|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Volume 12 Issue 1, 2025, 123-136***  **Jurnal Kesehatan dan Agromedicine**  e-ISSN: 2655-7800 | p-ISSN: 2356-332X  <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/> |  |

**Penatalaksanaan Holistik pada Perempuan Usia 55 Tahun dengan *Benign Paroxysmal Positional Vertigo* melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga**

**Avisa Jinan Azura1, Diana Mayasari2**

1 Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

2 Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Avisa Jinan Azura, alamat Jl. Bung Tomo no. 39, Kota Bandar Lampung, e-mail [avisajinanazura@gmail.com](mailto:avisajinanazura@gmail.com)

*Received: 16 Januari 2025 Accepted: 18 Maret 2025 Published: 20 Juni 2025*

**ABSTRAK:** 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%. Penelitian ini menggunakan pendekatan kedokteran keluarga yang bersifat holistik dan komprehensif berlandaskan pada *evidence-based medicine*. Pendekatan yang digunakan berbasis keluarga *(family-approached*), berfokus pada pasien *(patient-centered*), dan berorientasi pada komunitas (*community-oriented*). Metode analisis dalam studi ini berupa laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, sementara data sekunder diambil dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan secara menyeluruh berdasarkan pendekatan diagnostik holistik, mencakup tahap awal, proses, hingga akhir studi, yang dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Pasien Ny. H, 55 tahun, memiliki aspek risiko internal berupa jenis kelamin, faktor usia >50 tahun, kurangnya pengetahuan mengenai penyakit vertigo, pola pengobatan yang kuratif, kelelahan dan stres berlebih. Aspek risiko eksternal pasien yaitu pengetahuan keluarga yang kurang tentang vertigo, pola pengobatan keluarga yang kuratif, dan kurangnya dukungan emosional dan praktis dari keluarga terhadap aktivitas sehari-hari pasien. Setelah dilakukan intervensi, didapatkan perbaikan dan gejala klinis vertigo pada pasien, peningkatan pengetahuan pasien mengenai vertigo,dan perubahan pola pengobatan pasien.

**Kata kunci:** Benign Paroxysmal Positional Vertigo, Kedokteran Keluarga

**Holistic Management of A 55-year-old Female Patient with Benign Paroxysmal Positional Vertigo through Family Medicine Approach**

**ABSTRACT:** Vertigo is defined as a postural awareness disorder and can be a feeling of spinning in 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%. This study employs a holistic and comprehensive family medicine approach to identify risk factors, clinical issues, and to guide patient management, grounded in evidence-based practices. The approach integrates a family-focused, patient-centered, and community-oriented perspective. The analysis is presented in the form of a case report. Primary data were collected through anamnesis and physical examination, while secondary data were sourced from the patient's medical records at the Health Center. The evaluation was conducted using a holistic diagnostic framework, encompassing the initial, processual, and concluding phases of the study, with both quantitative and qualitative assessments. Patient Mrs. H, 55 years old, has internal risk aspects in the form of gender, age factor >50 years, lack of knowledge about vertigo, curative treatment patterns, fatigue and excessive stress. External risk aspects of the patient are lack of family knowledge about vertigo, curative family treatment patterns, and lack of emotional and practical support from the family for the patient's daily activities. After the intervention, there was improvement in the clinical symptoms of vertigo in patients, increased patient knowledge about vertigo, and changes in patient treatment patterns.

**Keyword:** Benign Paroxysmal Positional Vertigo, Family Medicine

DOI :

**PENDAHULUAN**

Vertigo dapat dialami oleh pria maupun wanita, namun prevalensinya tercatat dua hingga tiga kali lebih tinggi pada wanita. Kondisi ini sering kali berhubungan dengan berbagai penyakit penyerta (komorbid), seperti depresi dan gangguan kardiovaskular. Prevalensi vertigo menunjukkan kecenderungan meningkat seiring dengan pertambahan usia dan beragam tergantung pada etiologi yang mendasari. Berdasarkan hasil survei pada populasi umum, prevalensi vertigo dalam periode satu tahun diperkirakan mencapai sekitar 5%, dengan angka insidens tahunan sebesar 1,4%. Keluhan seperti sakit kepala, termasuk vertigo, dilaporkan memengaruhi sekitar 15% hingga lebih dari 20% populasi dewasa setiap tahunnya. Di Indonesia, prevalensi vertigo pada tahun 2017 tercatat sebesar 50% pada kelompok usia lanjut (75 tahun), dan pada tahun 2018 sebesar 50% pada kelompok usia 40 hingga 50 tahun. Vertigo juga tercatat sebagai keluhan ketiga terbanyak yang disampaikan pasien dalam praktik pelayanan kesehatan primer, setelah nyeri kepala dan stroke.2

Menurut WHO, vertigo umum terjadi pada individu berusia antara 18 hingga 79 tahun, dengan prevalensi global mencapai 7,4% dan angka kejadian tahunan sebesar 1,4%. Di Indonesia, insidensi vertigo masih tergolong tinggi. Pada tahun 2018, sekitar 50% individu berusia 40 hingga 50 tahun melaporkan vertigo sebagai salah satu keluhan utama, menempati urutan ketiga setelah nyeri kepala dan stroke di antara pasien yang mencari pengobatan di rumah sakit. Secara umum, vertigo dialami oleh sekitar 15% dari total populasi, namun hanya 4% hingga 7% dari kasus tersebut yang dilaporkan atau diperiksakan ke tenaga medis.3

Prevalensi vertigo tercatat sebesar 6,5% dan cenderung meningkat seiring dengan pertambahan usia. Sekitar 65% dari pasien yang mengalami vertigo adalah perempuan, dengan angka prevalensi pada seluruh kelompok usia berkisar antara 20% hingga 30%. Vertigo dapat muncul secara mendadak, berlangsung dalam hitungan detik, atau menetap selama beberapa hari. Hingga saat ini, di Indonesia belum tersedia data epidemiologis yang komprehensif terkait vertigo. Vertigo termasuk “*the big five*” penyakit dengan prevelensi besar, karena banyaknya kunjungan pasien dengan keluhan vertigo.5

Vertigo merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh sensasi pusing disertai persepsi bahwa lingkungan sekitar tampak bergerak, melayang, atau berputar. Dalam keadaan ini, penderita umumnya mengalami gangguan keseimbangan yang cukup berat, sehingga aktivitas rutin seperti berdiri atau berjalan menjadi sangat terganggu. Gejala vertigo juga kerap disertai dengan nyeri kepala, sensasi putaran yang kuat, serta keluhan mual hingga muntah.3

Vertigo/pusing didefinisikan sebagai gangguan kesadaran postural dan dapat berupa perasaan berputar pada diri sendiri atau lingkungan sekitar. Pusing atau gangguan kesadaran postural merupakan gejala umum yang terjadi pada berbagai kelompok umur dan diekspresikan secara berbeda oleh pasien.7

Terdapat sejumlah faktor risiko yang berkontribusi terhadap terjadinya vertigo, antara lain: (1) usia di atas 50 tahun; (2) jenis kelamin perempuan; (3) riwayat cedera kepala; (4) gangguan yang memengaruhi organ keseimbangan atau telinga bagian dalam; (5) riwayat vertigo sebelumnya; (6) adanya anggota keluarga dengan riwayat vertigo; (7) paparan stres berat; (8) konsumsi obat-obatan tertentu, khususnya antidepresan atau antipsikotik; serta (9) konsumsi minuman beralkohol. Selain itu, faktor risiko umum lainnya mencakup peningkatan usia, jenis kelamin perempuan, kondisi seperti neuronitis vestibular, labirinitis, trauma kepala, migrain, prosedur bedah pada telinga bagian dalam, serta penyakit Meniere.8

**KASUS**

Pasien Ny. H, perempuan berusia 55 tahun, datang ke Puskesmas Gedong Air pada hari Selasa, 8 Oktober 2024, dengan keluhan utama berupa sensasi pusing berputar yang telah dialami selama lima hari terakhir. Pusing dirasakan seperti ruangan berputar. Keluhan hilang timbul dan muncul setelah pasien beraktivitas lebih berat dari biasanya. Ketika kambuh, keluhan muncul tiba-tiba mendadak ketika pasien berubah posisi dari berbaring ke duduk dan berdiri. Durasi pusing berputar sekitar 20-30 detik dan membaik dengan memejamkan mata dan berbaring. Keluhan seperti ini sudah dirasakan berulang oleh pasien selama beberapa bulan terakhir dan memberat sejak 5 hari yang lalu. Keluhan pasien disertai mual dan berkeringat dingin. Keluhan lain seperti muntah, pandangan kabur, telinga berdenging, telinga keluar cairan, batuk, pilek, demam, bibir perot, kelemahan anggota gerak disangkal oleh pasien.

Pasien hanya minum obat warung untuk meredakan keluhan tersebut dan belum berobat ke fasilitas kesehatan terdekat dikarenakan pasien takut suasana berobat, namun seiring berjalannya waktu keluhan tidak membaik dan mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga pasien memeriksakan dirinya ke puskesmas.

Pasien melaporkan bahwa salah satu anggota keluarganya, yaitu adik perempuan, pernah mengalami keluhan yang serupa. Namun, pasien menyatakan tidak memiliki riwayat hipertensi sebelumnya, diabetes mellitus, atau penyakit herediter lainnya.

Pasien memiliki pola makan yang teratur, dengan frekuensi tiga kali sehari, yaitu pada waktu pagi, siang, dan malam. Pasien mengungkapkan bahwa ia kerap mengonsumsi makanan yang bersifat pedas, mengandung santan, serta makanan yang digoreng. Di sisi lain, pasien tidak mengonsumsi kopi dan tidak memiliki kebiasaan merokok. Pasien juga menyatakan bahwa dirinya jarang melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara rutin.

Aktivitas sehari-hari pasien meliputi pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dan tukang pijat, yang keduanya memerlukan tenaga dan perhatian yang cukup besar. Pasien mengaku aktivitas tersebut sangat menguras fisik, karena selain mengurus rumah tangga, pasien juga harus memberikan tiga hingga lima pijatan setiap hari dalam durasi yang cukup panjang. Pasien sering merasa stres dan kelelahan akibat beban kerja yang berat serta tuntutan tinggi dalam menjalani kedua peran tersebut. Dari segi ekonomi keluarga, pasien merasa memiliki tanggung jawab yang besar, karena penghasilan dari pekerjaannya sebagai tukang pijat merupakan salah satu sumber utama pendapatan keluarga, sehingga pasien merasa harus terus bekerja meskipun dalam kondisi lelah dan stres.

Pasien tinggal bersama suami dan seorang anak laki-laki berusia 19 tahun. Interaksi interpersonal antara pasien dengan anggota keluarga serta lingkungan sekitarnya berlangsung secara harmonis dan tidak menunjukkan adanya konflik yang signifikan. Namun, upaya pemeliharaan kesehatan yang dilakukan oleh pasien beserta keluarganya masih lebih menitikberatkan pada aspek kuratif. Sumber pendapatan keluarga berasal dari kontribusi finansial pasien, suami, dan anaknya. Menurut keterangan pasien, pendapatan yang diperoleh dinilai mencukupi untuk memenuhi kebutuhan primer maupun sekunder keluarga.

Pasien menyatakan keinginan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam terkait kondisi penyakit yang sedang dialaminya. Pasien mengungkapkan kekhawatiran bahwa kekambuhan serangan vertigo dapat mengganggu aktivitas sehari-hari serta membatasi kapasitasnya dalam menjalankan pekerjaan, yang pada akhirnya dapat berdampak pada sumber penghasilannya. Pasien belum mengetahui secara pasti penyebab dari keluhan pusing berputar yang dialaminya, namun menduga bahwa gejala tersebut kemungkinan dipicu oleh kelelahan akibat aktivitas kerja. Saat ini, pasien belum sepenuhnya menjalani pola hidup sehat serta belum menerapkan pola makan yang teratur dan bergizi seimbang.

Pasien menjalani peran sebagai ibu rumah tangga sekaligus berprofesi sebagai tukang pijat. Kedua orang tua pasien telah meninggal dunia. Pasien merupakan anak sulung dari lima bersaudara, dan saat ini menetap bersama suami yang berusia 54 tahun serta seorang anak laki-laki berusia 19 tahun. Saat ini, pasien menetap bersama suami dan anaknya. Struktur keluarganya dikategorikan sebagai keluarga inti.

Seluruh keputusan terkait permasalahan dalam keluarga diambil melalui proses musyawarah bersama, dengan suami pasien berperan sebagai kepala keluarga sekaligus pengambil keputusan akhir. Kondisi psikologis pasien dalam lingkungan keluarga tampak stabil dan cukup baik. Hubungan antar anggota keluarga berlangsung harmonis, ditandai dengan komunikasi yang terjalin dengan baik. Keluarga juga memiliki kebiasaan meluangkan waktu untuk berkumpul bersama setiap harinya.

Pasien merupakan penanggung jawab utama dalam ekonomi keluarga, meskipun suami pasien juga masih bekerja. Pasien berperan aktif dalam mengatur keuangan dan memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga. Anak laki-laki pasien, yang sudah bekerja namun belum menikah, masih tinggal bersama pasien dan turut memberikan dukungan. Keluarga pasien memiliki hubungan yang harmonis dengan tetangga di sekitar rumah dan secara rutin melaksanakan ibadah bersama di rumah.

Keluarga pasien menunjukkan sikap saling mendukung dalam proses pengobatan apabila salah satu anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, dengan salah satu anggota keluarga secara rutin mendampingi saat kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pola perilaku berobat yang diterapkan masih bersifat kuratif, di mana pasien akan melakukan pemeriksaan ke layanan kesehatan apabila mengalami keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Lokasi Puskesmas Gedong Air berjarak sekitar 200 meter dari tempat tinggal pasien. Pembiayaan pengobatan pasien ditanggung melalui program BPJS.

**Genogram**

A diagram of a diagram

AI-generated content may be incorrect.

A group of symbols on a white background

Description automatically generated

**Gambar 1.** Genogram Keluarga Ny. H

***Family Mapping***

Hubungan antar keluarga Ny. H dapat dilihat pada Gambar 2.

A diagram of a molecule

Description automatically generated

**Gambar 2**. Family Mapping

***Family APGAR Score***

**Tabel 1.** Family APGAR Score

|  |  |
| --- | --- |
| **APGAR** | **Skor** |
| *Adaptation* | **1** |
| *Partnership* | **1** |
| *Growth* | **2** |
| *Affection* | **2** |
| *Resolve* | **2** |
| **Total** | **8** |

Total *Family Apgar Score* yaitu 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

***Family Lifecycle***

Berdasarkan teori siklus kehidupan keluarga menurut Duvall, keluarga Ny. H berada pada tahap V, yaitu tahap keluarga dengan anak remaja. Tahap ini ditandai dengan fokus keluarga dalam membimbing dan mendampingi anak menghadapi masa transisi menuju dewasa, serta mengelola perubahan peran dalam keluarga secara adaptif.

*A diagram of a circle with text

Description automatically generated*

**Gambar 3.** Siklus Hidup Keluarga Ny. H

***Family* SCREEM**

Penilaian fungsi patologis dalam keluarga dapat dilakukan melalui pendekatan SCREEM Score. Berdasarkan hasil penilaian dengan skor sebesar 30, disimpulkan bahwa keluarga Ny. H memiliki sumber daya yang tergolong adekuat dalam mendukung fungsi keluarga secara keseluruhan.

**Data Lingkungan Rumah**

Pasien menetap di sebuah rumah kontrakan bersama suami dan anak laki-lakinya, dengan total penghuni sebanyak tiga orang. Rumah tersebut memiliki ukuran 7 x 8 meter persegi, berdinding tembok dan berlantai keramik. Fasilitas rumah terdiri atas dua kamar tidur, satu ruang tengah, satu dapur, serta satu kamar mandi yang dilengkapi dengan jamban jongkok. Pasien melakukan pencucian pakaian di area kamar mandi. Pencahayaan alami di dalam rumah tergolong memadai, didukung oleh ventilasi dan jendela yang tersedia hampir di setiap ruangan, kecuali kamar tidur pasien. Rumah telah dilengkapi dengan jaringan listrik, sumber air berasal dari PAM, dapur menggunakan kompor gas, dan air minum disediakan dengan cara direbus terlebih dahulu.

**Denah Rumah**

A diagram of a diagram

Description automatically generated

**Gambar 4**. Denah Rumah Ny. H

Pada saat kunjungan, kondisi kebersihan rumah terpantau kurang memadai. Rumah tersebut terdiri dari dua kamar tidur, satu ruang tengah, satu ruang dapur, serta satu kamar mandi dengan jamban jongkok yang terletak di dalam rumah. Dinding rumah terbuat dari tembok. Lantai ruang tengah, kamar tidur anak, dan teras terbuat dari keramik sedangkan lantai kamar mandi, kamar tidur pasien, dapur, dan gudang terbuat dari semen. Ventilasi terkesan cukup pada hampir setiap ruangan kecuali kamar tidur pasien. Keadaan rumah secara keseluruhan tertata dengan kurang rapi.

**Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum pasien menunjukkan kondisi sakit ringan dengan kesadaran compos mentis dan skor Glasgow Coma Scale (GCS) 15 (E4V5M6). Tanda vital menunjukkan tekanan darah 129/82 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi nadi 88 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, serta saturasi oksigen (SpO2) 97%. Berat badan tercatat 52 kg dengan tinggi badan 156 cm, menghasilkan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 21,36 kg/m², yang masuk dalam kategori normal.

**Status Generalis**

Pemeriksaan pada rambut, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan menunjukkan hasil dalam batas normal. Pemeriksaan leher juga menunjukkan kondisi normal. Pada pemeriksaan paru dan jantung, inspeksi dada tampak normochest dengan ictus cordis tidak teraba. Palpasi tidak menimbulkan nyeri tekan, ekspansi dinding dada simetris. Perkusi menghasilkan bunyi sonor pada kedua lapang paru, serta batas jantung tidak melebar. Auskultasi menunjukkan suara vesikuler normal dengan bunyi jantung I dan II yang reguler. Pemeriksaan abdomen memperlihatkan bentuk abdomen yang datar pada inspeksi. Auskultasi bising usus sebanyak 6x/menit. Perkusi abdomen menghasilkan bunyi timpani di seluruh lapang abdomen. Palpasi tidak menunjukkan adanya nyeri tekan maupun pembesaran hati (hepar) maupun limpa. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior (kanan dan kiri) didapatkan suhu akral yang hangat, waktu pengisian kapiler (CRT) kurang dari 2 detik, serta tidak ditemukan adanya edema..

**Status Neurologis**

Dilakukan pemeriksaan neurologis, yaitu:

1. Nervus kranialis: dalam batas normal
2. Sensorik: dalam batas normal
3. Motorik:

|  |  |
| --- | --- |
| **Kanan** | **Kiri** |
| +5 | +5 |
| +5 | +5 |

1. Reflek Fisiologis dalam batas normal
2. Reflek Patologis: Reflek Babinsky, Chaddock, Gordon, Gonda, Schaefer, Oppenheim, dan Hoffman-Tromner didapatkan hasil negatif, kesan dalam batas normal.
3. Keseimbangan:
4. Uji provokasi Dix Hallpike: positif
5. Uji Romberg: dalam batas normal
6. Uji Romberg Dipertajam: cenderung terjatuh ke sisi kanan saat mata tertutup
7. Tandem Gait: mampu berjalan tandem namun terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus

**Pemeriksaan Penunjang**

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang

**Diagnosis Holistik Awal**

1. **Aspek Personal**

* Alasan kedatangan: Pasien mengeluhkan sensasi pusing berputar yang disertai dengan rasa mual.
* Kekhawatiran: Pasien mengungkapkan kekhawatiran bahwa gejala yang dialaminya dapat memburuk dan berpotensi mengganggu aktivitas kesehariannya.
* Persepsi: Pasien merasa keluhan pusing yang dialaminya karena kelelahan akibat aktivitas dan pekerjaan pasien. Pasien belum menyadari bahwa dirinya mengalami vertigo.
* Harapan: Keluhan yang dialami pasien menunjukkan penurunan hingga hilang sama sekali, sehingga pasien mampu kembali melaksanakan aktivitas sehari-hari secara normal.

1. **Aspek Klinik**

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

1. **Aspek Risiko Internal**

* Pasien berjenis kelamin perempuan.
* Pasien berusia >50 tahun.
* Pola pengobatan yang kuratif.
* Kelelahan fisik dan stress akibat peran ganda sebagai ibu rumah tangga dan tukang pijat, terutama ketika menerima banyak panggilan pijat untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga.
* Pengetahuan yang kurang mengenai penyakit yang diderita (definisi, gejala, faktor risiko, penyebab, pencegahan kekambuhan, tatalaksana, dan cara latihan untuk mengurangi gejala).

1. **Aspek Risiko Eksternal**

* Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit yang dialami pasien.
* Pola pengobatan keluarga yang kuratif.
* Kurangnya dukungan emosional dan praktis dari keluarga terhadap aktivitas sehari-hari pasien.

1. **Derajat Fungsional**

Pasien masih memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan diri serta menjalankan aktivitas ringan, baik di lingkungan rumah maupun di luar. Namun, terdapat penurunan intensitas aktivitas dibandingkan dengan sebelum munculnya keluhan. Berdasarkan hal tersebut, derajat fungsional pasien dikategorikan pada tingkat 2.

**Penatalaksanaan**

**Medikamentosa**

1. Betahistine mesylate 3 x 12 mg

**Non Medikamentosa**

1. Informasi edukatif mengenai penyakit yang dialami pasien mencakup definisi, tanda-tanda klinis, faktor risiko, etiologi, serta prosedur penanganan vertigo.
2. Informasi edukatif mengenai tindakan yang dapat diambil untuk mencegah kekambuhan vertigo.
3. Informasi edukatif mengenai teknik pelaksanaan serta urgensi pelaksanaan latihan vestibular menggunakan metode Brandt-Daroff untuk mengurangi intensitas gejala vertigo.

**Diagnosis Holistik Akhir**

1. **Aspek Personal**

* Alasan kedatangan: Keluhan vertigo yang disertai mual telah menghilang.
* Kekhawatiran: Tingkat kekhawatiran pasien telah berkurang seiring dengan meningkatnya pemahaman dan pengetahuan terhadap penyakit yang dideritanya.
* Persepsi: Pasien telah memahami kondisi kesehatannya, yaitu vertigo. Pasien juga menyadari bahwa vertigo dapat dicegah melalui latihan keseimbangan secara teratur serta dengan menghindari stres dan kelelahan berlebih.
* Harapan: Sebagian besar harapan pasien telah tercapai, seiring dengan membaiknya keluhan yang sebelumnya dirasakan.

1. **Aspek Klinik**

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

1. **Aspek Risiko Internal**

* Pasien sudah mengetahui bahwa perempuan lebih berisiko terkena vertigo.
* Pasien sudah mengetahui bahwa usia >50 tahun berisiko terkena vertigo.
* Pola pengobatan yang sebelumnya bersifat kuratif mulai mengalami pergeseran menuju pendekatan yang lebih preventif. Pasien kini memilih untuk berkonsultasi dengan dokter ketika gejala vertigo mulai dirasakan, sebagai upaya pencegahan agar kondisi tidak memburuk.
* Pasien berusaha menghindari stress dan kelelahan fisik.
* Pengetahuan tentang penyakit yang diderita sudah bertambah.

1. **Aspek Risiko Eksternal**

* Pengetahuan keluarga mengenai penyakit yang dialami pasien sudah bertambah.
* Pola pengobatan keluarga yang bersifat kuratif mulai mengalami penurunan dan bergeser menuju pendekatan pengobatan yang bersifat preventif.
* Keluarga pasien telah memberikan dukungan emosional dan praktis yang penuh terhadap aktivitas sehari-hari pasien dengan berbagi tugas rumah tangga. Selain itu, keluarga juga turut memberikan perhatian dan motivasi untuk menjaga kesehatan pasien.

1. **Derajat Fungsional**

Derajat fungsional 1 menunjukkan bahwa pasien masih mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari sebagaimana sebelum sakit, tanpa adanya hambatan atau kesulitan.

**PEMBAHASAN**

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. H, seorang wanita berusia 55 tahun yang menderita vertigo, dengan pendekatan yang holistik, mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial pasien. Pembinaan tidak hanya terfokus pada pasien, tetapi juga melibatkan keluarga pasien. Hal ini menjadi sangat krusial karena penatalaksanaan penyakit pada pasien tidak semata-mata bergantung pada pasien dan tenaga kesehatan saja, melainkan juga sangat bergantung pada dukungan serta pemahaman keluarga, yang memiliki peran krusial dalam membantu menjaga kondisi pasien.

Kasus yang dibahas melibatkan seorang wanita berusia 55 tahun yang mengunjungi Puskesmas Gedong Air dengan keluhan pusing berputar disertai rasa mual. Keluhan pusing berputar telah dirasakan sejak lima hari yang lalu, dengan sensasi seolah-olah ruangan berputar. Keluhan tersebut bersifat hilang timbul dan biasanya timbul setelah pasien melakukan aktivitas fisik yang lebih berat dari biasanya. Pada saat kambuh, keluhan muncul secara tiba-tiba terutama saat pasien berganti posisi dari berbaring ke duduk maupun berdiri. Durasi pusing berputar berlangsung sekitar 20 hingga 30 detik dan membaik apabila pasien memejamkan mata serta berbaring. Keluhan tersebut sudah sering dialami pasien selama beberapa bulan terakhir dan menunjukkan peningkatan intensitas sejak lima hari terakhir. Selain itu, keluhan juga disertai dengan rasa mual dan keringat dingin. Keluhan lain seperti muntah, pandangan kabur, telinga berdenging, telinga keluar cairan, batuk, pilek, demam, bibir perot, kelemahan anggota gerak disangkal oleh pasien. Pasien hanya minum obat warung untuk meredakan keluhan tersebut dan belum berobat ke fasilitas kesehatan terdekat dikarenakan pasien takut suasana berobat, namun seiring berjalannya waktu keluhan tidak membaik dan mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga pasien memeriksakan dirinya ke puskesmas.

Pasien menyampaikan bahwa terdapat anggota keluarga, yakni adik perempuannya, yang mengalami keluhan serupa. Riwayat hipertensi, diabetes mellitus, dan riwayat penyakit keturunan lainnya disangkal.

Pasien menjalani pola makan teratur sebanyak tiga kali sehari, yaitu pada pagi, siang, dan malam hari. Pasien mengakui sering mengonsumsi makanan pedas, bersantan, serta makanan yang digoreng. Pasien tidak mengonsumsi kopi dan tidak memiliki kebiasaan merokok. Selain itu, pasien jarang melakukan aktivitas olahraga. Pasien juga melaporkan sering mengalami stres dan kelelahan akibat beban pekerjaan yang cukup berat.

Pada pemeriksaan fisik, pasien menunjukkan keadaan umum dengan tanda-tanda sakit ringan dan kesadaran compos mentis. Tanda vital yang terukur meliputi tekanan darah 129/82 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi nadi 88 kali per menit, serta frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan saturasi oksigen (SpO2) sebesar 97%. Berat badan pasien tercatat 52 kg dengan tinggi badan 156 cm, menghasilkan indeks massa tubuh (IMT) sebesar 21,36 kg/m² yang berada dalam batas normal. Pemeriksaan neurotologis keseimbangan dengan uji provokasi menggunakan manuver Dix-Hallpike memberikan hasil positif, ditandai dengan adanya nistagmus bilateral. Pada uji Romberg dengan penguatan (Romberg dipertajam), pasien cenderung mengalami kecenderungan jatuh ke sisi kanan saat mata tertutup. Kecenderungan pasien untuk terjatuh ke satu sisi saat mata tertutup mengindikasikan adanya kemungkinan gangguan pada sistem vestibular atau proprioseptif. Pada uji Tandem Gait, pasien mampu berjalan secara tandem meskipun terdapat sedikit perubahan posisi dan ketidakakuratan dalam menjaga garis lurus. Pada kasus kelainan vestibular, deviasi saat berjalan umumnya ditemukan. Berdasarkan temuan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis yang paling sesuai untuk pasien ini adalah vertigo perifer, terutama Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV).

Vertigo merupakan gejala yang ditandai dengan sensasi perubahan posisi tubuh atau lingkungan di sekitarnya. Diagnosis vertigo dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang yang relevan. Pada anamnesis pasien dengan vertigo, Keluhan yang sering dijumpai berupa sensasi berputar yang timbul akibat perubahan posisi kepala, dengan tingkat keparahan yang cukup signifikan dan durasi singkat antara 10 hingga 30 detik, serta sering disertai gejala mual, muntah, dan keringat dingin.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 nystagmus berputar dengan latensi dan durasi singkat. Namun, hasil tes negatif tidak berarti apa-apa kecuali tidak ada canalithiasis aktif pada saat tes dilakukan. Pada manuver Dix-Hallpike, pasien dipindahkan secara cepat dari posisi duduk ke posisi terlentang dengan kepala diputar 45 derajat ke arah kanan. Setelah 20 hingga 30 detik, pasien kemudian dikembalikan ke posisi duduk. Apabila tidak ditemukan nistagmus, prosedur yang sama diulangi pada sisi kiri.8

Hasil pemeriksaan keseimbangan pada pasien dengan vertigo meliputi beberapa tes, antara lain uji nistagmus, di mana pada vertigo perifer arah nistagmus yang terdeteksi umumnya bersifat horizontal. Uji Romberg menunjukkan bahwa apabila pasien mengalami jatuh saat berdiri dengan kedua kaki rapat dan mata terbuka, hal tersebut mengindikasikan kemungkinan adanya gangguan pada serebelum. Sebaliknya, jika pasien stabil saat mata terbuka tetapi cenderung terjatuh ke salah satu sisi saat mata tertutup, hal ini mengarah pada kemungkinan gangguan pada sistem vestibuler atau proprioseptif. Uji Romberg dipertajam dilakukan dalam posisi berdiri tandem; jika pasien jatuh saat mata terbuka, kemungkinan terdapat kelainan pada serebelum, sedangkan jika jatuh saat mata tertutup dan condong ke satu sisi, menunjukkan adanya gangguan pada sistem vestibuler atau proprioseptif. Pada uji Tandem Gait, pasien dengan kelainan serebelar tidak mampu berjalan secara tandem dan cenderung terjatuh ke salah satu sisi, sementara pada kelainan vestibuler pasien menunjukkan deviasi saat berjalan. Terakhir, pada uji Past Pointing, pasien dengan kelainan vestibuler akan mengalami penyimpangan jari ke arah lesi saat mata tertutup, sedangkan pada kelainan serebelar akan terlihat tanda hipermetri atau hipometri.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.

Pada kasus pasien ini, pemeriksaan penunjang tidak dilaksanakan karena keterbatasan fasilitas yang tersedia di Puskesmas. Pemeriksaan penunjang yang berpotensi digunakan untuk menentukan etiologi meliputi foto rontgen kranium dan servikal, pemeriksaan neurofisiologi seperti elektroensefalografi (EEG), elektromiografi (EMG), Brainstem Auditory Evoked Potential (BAEP), serta pemeriksaan pencitraan lanjutan seperti CT-Scan, arteriografi, dan Magnetic Resonance Imaging (MRI).8

Tatalaksana farmakologis yang diberikan kepada pasien meliputi Betahistine Mesylate dengan dosis 12 mg tiga kali sehari untuk pengobatan vertigo. Obat ini merupakan analog histamin yang berfungsi sebagai agonis reseptor histamin H1 dan antagonis reseptor H3. Mekanisme kerja tersebut terutama berlangsung pada sistem saraf pusat, khususnya melibatkan neuron-neuron yang berperan dalam proses pemulihan gangguan vestibular. Aktivasi reseptor tersebut menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan aliran darah, yang berperan dalam mengurangi tekanan pada telinga serta menurunkan frekuensi serangan vertigo, khususnya pada pasien dengan penyakit Meniere. Berdasarkan hasil penelitian terbuka, dosis harian antara 32 mg hingga 36 mg terbukti paling efektif dalam mengatasi gejala vertigo.9

Berdasarkan hasil anamnesis holistik juga didapatkan bahwa pola pengobatan pasien dan keluarganya masih bersifat kuratif, dimana pasien hanya melakukan kunjungan medis saat mengalami keluhan. 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-hal 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.

Pembinaan kedokteran keluarga terhadap pasien ini dilaksanakan melalui tiga kali kunjungan, dengan kunjungan pertama yang dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2024. Pada kunjungan tersebut, kegiatan diawali dengan perkenalan antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarganya, diikuti oleh penjelasan mengenai maksud dan tujuan pertemuan. Selanjutnya dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara komprehensif. Anamnesis dilakukan secara holistik dengan tujuan mengidentifikasi peta keluarga, fungsi biologis, aspek psikososial, kondisi ekonomi, perilaku kesehatan, serta ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan. Setelah seluruh data terkumpul, dilakukan penyusunan daftar masalah yang dihadapi pasien dan keluarga, meliputi aspek personal, klinis, risiko internal dan eksternal, serta derajat fungsional, sehingga dapat ditetapkan jenis intervensi yang paling sesuai untuk diberikan.

Berdasarkan temuan pada kunjungan pertama, pasien belum memiliki pemahaman yang komprehensif terkait penyakit vertigo yang dialaminya, termasuk mengenai pengobatan dan upaya pencegahannya. Pasien menyampaikan kekhawatiran bahwa kekambuhan penyakit tersebut dapat mengganggu aktivitas harian dan membatasi kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan, sehingga berpotensi berdampak pada pendapatan. Selain itu, pasien juga mengakui bahwa pola makan dan manajemen stres yang dijalani masih kurang optimal. Pasien sering merasa kelelahan terutama saat menerima pesanan pijat, yang harus diimbangi dengan pelaksanaan pekerjaan rumah tangga.

Setelah mengidentifikasi permasalahan serta faktor-faktor yang memengaruhi kondisi pasien, langkah berikutnya adalah melakukan intervensi pada kunjungan kedua yang dilaksanakan pada tanggal 30 Oktober 2024. Sebelum intervensi dimulai, dilakukan anamnesis ulang dan pemeriksaan fisik. Selanjutnya, pasien diminta untuk mengerjakan pretest mengenai vertigo guna menilai tingkat pengetahuan terkait definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, serta komplikasi yang mungkin timbul akibat penyakit tersebut. Hasil pretest ini akan dianalisis dan dibandingkan dengan hasil post-test setelah intervensi untuk menilai peningkatan pemahaman pasien. Berdasarkan hasil pretest, pasien memperoleh skor sekitar 40, yang menunjukkan tingkat pengetahuan yang masih kurang memadai. Hal ini menunjukkan bahwa pasien belum memiliki pemahaman yang komprehensif mengenai aspek-aspek penting terkait vertigo, termasuk pengobatan dan upaya pencegahannya. Setelah intervensi diberikan, diharapkan pasien mampu mengikuti edukasi serta instruksi yang telah disesuaikan dengan kondisi penyakitnya.

Intervensi yang diberikan menerapkan pendekatan berorientasi pada pasien (patient-centered care) serta berfokus pada keluarga (family-focused care). Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada pasien secara individual, tetapi juga melibatkan keluarga pasien serta keluarga di lingkungan kerja pasien. Patient-centered care merupakan pendekatan yang mengutamakan pengelolaan pasien dengan menghormati dan memperhatikan preferensi, kebutuhan, serta nilai-nilai pribadi pasien, sekaligus menjamin bahwa setiap pengambilan keputusan klinis mempertimbangkan seluruh nilai yang diinginkan oleh pasien. *Family-focused care* adalah pendekatan yang melihat pasien sebagai bagian integral dari keluarganya, sehingga keluarga turut dilibatkan secara aktif dalam proses perawatan serta pemantauan perkembangan kondisi kesehatan pasien. Melalui pendekatan ini, diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan serta perubahan sikap dalam lingkungan keluarga, yang pada gilirannya dapat memberikan kontribusi positif terhadap pemulihan dan kesejahteraan pasien. Dengan demikian, pasien beserta keluarganya diharapkan dapat memahami secara lebih baik langkah-langkah pengobatan dan pencegahan vertigo.

Media edukasi yang digunakan berupa poster sebagai sarana penyampaian informasi, dimana isi poster tersebut dijelaskan secara langsung kepada pasien. Materi edukasi yang disampaikan mencakup definisi vertigo, penyebab, faktor risiko, gejala, serta upaya pengobatan dan tindakan pencegahan untuk mencegah perburukan kondisi. Selain itu, pasien juga diberikan penjelasan mengenai langkah-langkah pencegahan terjadinya vertigo serta teknik dan pentingnya latihan vestibular dengan menggunakan metode Brandt-Daroff.

Edukasi diberikan kepada keluarga mengenai penyakit yang diderita pasien, termasuk faktor pencetus, gejala, pengobatan, serta upaya pencegahan agar kondisi tidak memburuk. Keluarga diminta untuk secara aktif memantau dan memotivasi pasien dalam melaksanakan latihan keseimbangan menggunakan metode Brandt-Daroff. Selain itu, keluarga diberikan panduan untuk mendukung pasien dalam beristirahat ketika gejala kambuh, dengan menyesuaikan kebutuhan pasien agar tetap dapat berbaring tanpa harus berpindah posisi. Keluarga juga diarahkan untuk mendampingi pasien saat melakukan perpindahan tempat, seperti menuju kamar mandi, guna meminimalkan risiko terjadinya jatuh.

Kunjungan ketiga merupakan tahap evaluasi terhadap hasil intervensi yang telah dilaksanakan, dilakukan pada tanggal 5 November 2024. Pada pemeriksaan evaluasi, pasien melaporkan bahwa keluhan yang sebelumnya dialami telah hilang atau tidak lagi dirasakan. Pasien menyatakan bahwa gejala vertigo berupa pusing berputar, mual, dan keringat dingin telah hilang. Selain itu, pasien juga mengungkapkan bahwa latihan keseimbangan yang telah diberikan penjelasan sebelumnya rutin dilakukan.

Berdasarkan hasil evaluasi melalui wawancara, pasien mengungkapkan bahwa tingkat kekhawatirannya telah menurun seiring dengan meningkatnya pengetahuan dan pemahaman mengenai kondisi penyakit yang dialaminya. Terjadi pula perubahan dalam persepsi pasien terhadap penyakit tersebut, di mana pasien kini menyadari bahwa gejala yang muncul dapat diminimalkan melalui latihan keseimbangan. Selain itu, pasien telah memahami bahwa stres berlebihan dan kelelahan merupakan faktor utama yang memicu keluhan yang dirasakannya.

Evaluasi terhadap intervensi edukatif yang diberikan dilakukan dengan menilai kondisi klinis pasien, gejala yang dirasakan, serta hasil pemeriksaan fisik. Selain itu, tingkat pengetahuan pasien diukur secara kuantitatif melalui post-test yang menggunakan instrumen pertanyaan serupa dengan pre-test sebelumnya. Pasien juga telah mengikuti sesi edukasi dengan menggunakan media intervensi yang telah disiapkan. Hasil post-test menunjukkan skor sebesar 90, yang mencerminkan peningkatan signifikan dalam pemahaman pasien mengenai penyakit vertigo.

**KESIMPULAN**

* Pasien memiliki faktor risiko internal yaitu berjenis kelamin perempuan, berusia >50 tahun, memiliki beban pikiran dan aktivitas fisik, pola pengobatan yang kuratif, dan pemahaman yang terbatas mengenai penyakit yang dialami.
* Faktor risiko eksternal pada pasien adalah: keluarga kurang memiliki pemahaman yang memadai tentang penyakit yang dialami pasien dan masih mengadopsi pola pengobatan yang berfokus pada tindakan kuratif, kurangnya dukungan emosional dan praktis dari keluarga terhadap aktivitas sehari-hari pasien.
* Diagnosis vertigo pada pasien telah sesuai dengan teori, yang diperoleh melalui anamnesis serta pemeriksaan fisik dan neurologis.
* Penatalaksanaan vertigo pada pasien sudah dilakukan dengan tepat, sesuai dengan pedoman teori yang ada.
* Intervensi pada pasien dilakukan tidak hanya berdasarkan pemeriksaan klinis, tetapi juga dengan pendekatan holistik, komprehensif, dan berkelanjutan.
* Setelah penerapan tatalaksana yang bersifat holistik dan komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga, terjadi peningkatan pengetahuan pada pasien dan keluarga, disertai dengan perbaikan kondisi klinis pasien yang ditunjukkan melalui penurunan frekuensi serta intensitas keluhan yang dirasakan.

**SARAN**

**Bagi Pasien dan Keluarga**

1. Meningkatkan pemahaman tentang penyakit vertigo dan cara-cara pencegahannya, sehingga dapat mengelola kondisi tersebut dengan lebih efektif.
2. Melakukan latihan keseimbangan secara rutin untuk mencegah terjadinya serangan vertigo.
3. Memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien, baik secara fisik maupun psikologis, untuk mendukung proses pemulihan.
4. Membantu mengingatkan pasien untuk secara rutin melakukan latihan keseimbangan.

**Bagi Puskesmas**

1. Melakukan kegiatan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai vertigo dan penyakit tidak menular lainnya, agar pasien dapat lebih memahami kondisi mereka serta cara penanganan yang tepat saat serangan penyakit terjadi.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terintegrasi, yang didasarkan pada prinsip Evidence Based Medicine (EBM), sesuai dengan hasil penelitian terbaru dan ketersediaan sumber daya di puskesmas.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Kemenkes RI. 2022. Panduan Praktik Klinis (PPK) Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
2. Cetin YS, et al. 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. Pak J Med Sci. 34(3): 558-563.
3. Khansa, A., Cahyani, A. and Amalia, L. 2019. Clinical Profile of Stroke Patients with Vertigo in Hasan Sadikin General Hospital Bandung Neurology Ward. Journal of Medicine & Health, 2(3). doi: 10.28932/JMH.V2I3.1225.
4. Pulungan, P. 2018. Hubungan Vertigo Perifer dengan Kualitas Tidur. Available at: https://repositori.usu.ac.id/handle/ 123456789/13492 (Accessed: 2 November 2024).
5. Schellack N, Masuku B. 2015. Gastric pain. In South African Family Practice. https://doi.org/10.4102/safp.v57i5. 4324
6. Purnamasari PP. 2013. Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). Balai Peneribit Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2(6): 18-22.
7. Edward Y, dan Roza Y. 2014. Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) Horizontal Berdasarkan Head Roll Test. Jurnal Kesehatan Andalas. 3(1): 77-81.
8. Shahrami A, Norouzi M, Kariman H, Hatamabadi HR, Dolatabadi AA. 2016. True Vertigo Patients in Emergency Department: An Epidemiologic Study. 4(1): 25-28
9. Bashiruddin J. 2008. Vertigo posisi paroksismal jinak. Dalam: Arsyad E, Iskandar N, editor. Telinga, hidung tenggorok kepala dan leher. Edisi Ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
10. Nike Chusnul Dwi Indah Triyanti, Tri Nataliswati, S. 2018. Pengaruh Pemberian Terapi Fisik Brand Daroff Terhadap Vertigo di Ruang IGD RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan. Jurnal Keperawatan Terapan, 491), 59-64.