

Pasien juga hanya mengetahui bahwa keluhan pusing berputar yang dialaminya muncul akibat kelelahan dan akan sembuh sendirinya dengan istirahat tanpa latihan. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa tidak mengetahui definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, dan komplikasi yang dapat timbul dari penyakit tersebut.

Pasien ini menerima pelatihan kedokteran keluarga selama tiga kali pertemuan. Pada tanggal 23 Mei 2024, kunjungan awal dilakukan. Setelah pertemuan awal, pasien dan keluarganya diperkenalkan. Tujuan dan maksud pertemuan kemudian didiskusikan. Selanjutnya, pemeriksaan medis menyeluruh dan anamnesis dilakukan. Peta keluarga, faktor biologis dan psikososial, ekonomi, fungsi perilaku kesehatan, dan infrastruktur serta layanan kesehatan semuanya merupakan bagian dari amnesis komprehensif. Setelah mengumpulkan semua informasi yang diperlukan, inventaris komprehensif masalah pasien dan keluarganya disusun, termasuk aspek-aspek di tingkat pribadi, klinis, internal, eksternal, dan fungsional. Inventaris ini kemudian digunakan untuk menginformasikan proses pengambilan keputusan mengenai intervensi yang akan diberikan.

Berdasarkan dari hasil kunjungan pertama, pasien mengatakan bahwa ia belum pernah terkena vertigo. Pasien mengakui memiliki kebiasaan tidur yang kurang baik serta manajemen stres yang

kurang baik. Pasien kerap kali kelelahan apabila sedang mendapatkan pesanan kue dan dengan tetap harus mengimbangi dengan pekerjaan rumah. Pasien juga memiliki kebiasaan makan 1-2 kali sehari.

Selanjutnya, pada tanggal 1 Juni 2024, pada sesi kedua, dilakukan intervensi setelah kesulitan pasien dan faktor-faktor yang memengaruhinya diidentifikasi. Dua jenis intervensi diberikan: obat dan non-obat. Intervensi ini didahului dengan anamnesis dan penilaian fisik menyeluruh. Untuk mengukur keakraban pasien dengan vertigo dan gejala, tanda, faktor risiko, dan potensi komplikasinya, mereka diberikan serangkaian pertanyaan pra-tes untuk diselesaikan setelah pemeriksaan. Kami akan membandingkan skor tes pra-dan pasca-intervensi untuk menetapkan dasar pengukuran keberhasilan intervensi dalam meningkatkan pengetahuan pasien. Skor 50 pada pra-tes menunjukkan bahwa pasien masih belum mengetahui sifat kondisi vertigonya. Terapi non-farmasi meliputi penggunaan poster yang menjelaskan vertigo dan penyebabnya, gejala, faktor risiko, dan potensi komplikasi serta pendekatan Brandt Daroff. Setelah penjelasan, pasien akan menerima konseling tentang cara mengelola penyakitnya melalui aktivitas fisik dan pola tidur yang tepat. Keluarga pasien juga akan mendapat edukasi mengenai pentingnya deteksi dini penyakit di fasilitas kesehatan serta cara berperan serta dalam menjaga pola makan dan aktivitas fisik pasien.

Pada pasien ini juga diberikan edukasi mengenai pentingnya dan cara melakukan latihan vestibular dengan metode *Brandt-Daroff* untuk menangani keluhan vertigo pasien. Beberapa studi menyatakan bahwa *Brandt-Daroff exercise* ini secara signifikan efektif dalam mengurangi keluhan serta tingkat kekambuhan pada pasien vertigo dan

memiliki efektivitas yang sama dengan *exercise Manuver Epley*. Pasien diajarkan metode *Brant Daroff* dikarenakan pada metode ini pasien tidak perlu dibantu oleh penolong.

Saat ini, manuver yang paling banyak digunakan untuk pengobatan BPPV kanal posterior adalah prosedur reposisi kanalit manuver Epley. Pada kasus yang resisten dan/atau kasus dengan dugaan cupulolithiasis, manuver pembebasan Semont dapat digunakan. Tujuan utama dari manuver ini adalah untuk mengangkut partikel keluar dari saluran menuju utrikulus dengan penyelesaian gejala secara instan. Di sisi lain, protokol terapi fisik vestibular seperti latihan Brandt-Daroff didasarkan pada prinsip kompensasi sentral atau karakteristik resolusi spontan BPPV dan dapat dilakukan di rumah¹¹.

Meskipun penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yang kontroversial untuk latihan di rumah Brandt-Daroff, penelitian ini dapat diberikan sebagai pilihan pengobatan utama untuk pasien yang tidak dapat melakukan manuver reposisi kanalit (misalnya, masalah serviks atau stenosis karotis). Selain itu, latihan di rumah Brandt-Daroff diterapkan pada pasien dengan BPPV, sehingga pasien dapat dirawat di rumah sendiri¹¹.

Tatalaksana medikamentosa untuk menangani keluhan vertigo pada pasien ini yaitu dengan pemberian Betahistine Mesylate 3x6 mg. Betahistine Mesylate adalah analog histamin yang bekerja sebagai agonis dan antagonis pada reseptor histamin H1 dan H3. Secara khusus, betahistine membantu pemulihan masalah vestibular dengan bekerja pada jaringan saraf sistem saraf pusat.¹²

Pada tanggal 7 Juni 2024, kunjungan ketiga dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi. Tujuan evaluasi adalah untuk menentukan apakah intervensi berhasil mencapai hasil yang

diinginkan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa status klinis pasien berubah, karena pasien tidak lagi memiliki gejala pusing dan mual. Tekanan darah (120/80 mm Hg), denyut nadi (70 kali per menit), laju pernapasan (18 kali per menit), dan suhu (36,8 derajat Celsius) semuanya diukur sebagai bagian dari pemeriksaan fisik evaluasi ini. Dengan membandingkan penilaian mereka sebelum dan sesudah perawatan, kita dapat mengamati bahwa pasien dan orang yang mereka cintai memiliki pemahaman yang kuat tentang definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, dan bahaya vertigo.

Pasien juga sudah mulai melakukan modifikasi gaya hidup dengan mengatur jadwal tidur dan menghindari stres dan kelelahan yang terlalu berlebihan. Pasien juga mengaku sudah melakukan latihan vestibular dengan metode *brandt-daroff* untuk menghilangkan keluhan vertigo yang dialaminya.

Pasien menyebutkan bahwa tingkat kecemasannya menurun seiring dengan pemahamannya yang lebih baik tentang kondisinya. Mengetahui bahwa gejala vertigonya, termasuk pusing, dapat dikurangi dengan penggunaan latihan vestibular berdasarkan pendekatan Brandt-Daroff juga mengubah perspektif pasien terhadap kondisinya.

Tabel 4. Hasil Evaluasi

Variebel	Pre Intervensi	Post Intervensi	Δ
Keluhan vertigo	Pasien mengeluhkan pusing berputar disertai mual.	Keluhan pusing berputar, mual sudah tidak dirasakan	Hilangnya keluhan vertigo

		an pasien	
Pengetahuan			
- Ny. D	50	90	↑ 40 poin
- Tn. S	60	80	↑ 30 poin
Aktivitas fisik			
Pasien jarang melakukan aktivitas fisik	Pasien rutin melakukan aktivitas fisik	Pasien rutin melakukan aktivitas fisik	Pasien rutin melakukan aktivitas fisik
selama kurang lebih 30 menit sebanyak 2-3 kali dalam seminggu			
Pola pengobatan	Pasien hanya melakukan pengobatan ketika terdapat keluhan	Pasien rutin melakukan kontrol walaupun tidak ada keluhan	Pola pengobatan bersifat preventif

KESIMPULAN

1. Pasien Ny. D 47 tahun, memiliki faktor risiko internal yaitu pola pengobatan yang kuratif, pengetahuan yang kurang tentang penyakit yang diderita (definisi, penyebab, pentingnya penerapan pengobatan di rumah, faktor risiko, pencegahan kekambuhan).

2. Variabel eksternal yang membahayakan pasien meliputi Faktor psikososial dalam keluarga meliputi: kurangnya keakraban keluarga dengan penyakit pasien; kecenderungan keluarga untuk memperlakukan vertigo sebagai sakit perut; dan pandangan masyarakat terhadap vertigo sebagai penyakit yang disebabkan oleh kelelahan.
3. Pasien diberikan informasi tentang vertigo melalui penggunaan media poster.
4. Dengan mengikuti pendekatan pengobatan holistik dan lengkap dari dokter keluarga, pasien dan keluarga mereka memperoleh lebih banyak pengetahuan dan melihat peningkatan yang nyata dalam kesehatan mereka, sebagaimana dibuktikan dengan berkurangnya keluhan.

SARAN

Bagi Pasien

1. Disarankan untuk selalu melakukan Latihan *Brandt-Daroff* dan tidak melakukan perubahan tubuh secara mendadak agar tidak terjadi serangan vertigo.
2. Disarankan untuk berkonsultasi ke FKTP atau puskesmas untuk melakukan pemeriksaan rutin lainnya
3. Disarankan untuk bisa terus menyebarkan informasi pada tetangga dan keluarga lainnya tentang vertigo.

Bagi Keluarga Pasien

1. Disarankan untuk membantu Ny. D dalam mobilisasi saat keluhan muncul.
2. Memberikan motivasi dan dukungan moral kepada pasien

agar serangan vertigo bisa berkurang.

Bagi Puskesmas

1. Kegiatan promosi kesehatan pada masyarakat tentang vertigo dan penyakit tidak menular lainnya yang dapat membuat pasien lebih memahami penyakit serta tatalaksana serangan penyakit.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan komprehensif berbasis Evidence Based Medicine (EBM) sesuai dengan hasil penelitian terbaru dan sesuai dengan ketersediaan sumber daya di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Stanton M dan Freeman AM. 2023. Vertigo. Treasure Island: StatPearls.
2. Pulungan P dan Iqbal KM. 2018. Hubungan Vertigo Perifer dengan Kualitas Tidur. Medan: Universitas Sumatera Utara.
3. Dinas Kesehatan Lampung. 2022. Profil Kesehatan Lampung Selatan Tahun 2022. Lampung: Dinas Kesehatan.
4. Cheng B, Meng P, Yang X, Cheng S, Liu L, Jia Y, dkk. Integrated Analysis of Proteome-wide and Transcriptome-wide Association Studies Identified Novel Genes and Chemocals for Vertigo. Brain Communications. 4(6): Halaman 1-10.
5. Rendra AK dan Pinzon RT. 2018. Evaluasi Drug Related Problems pada Pasien Vertigo Perifer di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Jurnal Farmasi Klinik Indonesia. 7(3): Halaman 162-171.
6. UPT Puskesmas Satelit. 2022. Profil Puskesmas Satelit Tahun 2022.

Lampung: UPT Puskesmas Satelit.

7. Hande V, Jain S, Ranjan A, Murali M, Singh CV, Deshmukh P, dkk. 2023. Vestibular, Central, and Non-Vestibular Etiologies of Vertigo and Disequilibrium: A Rural Hospital-Based Cross-Sectional Comparative Analysis. *Cureus*. 15(3).
8. Palmeri R dan Kumar A. 2022. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. Treasure Island: StatPearls.
9. Pricilia S dan Kurniawan S N. 2020. Central Vertigo. Malang. *Journal of Pain Headache and Vertigo*. 2(38): Halaman 38-43.
10. Firdiansari A. 2022. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). *Jurnal Syntax Fusion*. Mataram. 2(02): Halaman:190-196.
11. Cetin Y, Ozmen O, Demir U, Kasapogu F, Basut O, Coskun H. 2018. Comparison of the effectiveness of Brandt-Daroff Vestibular training and Epley Canalith repositioning Maneuver In Benign Paroxysmal Positional Vertigo Long Term Result: A Randomized Prospective Clinical Trial. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 34(3).
12. Anggraini DN, Wurlatter WE, Permana WE. Menganalisis Dampak Penggunaan Betahistine Mesilate Terhadap Pasien Gejala Vertigo Perifer di Klinik Al Ma'soem Cibulareng. *J SOSAINS*. 2021;1(10): 1315-1326