**Penatalaksanaan Pada Perempuan Usia 56 Tahun Penderita**

**Vertigo dan Dispepsia melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga**

**Fathia Radinda Salsabila1, Azelia Nusadewiarti**

1,2Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Korespondensi: Fathia Radinda Salsabila, alamat Jl. Imam Bonjol No.102, e-mail [fathiardnd@gmail.com](mailto:fathiardnd@gmail.com)

*Received :15 Januari 2025 Accepted : 1 Maret 2025 Published :20 Juni 2025*

**ABSTRAK:** Vertigo didefinisikan sebagai gangguan kesadaran postural dan dapat berupa perasaan berputar pada diri sendiri atau lingkungan sekitar. Berdasarkan data dari WHO, vertigo umum dialami oleh individu berusia 18 hingga 79 tahun, dengan prevalensi global sebesar 7,4% dan angka kejadian tahunan mencapai 1,4%.Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pelayanan kedokteran keluarga secara menyeluruh dan terpadu melalui proses identifikasi faktor risiko, permasalahan klinis, serta penatalaksanaan pasien yang didasarkan pada prinsip Evidence-Based Medicine (EBM), dengan pendekatan yang berfokus pada pasien (patient-centered care) serta melibatkan keterlibatan aktif keluarga (family approach). Studi ini disusun dalam bentuk laporan kasus. Data primer dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta kunjungan rumah. Sementara itu, data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien. Penilaian dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan diagnosis holistik yang mencakup tahapan awal, proses, hingga akhir dari pelaksanaan studi. Pasien Ny. J, usia 56 tahun, memiliki aspek risiko internal berupa keterbatasan pengetahuan mengenai penyakit vertigo dan dispepsia, pola makan serta pola tidur yang tidak teratur, pendekatan pengobatan yang bersifat kuratif, serta paparan terhadap beban kerja dan stres. Aspek risiko eksternal mencakup rendahnya tingkat pemahaman keluarga terhadap kondisi vertigo dan dispepsia, kecenderungan keluarga dalam menerapkan pola pengobatan kuratif, serta adanya persepsi yang keliru terkait kedua penyakit tersebut. Setelah dilakukan intervensi, terdapat perbaikan gejala klinis vertigo dan dispepsia pada pasien, disertai dengan peningkatan pengetahuan pasien terkait kedua kondisi tersebut, serta adanya perubahan pola pengobatan dari yang semula bersifat kuratif menjadi lebih preventif dan edukatif.

**Kata Kunci:** Pelayanan Dokter Keluarga, Penatalaksanaan Holistik, Vertigo

# Management Of A 56 Year Old Woman With Vertigo and Dyspepsia Through A Family Medicine Approach

**ABSTRACT:** 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%. This studi aims to know the holistic and comprehensive family medicine services through the identification of risk factors and clinical problems, and the management of patients grounded in Evidence-Based Medicine (EBM), while employing a patient-centered and family-oriented approach. This study is presented in the form of a case report. Primary data were collected through history taking, physical examination, supporting investigations, and home visits, while secondary data were obtained from the patient's medical records. The assessment was carried out using a holistic diagnostic approach, covering the initial presentation, disease progression, and treatment outcomes, and was evaluated using both quantitative and qualitative methods. Patient Mrs. J, 56 years old, has internal risk aspects in the form of lack of knowledge about vertigo and dyspepsia, irregular sleep patterns, curative treatment patterns, workload and stress. The patient's external risk aspects include insufficient family knowledge about vertigo and dyspepsia, curative family treatment patterns, and wrong perceptions about vertigo and dyspepsia. Following the intervention, there was an improvement in the patient's clinical symptoms of vertigo and dyspepsia, an increase in the patient's knowledge regarding these conditions, as well as modifications in the patient's treatment patterns.

**Keywords:** Family Doctor Services, Holistic Management, Vertigo, Dyspepsia  
DOI :

**PENDAHULUAN**

BPPV (Benign Paroxysmal Positional Vertigo), atau yang lebih dikenal sebagai vertigo, dapat dialami oleh baik pria maupun wanita, namun prevalensinya tercatat dua hingga tiga kali lebih tinggi pada wanita. Kondisi ini kerap berasosiasi dengan penyakit penyerta seperti depresi dan gangguan jantung. Risiko terjadinya BPPV meningkat seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi oleh kondisi medis yang mendasarinya. Berdasarkan survei pada populasi umum, prevalensi vertigo dalam satu tahun mencapai sekitar 5%, dengan angka kejadian tahunan sebesar 1,4%. Secara keseluruhan, gangguan yang melibatkan sakit kepala dan vertigo memengaruhi sekitar 15% hingga lebih dari 20% populasi dewasa setiap tahunnya.1 Pada tahun 2017, prevalensi vertigo di Indonesia mencapai 50% pada kelompok lansia berusia 75 tahun. Sementara itu, pada tahun 2018, sekitar 50% individu berusia 40 hingga 50 tahun juga mengalami vertigo. Keluhan ini merupakan yang ketiga paling sering dikemukakan oleh pasien saat mengunjungi praktik umum, setelah keluhan berupa sakit kepala dan stroke.2

Berdasarkan data WHO, vertigo paling sering dialami oleh individu berusia antara 18 hingga 79 tahun, dengan angka prevalensi global mencapai 7,4% dan insidens tahunan sekitar 1,4%. Di Indonesia, kasus vertigo masih tergolong tinggi. Pada tahun 2018, sekitar 50% dari pasien berusia 40–50 tahun mengeluhkan vertigo, menjadikannya keluhan ketiga terbanyak di rumah sakit setelah sakit kepala dan stroke. Secara umum, vertigo ditemukan pada sekitar 15% populasi, namun hanya 4–7% penderita yang mencari pertolongan medis ke dokter.3

Prevalensi vertigo dilaporkan sebesar 6,5% dan menunjukkan kecenderungan meningkat seiring pertambahan usia. Sekitar 65% dari pasien yang mengalami vertigo adalah perempuan, dengan prevalensi di seluruh kelompok usia berada pada kisaran 20–30%. Vertigo dapat timbul secara mendadak dan berlangsung hanya dalam hitungan detik, namun pada beberapa kasus dapat bertahan hingga beberapa hari. Di Indonesia, data epidemiologis terkait vertigo masih belum tersedia. Vertigo merupakan salah satu dari “the big five” penyakit dengan jumlah kasus terbanyak, disebabkan oleh tingginya frekuensi kunjungan pasien yang mengeluhkan gangguan ini. Di Puskesmas Rawat Inap Kedaton pada tahun 2021, Vertigo tercatat sebagai salah satu dari 10 penyakit terbanyak yang dirawat di unit rawat inap di wilayah tersebut.6

Vertigo merupakan suatu gangguan yang ditandai dengan sensasi pusing, di mana penderita merasa seolah-olah lingkungan di sekitarnya bergerak, melayang, atau berputar. Kondisi ini sering menyebabkan gangguan keseimbangan, sehingga berdiri maupun berjalan menjadi sangat sulit. Selain itu, penderita vertigo juga umumnya mengalami sakit kepala, rasa pusing, serta gejala tambahan seperti mual dan keinginan untuk muntah.3

Vertigo merupakan gangguan pada kesadaran postural yang ditandai dengan sensasi berputar, yang dapat dirasakan berasal dari diri sendiri maupun dari lingkungan sekitar. Gejala seperti pusing atau ketidakseimbangan postural merupakan keluhan umum yang dapat dialami oleh berbagai kelompok usia, dan cara pasien menggambarkannya bisa sangat bervariasi. Secara klasik, vertigo dibagi menjadi empat jenis sindrom, yaitu vertigo itu sendiri, gangguan keseimbangan, presinkop (perasaan hampir pingsan), dan pusing yang bersumber dari faktor psikologis.7

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko vertigo antara lain: (1) Usia di atas 50 tahun; (2) Jenis kelamin perempuan; (3) Riwayat cedera pada kepala; (4) Adanya gangguan pada telinga atau sistem keseimbangan tubuh; (5) Pernah mengalami vertigo sebelumnya; (6) Memiliki anggota keluarga dengan riwayat vertigo; (7) Mengalami stres berat; (8) Penggunaan obat-obatan tertentu, khususnya antidepresan atau antipsikotik; serta (9) Konsumsi alkohol. Faktor risiko umum lainnya mencakup usia lanjut, perempuan, vestibular neuronitis, labirinitis, cedera kepala, migrain, riwayat operasi pada telinga bagian dalam, dan penyakit Meniere.8

Dispepsia adalah istilah yang merujuk pada sekumpulan gejala atau sindrom, seperti nyeri atau ketidaknyamanan di daerah ulu hati, perut kembung, mual, muntah, sering bersendawa, cepat merasa kenyang, serta rasa penuh atau begah di perut. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan pada keseimbangan proses metabolisme, yaitu berbagai reaksi biokimia dalam tubuh yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi.9

Menurut laporan World Health Organization (WHO), dispepsia dialami oleh sekitar 15 hingga 30 persen penduduk dunia setiap tahunnya. Prevalensi vertigo bervariasi, dengan angka berkisar antara 7% hingga 45%, tergantung pada kriteria definisi yang diterapkan serta wilayah geografis tempat data dihimpun.10 Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, dispepsia termasuk dalam lima besar penyebab utama rawat inap di rumah sakit, dengan jumlah kasus mencapai 18.807. Dari total kasus tersebut, 39,8% dialami oleh laki-laki dan 60,2% oleh perempuan. Pada tahun 2022, sekitar 10 juta orang—atau sekitar 6,5% dari populasi—dilaporkan menderita dispepsia. Jumlah ini diperkirakan meningkat tajam pada tahun 2023, mencapai 28 juta kasus atau sekitar 11,3% dari total penduduk Indonesia.11 Pada Puskesmas Rawat Inap Kedaton tahun 2021, dispepsia menjadi salah satu dari 10 besar penyakit paling banyak di wilayah kerja tersebut. Didapatkan sebanyak 1349 kasus dispepsia di UPT Puskesmas Kedaton pada tahun 2021.12 Lalu pada tahun 2022, dispepsia masih termasuk ke dalam 10 besar penyakit paling banyak di wilayah kerja Puskesmas Rawat Inap Kedaton. Didapatkan sebanyak 662 kasus dispepsia di UPT Puskesmas Kedaton pada tahun 2022. 6

Kebiasaan makan yang tidak teratur, makan dengan terburu-buru, jadwal harian yang kacau, serta riwayat gangguan lambung dapat memicu terjadinya dispepsia. Riwayat penyakit lambung seperti gastritis, GERD, dan kondisi sejenisnya sering kali berkaitan dengan pola makan yang tidak teratur serta konsumsi makanan yang kurang sehat. Faktor-faktor tersebut menjadi pemicu awal terjadinya perubahan pada dinding lambung yang berkontribusi terhadap timbulnya dispepsia. 13

**TUJUAN PENULISAN**

Pelayanan kedokteran keluarga dilaksanakan secara menyeluruh dan terpadu dengan pendekatan berbasis Evidence Based Medicine, yang menitikberatkan pada identifikasi faktor risiko, evaluasi masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien yang berorientasi pada pasien (patient-centered), melibatkan peran serta keluarga (family approach), dan mempertimbangkan konteks komunitas (community-oriented).

**ILUSTRASI KASUS**

Pasien Ny. J usia 56 tahun, datang ke Puskesmas Kedaton pada tanggal 05 Oktober 2024 karena keluhan nyeri kepala berputar sejak satu minggu lalu. Keluhan kepala terasa berputar disertai oleh mual. Pasien juga mengatakan bahwa ini kedua kalinya ia merasakan hal seperti ini. Pusing berputar dirasakan muncul mendadak dengan frekuensi yang hilang timbul. Pasien mengeluhkan mual disertai nyeri pada bagian epigastrium yang telah berlangsung selama 6 bulan dan pasien memiliki riwayat dirawat inap di Puskesmas Kedaton karena keluhan yang sama pada satu bulan yang lalu. Pasien mengaku bahwa keluhan dirasakan setelah memiliki kebiasaan tidur yang kurang baik. Pasien sering begadang dikarenakan pekerjaan pasien yang baru selesai hingga malam hari.

Saat sedang muncul, pusing dirasakan pada seluruh kepala yang dirasakan terus-menerus disertai rasa mual. Keluhan pusing berputar diperburuk saat pasien melakukan perubahan posisi terutama saat berusaha untuk duduk dari posisi tidur ataupun 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 belum mencoba melakukan pengobatan apapun. Pasien memiliki kebiasaan sering begadang dan telat makan.

Pasien menjalani aktivitas harian sebagai asisten rumah tangga, dengan jam kerja hingga pukul sepuluh malam dan sering kali tidak kembali ke rumah. Pasien juga jarang terlibat dalam kegiatan sosial di lingkungan tempat tinggalnya.

Pola makan pasien yaitu 1-2 kali dalam sehari. Pasien mengatakan bahwa ia jarang makan karena tidak memiliki waktu istirahat yang banyak. Dalam satu kali makan, terdapat nasi, lauk, sayur atau buah. Karbohidrat diperoleh dari nasi, sementara sumber untuk protein hewani berasal dari ikan dan ayam, dan protein nabati didapatkan dari tahu serta tempe. Pasien jarang mengonsumsi sayur dan sering mengonsumsi buah pepaya. Pasien tidak mengonsumsi alkohol, rokok dan kopi. Pasien mengonsumsi teh.

Riwayat hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat penyakit keturunan lainnya disangkal. Pasien rutin mengikuti kegiatan senam yang dilaksanakan satu minggu sekali.

Perilaku berobat dalam keluarga masih berorientasi pada pengobatan kuratif, di mana anggota keluarga baru mencari pelayanan kesehatan ketika muncul keluhan yang mengganggu aktivitas harian dan tidak membaik setelah istirahat atau konsumsi obat-obatan yang dibeli di warung. Jarak dari rumah ke puskesmas berkisar antara 1 hingga 5 kilometer, dan biasanya ditempuh pasien dengan menggunakan transportasi umum.

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

**METODE**

Penelitian ini disusun dalam bentuk laporan kasus. Data primer dari penelitian ini dikumpulkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan kunjungan ke rumah untuk memberikan informasi tambahan tentang kondisi keluarga, faktor psikososial, dan lingkungan tempat tinggal. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien. Pendekatan analisis kualitatif dan kuantitatif digunakan untuk melakukan evaluasi secara menyeluruh dari awal hingga akhir penelitian.

**HASIL**

**Keluhan Utama**

Nyeri kepala dan terasa berputar sejak 1 minggu terakhir disertai nyeri ulu hati dan mual.

**Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik menunjukkan tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,6 °C, nadi 89 kali per menit, frekuensi nafas 20 kali per menit, berat badan 61 kilogram, tinggi 158 cm, IMT 24,4 kg/m2, dan LILA 26 cm.

**Status Generalis**

Tidak didapatkan konjungtiva anemis atau sklera ikterik yang ditemukan saat pemeriksaan mata dilakukan. Hasil pemeriksaan hidung, telinga, dan tenggorokan adalah normal. Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening servikal maupun pembesaran kelenjar tiroid. Pada inspeksi dan palpasi abdomen, terdapat nyeri tekan di regio epigastrium. Pada regio thorax, cor dalam batas normal, pulmo retraksi (-), vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-). Pemeriksaan ekstremitas menunjukkan akral terasa hangat, tidak ditemukan edema, dan waktu pengisian kapiler (capillary refill time) kurang dari dua detik.

**Status Lokalis**

Dilakukan pemeriksaan neurologis, yaitu

Status Neurologis

1. Nervus kranialis : dalam batas normal
2. Sensorik : dalam batas normal
3. 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
4. Refleks motorik :

* Reflek Fisiologis: Normorefleks pada Reflek bisep, trisep, patella, dan Achilles.
* Reflek Patologis: Ditemukan kesan dalam batas normal dengan hasil negatif pada Reflek Babinsky, Chaddock, Gordon, Gonda, Schaefer, Oopenheim, dan Hoffman-tromner.

**Pemeriksaan Penunjang**

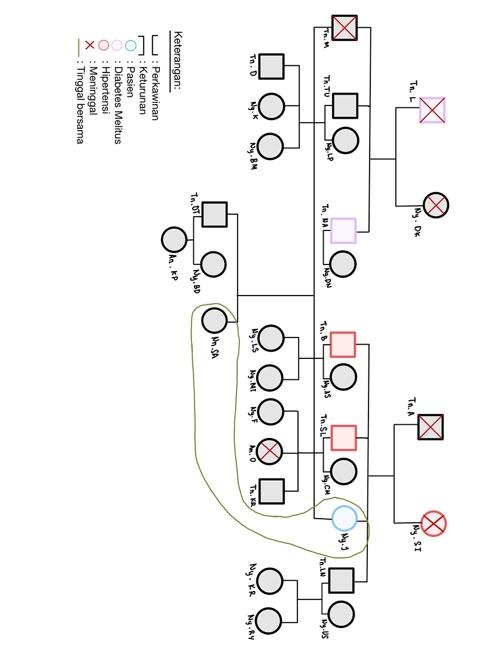
Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

**Data Keluarga**

Pasien adalah anak ketiga dari empat bersaudara, dan kedua orang tuanya telah meninggal. Suami pasien (Tn. M) juga telah meninggal dunia. Pasien memiliki dua orang anak, yaitu satu laki-laki (Tn. OT) dan satu perempuan (Nn. SA), dan saat ini tinggal bersama anak perempuannya (Nn. SA).

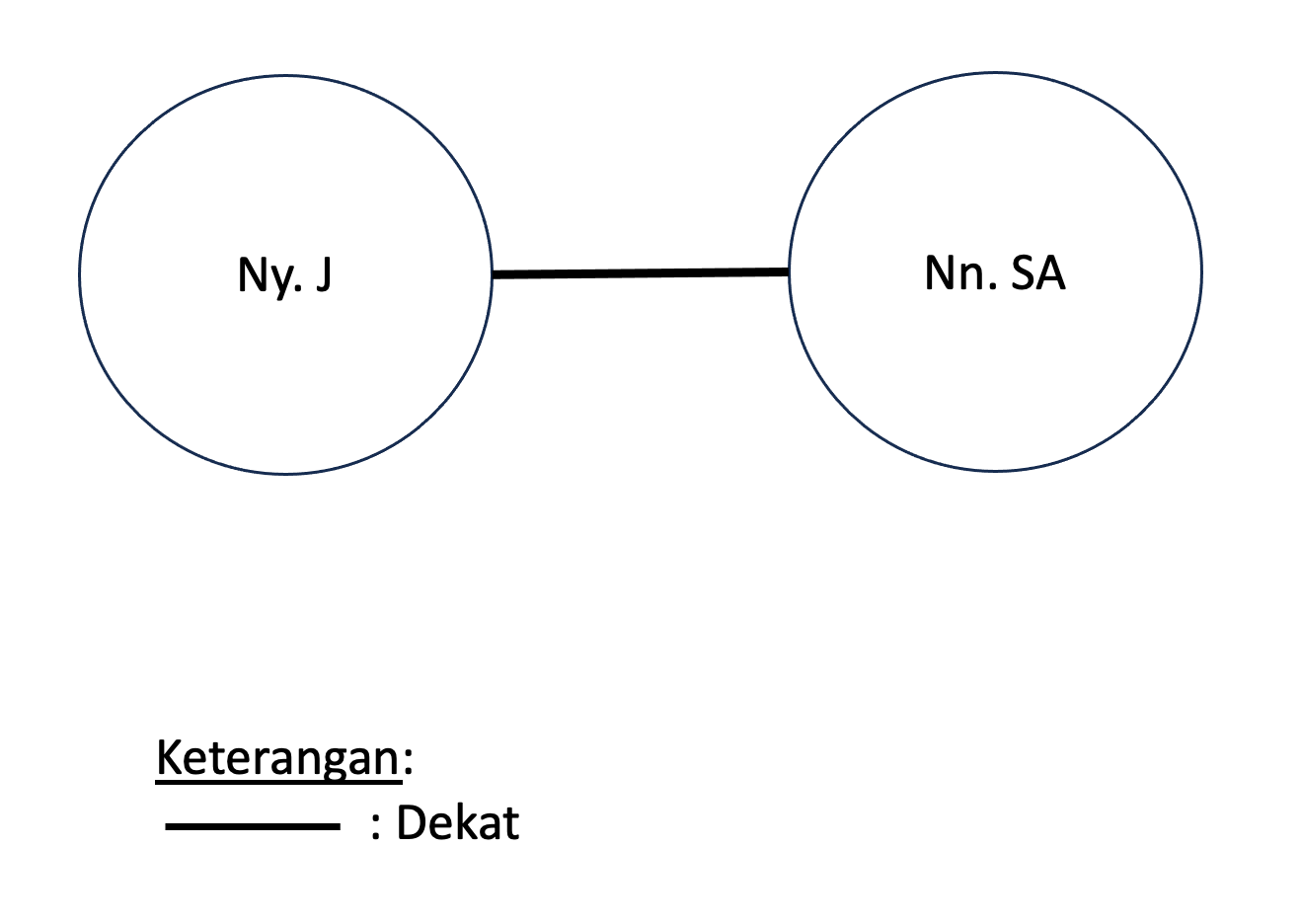
Komunikasi antaranggota keluarga berlangsung dengan baik. Proses pengambilan keputusan dalam keluarga dilakukan melalui musyawarah, dengan pasien sebagai kepala keluarga yang menentukan keputusan akhir. Pasien bekerja sebagai asisten rumah tangga. Penghasilan pasien dan anaknya yang bekerja sebagai pelayan restoran menghasilkan sekitar Rp2.500.000 per bulan, yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Seluruh anggota keluarga telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Pola berobat keluarga bersifat kuratif, yaitu hanya mengakses layanan kesehatan saat muncul keluhan. Jarak rumah ke Puskesmas Kedaton sekitar 2,4 km dan biasanya ditempuh menggunakan sepeda motor.

**Genogram**



**Gambar 1.** Genogram keluarga Ny.J

***Family Maping***

******

**Gambar 2**. *Family Maping* Keluarga Ny.J

***Family APGAR Score***

Fungsi keluarga dari Ny. J dapat dilihat sebagai berikut:

**Tabel 1**. *Family APGAR* Keluarga Ny. J

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APGAR** | | **Skor** |
| *Adaptation* | Saya merasa puas karena saya dapat meminta pertolongan kepada keluarga saya ketika saya menghadapi permasalahan | 2 |
| *Partnership* | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya membahas berbagai hal dengan saya dan berbagi masalah dengan saya | 1 |
| *Growth* | Saya merasa puas karena keluarga menerima dan mendukung keinginan saya untuk memulai kegiatan atau tujuan baru dalam hidup saya | 2 |
| *Affection* | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi perasaan-perasaan saya, seperti kemarahan, kesedihan dan cinta | 2 |
| *Resolve* | Saya merasa puas dengan cara keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama | 1 |
| **Total** | | **8** |

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

***Family Life Cycle***

Menurut siklus Duvall, siklus hidup keluarga Ny. J berada dalam tahap keluarga.

**Gambar 3.** *Family Life Cycle* Keluarga Ny. J pada 05 Oktober 2024

***Family Screem***

Family Screem digunakan untuk menilai peran keluarga dalam menghadapi permasalahan serta pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan masing-masing anggota keluarga. Hasil penilaian Family Screem untuk keluarga Ny. J bisa dijabarkan sebagai berikut:

***Tabel 2.*** *Family Screem Keluarga Ny. J*

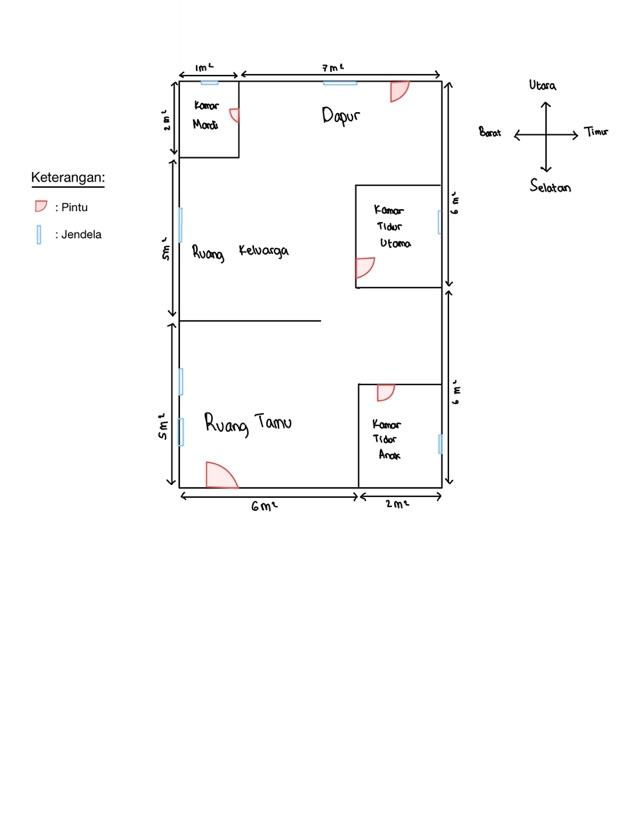
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ketika Seseorang di dalam anggota keluarga ada yang sakit*** | | ***SS*** | ***S*** | ***TS*** | ***STS*** |
| *S1* | *Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami* | *✔* |  |  |  |
| *S2* | *Teman-teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami* | *✔* |  |  |  |
| *C1*  Keluarga pemula  Keluarga *child hearing*  Keluarga dengan anak prasekolah  Keluarga dengan anak usia sekolah  Keluarga dengan anak remaja  Keluarga dengan anak dewasa  Keluarga usia pertengahan  Keluarga lanjut usia | *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 membantu keluarga kami* |  | *✔* |  |  |
| *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* |  |  | *✔* |  |
| *M1* | *Bantuan medis sudah tersedia di komunits kami* | *✔* |  |  |  |
| *M2* | *Dokter, perawat dan/petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami.* | *✔* |  |  |  |
| ***Total*** | | ***30*** | | | |

*Total Family SCREEM score 30 (fungsi keluarga adekuat)*

**DATA LINGKUNGAN RUMAH**

Pasien tinggal di rumah permanen yang diwariskan oleh orang tuanya. Rumah tersebut dihuni oleh dua orang, yaitu pasien (Ny. J) dan satu orang anaknya (Nn. SA). Lokasi rumah berjarak kurang lebih 2,4 km dari Puskesmas. Lingkungan tempat tinggal pasien cukup padat, dengan jarak antar rumah yang berdekatan. Ukuran rumah pasien adalah 8 x 12 meter dan terdiri dari satu lantai. Ada dua kamar tidur, satu kamar mandi, ruang keluarga, ruang tamu, dan dapur di rumah pasien. Lantai rumah pasien menggunakan keramik, dinding berupa beton yang sudah dilapis semen dan dicat, dengan atap genteng ditutupi plafon. Letak kamar tidur pasien berdekatan dengan ruang keluarga. Kamar tidur terdapat jendela dan ventilasi yang cukup. Rumah pasien memiliki sirkulasi udara dan pencahayaan yang kurang baik. Pasien mengonsumsi air minum dari galon isi ulang. Secara umum, kondisi dan kebersihan rumah tergolong cukup baik dan terjaga. Rumah telah dilengkapi dengan aliran listrik. Sumber air berasal dari PDAM, sementara pembuangan limbah dilakukan melalui septic tank.

**Denah Rumah**



**Gambar 4.** Denah Rumah Keluarga Ny.J

**DIAGNOSIS HOLISTIK AWAL**

1. **Aspek Personal**

* Alasan kedatangan: pasien datang karena ingin berobat dengan keluhan nyeri kepala berputar disertai nyeri ulu hati dan mual.
* Kekhawatiran: Pasien khawatir kondisi penyakitnya akan semakin parah dan berdampak pada kemampuannya untuk menjalani aktivitas sehari-hari.
* Persepsi: Pasien menganggap bahwa jika sakit kepala dan nyeri ulu hati yang ia rasakan dibiarkan terus-menerus dapat mendatangkan komplikasi di kemudian hari.
* Harapan: Harapan pasien terhadap penyakitnya agar keluhan pasien membaik.

1. **Aspek Klinik**

* Benign Paroxysmal Positional Vertigo (ICD-X: H81.1, ICPC-2: N17)
* Dyspepsia (ICD-X: K30, ICPC-2: D07)

1. **Aspek Risiko Internal**

* Pasien berjenis kelamin perempuan.
* Pasien memiliki pola tidur yang tidak teratur. (ICD X: G47.2)
* Pasien memiliki pola makan yang kurang baik dan tidak teratur. (ICD X: Z72.4)
* Pola pengobatan yang kuratif. (ICD X: Z76.8)
* Beban pikiran dan fisik saat bekerja sehari-hari sebagai asisten rumah tangga. (ICD X: Z56.6)
* Keterbatasan pemahaman terkait penyakit yang dialami, mencakup definisi, etiologi, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan di rumah, faktor risiko, serta upaya pencegahan terhadap kekambuhan.

1. **Aspek Risiko Eksternal**

* Psikososial keluarga: keluarga tidak memiliki pemahaman yang cukup tentang penyakit pasien.
* Pola pengobatan keluarga yang kuratif
* Pekerjaan pasien sebagai Asisten Rumah Tangga yang sibuk hingga mengakibatkan kelelahan.
* Persepsi lingkungan sekitar mengenai penyakit vertigo merupakan penyakit akibat kelelahan dan berkaitan dengan lambung

1. **Derajat Fungsional**

Pasien dengan derajat fungsional tingkat 2 masih mampu melakukan aktivitas ringan sehari-hari baik di dalam maupun di luar rumah, tetapi intensitas aktivitas telah berkurang dibandingkan dengan kondisi sebelum sakit.

**RENCANA INTERVENSI**

Tindakan intervensi disesuaikan dengan kondisi penyakit pasien , termasuk terapi medikamentosa dan non-medikamentosa. Terapi medikamentosa bertujuan untuk meredakan gejala pasien dan mencegah komplikasi, sehingga kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan. Sementara itu, intervensi non-medikamentosa mencakup memberikan informasi kepada pasien dan anggota keluarga mereka tentang kondisi vertigo.

**Tabel 3.** Target Terapi Berdasarkan Diagnostik Holistik Awal

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostik Holistik** | **Terapi** |
| Vertigo | Hilangnya keluhan vertigo |
| Dispepsia | Hilangnya keluhan dispepsia |
| Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit yang dialaminya | Pasien mampu memahami kondisi penyakit yang dialami, menunjukkan kepedulian yang lebih besar terhadap penyakitnya, serta menerapkan pola hidup yang lebih disiplin. |

***Patient Centered***

Non Farmakologi:

* 1. Pemberian edukasi terkait penyakit yang dialami pasien mencakup penjelasan mengenai definisi, etiologi, faktor risiko, langkah pengobatan, serta upaya pencegahan kekambuhan vertigo dan dispepsia.
  2. Pasien diberikan informasi mengenai tindakan-tindakan yang dapat dilakukan dalam rangka pencegahan terhadap kekambuhan vertigo dan dispepsia.
  3. Edukasi mencakup penjelasan mengenai pentingnya latihan vestibular serta cara pelaksanaannya dengan metode Brandt-Daroff..
  4. Edukasi kepada pasien mengenai indikasi, kontraindikasi, komplikasi dan tatalaksana yang sesuai selama proses maneuver berlangsung.
  5. Edukasi kepada pasien tentang pentingnya diet yang tepat, reguler, dan sehat.
  6. Edukasi kepada pasien dan anggota keluarga terkait berbagai faktor yang dapat memicu kekambuhan gejala.
  7. Edukasi kepada pasien untuk kontrol teratur ke fasilitas kesehatan untuk mengidentifikasi faktor risiko kekambuhan.
  8. Edukasi kepada keluarga mengenai pemberian dukungan dan membantu pekerjaan sehari-hari pasien.

Farmakologi :

* + - 1. Betahistine Mesylate 6mg 3x1
      2. Lansoprazole 30mg 2x1

***Family Focus***

* 1. Menyampaikan informasi kepada keluarga terkait kondisi medis yang diderita oleh pasien, termasuk faktor pencetus, gejala klinis, pilihan pengobatan, serta langkah-langkah pencegahan terhadap kemungkinan komplikasi.
  2. Memberikan penjelasan dan melibatkan anggota keluarga dalam pemantauan kondisi pasien serta membantu latihan keseimbangan yang akan dilakukan pasien untuk mengurangi keluhan vertigo.
  3. Melakukan edukasi dan mengajak keterlibatan aktif anggota keluarga dalam memantau keteraturan pola makan pasien serta mengawasi jenis asupan nutrisi yang dikonsumsi.
  4. Memberikan edukasi kepada keluarga terkait indikasi, kontraindikasi, kemungkinan komplikasi, dan prosedur tatalaksana yang tepat selama pelaksanaan manuver.
  5. Menginformasikan kepada keluarga mengenai faktor predisposisi atau pencetus kondisi medis pasien serta menekankan pentingnya peran keluarga dalam memberikan dukungan emosional dan motivasi selama proses perawatan.
  6. Memberikan pemahaman kepada keluarga tentang pentingnya kunjungan kontrol secara rutin ke fasilitas kesehatan terdekat guna menjaga stabilitas kondisi pasien dan mencegah terjadinya komplikasi.

***Community Oriented***

1. Menyampaikan informasi dan pemberian motivasi melalui media cetak berupa poster yang dicetak, disertai edukasi langsung, dengan tujuan meningkatkan pemahaman pasien mengenai vertigo dan dispepsia.
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 telah membaik
* Kekhawatiran: Pasien sudah tidak lagi merasa cemas terhadap kemungkinan memburuknya penyakit maupun dampaknya terhadap aktivitas harian.
* 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.

1. **Aspek Klinik**
   1. *Benign Paroxysmal Positional Vertigo* (ICD-X: H81.1; ICPC 2: N17)
   2. *Dyspepsia* (ICD-X: K30, ICPC-2: D07)
2. **Aspek Risiko Internal**
   1. Pasien sudah mengetahui bahwa perempuan lebih berisiko terkena vertigo dan dispepsia.
   2. Pasien sudah mengetahui bahwa pola tidur yang tidak teratur dapat memicu terjadinya vertigo.
   3. Pasien telah memahami bahwa pola makan yang tidak adekuat dan tidak teratur dapat menjadi faktor pemicu timbulnya gejala dispepsia.
   4. Pasien mengetahui pentingnya kontrol rutin dan konsultasi kepada dokter dan sudah mau untuk merutinkan hal tersebut.
   5. Pasien sudah mengetahui bahwa stress dan kelelahan dapat memicu dan memperburuk vertigo dan dispepsia.
   6. Pemahaman pasien terhadap definisi, etiologi, faktor risiko, gejala klinis, metode pengobatan, serta potensi komplikasi dari penyakit yang dialaminya telah mengalami peningkatan.
3. **Aspek Risiko Eksternal**
   1. Tingkat pemahaman keluarga pasien mengenai definisi, etiologi, faktor risiko, manifestasi klinis, metode pengobatan, serta kemungkinan komplikasi dari penyakit yang dialami pasien telah mengalami peningkatan.
   2. Keluarga pasien sudah mulai menerapkan pola pengobatan preventif.
   3. Keluarga pasien sudah memahami bahwa vertigo dan dispepsia memiliki banyak faktor pencetus.
4. **Derajat Fungsional**

Pasien memiliki derajat fungsional tingkat 1 (satu) karena pasien mampu menjalani aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

**PEMBAHASAN**

Studi kasus ini dilakukan pada Ny. J, seorang wanita berusia 56 tahun yang mengalami vertigo, melalui pendekatan holistik yang mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial. Pendekatan pembinaan tidak hanya difokuskan pada pasien, tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian penting dalam proses penatalaksanaan. Hal ini didasari oleh pemahaman bahwa keberhasilan pengendalian penyakit tidak hanya bergantung pada pasien dan tenaga kesehatan, melainkan juga dipengaruhi oleh dukungan serta pemahaman dari keluarga.

Kasus ini mengangkat permasalahan kesehatan pada seorang wanita berusia 56 tahun yang mengunjungi Puskesmas Kedaton dengan keluhan utama pusing berputar disertai mual. Keluhan pusing berputar dirasakan pasien kepala berputar sejak satu minggu lalu. 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 dirasakan semakin berat ketika pasien mengubah posisi tubuh, terutama saat beralih dari posisi tidur ke duduk atau sebaliknya. Gejala tersebut cenderung mereda ketika pasien memejamkan mata dan beristirahat. Pasien menyatakan bahwa ini merupakan kali kedua ia mengalami keluhan serupa. Sensasi pusing muncul secara tiba-tiba dengan pola yang hilang-timbul. Selain itu, pasien juga mengeluhkan mual dan nyeri pada daerah epigastrium yang juga bersifat hilang-timbul dan telah berlangsung selama enam bulan terakhir. Menurut pasien, pola makan dan kebiasaan tidur yang tidak teratur adalah penyebab munculnya keluhan tersebut. Pasien sering begadang dan sering kali melewatkan waktu makan karena pekerjaannya baru selesai pada malam hari.

Pasien menyangkal adanya keluhan seperti sensasi melayang, gangguan pendengaran, demam, maupun riwayat trauma pada kepala atau leher. Namun, sensasi pusing berputar dan nyeri di daerah epigastrium masih dirasakan dan cukup mengganggu aktivitas harian pasien.

Dari hasil pemeriksaan fisik diketahui Keadaan umum: tampak sakit sedang; kesadaran: compos mentis dengan nilai GCS (Glasgow Coma Scale) 15; suhu: 36,7oC; tekanan darah: 110/70 mmHg; frekuensi nadi: 85x/ menit; frekuensi nafas: 20x/menit; berat badan: 61 kg; tinggi badan: 158 cm. IMT: 24,4 kg/m2 (Normal). Pada pemeriksaan fisik abdomen ditemukan nyeri tekan di regio epigastrium. Pemeriksaan dengan manuver Dix-Hallpike menunjukkan hasil positif berupa nistagmus dengan arah horizontal. Pada uji Romberg yang dipertajam, pasien menunjukkan kecenderungan untuk jatuh ke sisi kanan saat mata tertutup. Sedangkan pada uji Tandem Gait, pasien mampu berjalan dengan pola tandem tanpa terjatuh, meskipun terdapat sedikit deviasi arah dan ketidakseimbangan. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik tersebut, pasien ditegakkan diagnosis vertigo perifer tipe BPPV (Benign Paroxysmal Positional Vertigo) dan dispepsia.

Vertigo merupakan suatu gejala yang ditandai dengan sensasi perubahan posisi, baik dari tubuh sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Vertigo dapat didiagnosa melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pasien vertigo biasanya mengeluhkan sensasi berputar yang disebabkan oleh perubahan posisi kepala, dengan intensitas cukup berat, dan berlangsung singkat sekitar 10 hingga 30 detik, serta disertai gejala tambahan seperti mual, muntah, dan keringat dingin. Berdasarkan hasil anamnesis pada pasien, keluhan tersebut sesuai, yaitu ditemukan adanya sensasi pusing berputar yang disertai mual.

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan untuk memastikan diagnosis vertigo berupa pemeriksaan neurologis seperti pemeriksaan motorik, sensorik, nervus kranialis, dan pemeriksaan keseimbangan. Pemeriksaan motorik dapat menunjukkan adanya hemiparesis, sedangkan pada pemeriksaan sensorik dapat ditemukan hemihipestesi. Evaluasi nervus kranialis dapat memperlihatkan gangguan pada saraf kranialis III, IV, VI, cabang sensorik dari V, serta saraf kranialis VII hingga 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.

Dalam manuver Dix-Hallpike, pasien diposisikan dengan cepat dari posisi duduk ke posisi terlentang dengan kepala diputar 45 derajat ke arah kanan. Setelah sekitar dua puluh hingga tiga puluh detik, pasien dikembalikan ke posisi duduknya. Apabila tidak ditemukan nistagmus, langkah yang sama dilakukan untuk sisi kiri.8.

Hasil pemeriksaan keseimbangan yang dapat ditemukan pada pasien vertigo yaitu uji nistagmus: apabila disebabkan oleh vertigo sentral maka arah nistagmusnya adalah horizontal; uji Romberg: apabila pasien kehilangan keseimbangan saat berdiri dengan kedua kaki dirapatkan dan mata terbuka, hal ini mengarah pada kemungkinan adanya gangguan pada serebelum. Namun, jika pasien mampu berdiri stabil dengan mata terbuka tetapi mulai goyah atau cenderung jatuh ke satu sisi ketika mata ditutup, maka hal tersebut mengindikasikan kemungkinan adanya gangguan pada sistem vestibular atau proprioseptif; uji romberg dipertajam: Jika pasien mengalami jatuh saat berdiri dengan posisi tandem dan mata terbuka, kemungkinan terdapat gangguan pada serebelum. Namun, jika pasien stabil saat mata terbuka tetapi cenderung jatuh ke satu sisi ketika mata ditutup hal ini menunjukkan kemungkinan adanya kelainan proprioseptif atau vestibular; uji tandem gait: Pada gangguan serebral, pasien tidak mampu melakukan berjalan secara tandem dan cenderung jatuh ke salah satu sisi. Sementara pada gangguan vestibular, pasien akan menunjukkan deviasi saat berjalan; past pointing test: Pada gangguan vestibuler, saat mata ditutup, jari pasien akan mengalami perubahan deviasi ke arah lesi. Sedangkan pada kelainan serebral, akan ditemukan gejala hipermetri atau hipometri9.

Pada pasien ini, pemeriksaan motorik, sensorik, dan nervus kranialis menunjukkan hasil normal tanpa kelainan, akan tetapi pada pemeriksaan keseimbangan dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami kelainan vertigo vestibular.

Gejala khas dari dispepsia fungsional terbagi menjadi tiga subtipe, yaitu sindrom nyeri epigastrium (epigastric pain syndrome/EPS), sindrom gangguan pascakap makan (postprandial distress syndrome/PDS), serta kombinasi dari kedua sindrom tersebut. Gejala ini bisa muncul secara akut maupun kronis. Penting untuk menanyakan tingkat keparahan dan durasi gejala pada pasien. Diagnosis dispepsia dapat ditegakkan menggunakan kriteria berbasis gejala.14

Menurut kriteria Roma VI, pada orang dewasa, dispepsia fungsional tanpa adanya bukti penyakit struktural didiagnosis apabila terdapat minimal satu gejala yang berlangsung selama kurang lebih tiga bulan, disertai permulaan gejala setidaknya enam bulan sebelumnya, serta menimbulkan penurunan kualitas hidup:

(1)Rasa kenyang dan penuh setelah makan; (2) Nyeri pada regio epigastrik; (3)Sensasi terbakar pada regio epigastrik; (4)Rasa kenyang lebih awal.14

Pada pasien ini ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisik abdomen, yaitu nyeri tekan disertai sensasi terbakar di daerah epigastrium yang telah berlangsung selama 6 bulan terakhir, dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami kelainan dispepsia fungsional.

Pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk membantu mengidentifikasi etiologi vertigo meliputi radiografi cranium dan servikal, CT scan, arteriografi, magnetic resonance imaging (MRI), elektromiografi (EMG), elektroensefalografi (EEG), serta pemeriksaan brainstem auditory evoked potential (BAEP).9 Sementara itu, pemeriksaan penunjang yang bisa digunakan untuk menetapkan diagnosis dispepsia antara lain kultur bakteri dan endoskopi. Namun, pemeriksaan ini tidak dilakukan pada pasien ini karena keterbatasan fasilitas di Puskesmas.

Berdasarkan hasil anamnesis holistik, diketahui bahwa pola pengobatan yang dijalani oleh pasien dan keluarganya masih bersifat kuratif, yakni pasien hanya mengakses layanan kesehatan ketika muncul keluhan atau gejala yang dirasakan. Pasien dan keluarga pasien mengaku dirinya dan keluarga belum mengetahui riwayat penyakit yang diderita dan mereka belum mengetahui bahwa penyakit vertigo serta dispepsia yang diderita pasien bisa mengalami kekambuhan sehingga harus mengetahui hal-hal yang dapat memicu terjadinya kekambuhan pada pasien.

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

Pembinaan kedokteran keluarga untuk pasien ini dilakukan sebanyak tiga kali kunjungan. Kunjungan pertama berlangsung pada 11 Oktober 2024, yang diisi dengan sesi perkenalan antara dokter, pasien, dan keluarga, serta penjelasan mengenai tujuan dan maksud dari kegiatan tersebut. Selanjutnya dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis dilakukan secara menyeluruh (holistik) untuk memetakan hubungan keluarga, fungsi biologis, keadaan psikososial, kondisi ekonomi, kebiasaan kesehatan, serta sumber daya dan infrastruktur kesehatan yang tersedia. Setelah semua informasi terkumpul, daftar masalah pasien dan keluarga dikompilasi, termasuk aspek pribadi, klinis, risiko internal, risiko eksternal, dan penilaian tingkat fungsional. guna menentukan bentuk intervensi yang tepat.

Berdasarkan dari hasil kunjungan pertama, pasien mengatakan bahwa ia sudah pernah terkena vertigo sebelumnya dan memiliki dispepsia sejak 6 bulan yang lalu. Pasien mengakui memiliki kebiasaan tidur serta manajemen stres yang kurang baik. Pasien kerap kali kelelahan karena bekerja hingga larut malam dan tidak pulang ke rumah. Pasien juga memiliki kebiasaan makan 1-2 kali perhari, dan sering terlambat.

Setelah diidentifikasi permasalahan serta faktor-faktor yang memengaruhinya, intervensi dilanjutkan pada kunjungan kedua yang dilakukan pada tanggal 18 Oktober 2024. Intervensi dilakukan dalam dua pendekatan utama, yaitu medikamentosa dan non medikamentosa. Sebelum pelaksanaan intervensi, dilakukan anamnesis ulang dan pemeriksaan fisik untuk menilai perkembangan kondisi pasien. Selanjutnya, pasien diminta mengerjakan pretest yang berisi pertanyaan terkait vertigo dan dispepsia untuk mengevaluasi tingkat pengetahuan mengenai definisi, etiologi, faktor risiko, gejala, serta komplikasi yang mungkin timbul dari kedua penyakit tersebut. Untuk mengevaluasi efikasi intervensi dalam meningkatkan pengetahuan pasien, nilai pretest akan dikomparasikan dengan nilai posttest setelah pelaksanaan intervensi. Berdasarkan hasil pretest, pasien memperoleh skor 50, yang menunjukkan bahwa pemahaman pasien mengenai penyakit vertigo dan dispepsia yang dialaminya masih belum optimal.

Pendekatan non-farmakologis melibatkan penggunaan media edukasi, seperti poster, yang menyajikan informasi tentang definisi, etiologi, faktor risiko, gejala, dan komplikasi penyakit pasien. Selain itu, disampaikan pula metode Brandt-Daroff sebagai bagian dari penatalaksanaan vertigo dan pedoman pola diet yang sesuai untuk menangani dispepsia. Setelah memberikan informasi kepada pasien, langkah selanjutnya adalah sesi konseling mengenai aktivitas fisik dan pengaturan pola tidur yang disesuaikan dengan kondisi medis pasien. Anggota keluarga juga mendapatkan edukasi mengenai urgensi deteksi dini penyakit melalui pemanfaatan layanan kesehatan. Selain itu, keluarga juga berperan penting dalam mendukung kepatuhan pasien terhadap pengaturan diet dan aktivitas fisik.

Disampaikan juga edukasi kepada pasien mengenai manfaat 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 senyawa analog histamin yang bekerja ganda, yaitu sebagai agonis pada reseptor H1 histamin dan antagonis pada reseptor H3. Obat ini bekerja di sistem saraf pusat, khususnya pada jalur neuron yang berperan dalam proses pemulihan gangguan pada sistem vestibular12. Sedangkan Lansoprazole 2x30 mg diberikan untuk keluhan dispepsia pasien.

Lansoprazole adalah agen farmakologis dari kelas Proton Pump Inhibitor (PPI) yang bekerja dengan menghambat produksi asam lambung berlebih. Obat ini efektif dalam mengurangi sekresi asam lambung. Mekanisme kerjanya adalah dengan mengikat dan menginaktivasi enzim H⁺/K⁺-ATPase pada sel parietal lambung, sehingga menghambat transpor ion H⁺ ke dalam lumen lambung dan menurunkan produksi asam. Dibandingkan dengan PPI lainnya, lansoprazole memiliki bioavailabilitas yang paling tinggi, yaitu sekitar 80–90%.15

Kunjungan ketiga dilaksanakan pada tanggal 22 Oktober 2024 dengan tujuan untuk mengukur dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilaksanakan sebelumnya. Kegiatan evaluasi bertujuan untuk menilai apakah hasil intervensi yang dilakukan sudah mencapai target intervensi yang diharapkan atau belum. Berdasarkan hasil evaluasi, terdapat perbaikan kondisi klinis pasien yang ditunjukkan dengan tidak adanya lagi keluhan pusing berputar maupun nyeri epigastrium. Pada evaluasi ini juga dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil: tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 70 kali per menit, frekuensi napas 18 kali per menit, dan suhu tubuh 36,8ºC. Tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai definisi, etiologi, gejala, faktor risiko, serta komplikasi yang mungkin timbul dari vertigo dan dispepsia juga menunjukkan peningkatan, sebagaimana terlihat dari perbandingan skor pretest dan posttest.

Pasien juga sudah mulai melakukan modifikasi gaya hidup dengan mengatur jadwal tidur dan menghindari stres dan kelelahan yang terlalu berlebihan. Pasien mengatakan telah mencoba untuk mengatur pola makan yang lebih teratur dan baik. Pasien juga mengaku sudah melakukan latihan vestibular dengan metode brandt-daroff untuk menghilangkan keluhan vertigo yang dialaminya.

Pasien menyampaikan bahwa tingkat kekhawatirannya telah berkurang seiring dengan peningkatan pemahaman dan pengetahuan terhadap kondisi penyakit yang dialaminya. Persepsi pasien terhadap penyakit mengalami perubahan positif setelah mengetahui bahwa keluhan pusing berputar yang dialaminya merupakan manifestasi klinis dari vertigo, dan dapat membaik melalui latihan vestibular dengan metode Brandt-Daroff.

**Tabel 4.** Hasil Evaluasi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | ***Pre* Intervensi** | ***Post* Intervensi** | | **Δ** | |
| Keluhan vertigo | Pasien mengeluhkan pusing berputar disertai mual. | Keluhan pusing berputar, mual sudah tidak dirasakan pasien | Hilangnya keluhan vertigo. | | |
| Keluhan dispepsia | Pasien mengeluhkan nyeri pada ulu hati. | Keluhan nyeri pada ulu hati sudah tidak dirasakan pasien | Hilangnya keluhan dispepsia. | | |
| Pengetahuan |  |  |  | | |
| - Ny. J | 50 | 90 | ↑ 40 poin | | |
| - Nn. SA | 60 | 90 | ↑ 30 poin | | |
| Aktivitas fisik | Pasien jarang melakukan aktivitas fisik | Pasien rutin melakukan aktivitas fisik selama kurang lebih 30 menit sebanyak 2-3 kali dalam seminggu | Pasien rutin melakukan aktivitas fisik | | |
| Pola makan | Pasien seringkali telat makan dan memiliki pola makan yang tidak teratur | Pasien memiliki pola makan teratur 3 kali sehari dan tidak menunda makan. | Pasien memiliki pola makan yang teratur. | | |
| 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. J, usia 56 tahun, memiliki faktor risiko internal berupa pendekatan pengobatan yang bersifat kuratif serta keterbatasan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita, termasuk pemahaman tentang definisi, etiologi, pentingnya penerapan terapi di rumah, faktor risiko, dan upaya pencegahan kekambuhan.
2. Faktor risiko eksternal yang memengaruhi pasien mencakup aspek psikososial keluarga, yakni kurangnya pemahaman anggota keluarga terhadap kondisi medis pasien, kecenderungan keluarga dalam menjalankan pengobatan yang juga bersifat kuratif, serta persepsi masyarakat sekitar yang menganggap vertigo disebabkan oleh kelelahan, stres, dan berkaitan erat dengan gangguan lambung seperti dispepsia.
3. Intervensi edukatif diberikan kepada pasien melalui media poster yang memuat informasi terkait vertigo dan dispepsia, guna meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi tersebut.
4. Setelah dilakukan implementasi manajemen holistik dan komprehensif melalui pendekatan kedokteran keluarga, didapatkan adanya peningkatan pengetahuan baik pada pasien maupun keluarga, yang diikuti dengan perbaikan kondisi klinis, ditandai oleh berkurangnya keluhan yang sebelumnya dirasakan pasien.

**SARAN**

**Bagi Pasien**

1. Disarankan untuk selalu melakukan Latihan *Brandt-Daroff* dan tidak melakukan perubahan posisi tubuh secara mendadak agar tidak terjadi serangan vertigo.
2. Disarankan untuk menerapkan pola makan yang teratur dan terjadwal, serta menghindari konsumsi makanan yang berpotensi memicu kekambuhan gejala dispepsia.
3. Disarankan untuk berkonsultasi ke FKTP atau puskesmas untuk melakukan pemeriksaan rutin lainnya
4. Disarankan untuk bisa terus menyebarkan informasi pada tetangga dan keluarga lainnya tentang vertigo.

**Bagi Keluarga Pasien**

1. Disarankan untuk membantu Ny. J dalam mobilisasi saat keluhan muncul.
2. Disarankan untuk membantu Ny. J dalam mengurangi beban stress dan pekerjaan nya sehari-hari.
3. Diberikan motivasi dan dukungan psikososial kepada pasien guna meningkatkan kepatuhan serta membantu mengurangi risiko kekambuhan penyakit.

**Bagi Puskesmas**

1. Kegiatan promosi kesehatan pada masyarakat tentang vertigo dan dispepsia dapat membuat pasien lebih memahami penyakit serta tatalaksana serangan penyakit.
2. Menyediakan layanan kesehatan holistik dan komprehensif berdasarkan pada Evidence-Based Medicine (EBM), disesuaikan dengan temuan ilmiah terkini serta mempertimbangkan ketersediaan sumber daya yang ada 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 Kedaton. 2022. Profil Puskesmas Kedaton Tahun 2022. Lampung: UPT Puskesmas Kedaton.
7. Hande V, Jain S, Ranjan A, Murali M, Singh CV, Deshmukh P, dkk. 2023. Vestibular, Central, and Non-Vestibular Etiologies of Vertigo and Disequiibrium: 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 Gerjala Vertigo Perifer di Klinik Al Ma'soem Cibulareng. *J SOSAINS.* 2021;1(10): 1315-1325
13. Deviani E, Fuddin A, Najikhah N. 2021. Gambaran Resiko Terjadinya Gastritis Pada Mahasiswa/I Akademi Keperawatan Abulyatama Banda Aceh. Jurnal Sains Riset, 11(3). 828–832.
14. Francis P, Zavala SR. 2023. Functional Dyspepsia. In StatPearls. USA: StatPearls Publishing.
15. Santjoko GG, Santosa DN. 2022. Efektivitas Kombinasi Natrium Hipoklorit dengan Lansoprazole dalam Menghambat Enterococcus faecalis dan Eschericia coli. Jurnal Kedokteran Gigi Terpadu. 4(1)