



PENATALAKSANAAN HOLISTIK PASIEN Nn. F USIA 18 TAHUN DENGAN VERTIGO MELALUI PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA

Muhammad Burdadi Adiwino^{*}, Tutik Ernawati, Anggi Marta Dwi Sasmita, M. Fitra Wardhana Sayoeti

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung, Jl. Prof. DR. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedong Meneng, Rajabasa, Lampung, Indonesia 35145, Indonesia

[*m.burdadias@gmail.com](mailto:m.burdadias@gmail.com)

ABSTRAK

Vertigo adalah suatu istilah yang berasal dari bahasa Latin, *vertere*, yang berarti memutar. Secara umum, vertigo dikenal sebagai ilusi bergerak atau halusinasi gerakan. Vertigo ditemukan dalam bentuk keluhan berupa rasa berputar – putar atau rasa bergerak dari lingkungan sekitar (vertigo sirkuler) namun kadang – kadang ditemukan juga keluhan berupa rasa didorong atau ditarik menjauhi bidang vertikal (vertikal linier). Tujuan: Menerapkan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi factor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis evidence based medicine dan bersifat family-approached dan patient-centered Metode: Analisis studi ini adalah laporan kasus. Data primer diperoleh melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien di Puskesmas. Penilaian dilakukan berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses, dan akhir studi secara kuantitatif dan kualitatif Hasil: Nn. F usia 18 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan pusing berputar sejak 2 hari sebelum datang ke puskesmas. Pusing berputar timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepalanya untuk duduk maupun berdiri setelah tidur. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Kekhawatiran pasien yaitu keluhan bertambah berat dan mengganggu aktivitasnya sehari-hari. Pasien didiagnosis dengan vertigo berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pasien kurang mengetahui mengenai penyakit yang dideritanya. Pengetahuan keluarga tentang Vertigo masih rendah. Dilakukan intervensi non- medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya dengan edukasi terkait penyakit pasien dalam 3 kali kunjungan rumah. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah keluhan pasien berkurang dan pengetahuan pasien serta keluarganya terkait vertigo meningkat. Kesimpulan: Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga Ny. F usia 18 tahun dengan Vertigo yang disesuaikan berdasarkan diagnostik holistik awal. Intervensi yang dilakukan telah menambah pengetahuan pasien dan mengubah beberapa perilaku pasien dan keluarganya, yang ditunjukkan dengan perbaikan pada diagnostik holistik akhir.

Kata kunci: kedokteran keluarga; penatalaksanaan holistik; vertigo

HOLISTIC MANAGEMENT OF PATIENTS Ms. F 18 YEARS OLD WITH VERTIGO THROUGH A FAMILY MEDICAL APPROACH

ABSTRACT

*Vertigo is a term that comes from Latin, *vertere*, which means to twist. In general, vertigo is known as the illusion of movement or movement hallucination. Vertigo is found in the form of complaints in the form of a feeling of spinning or a feeling of movement in the surrounding environment (circular vertigo) but sometimes complaints are also found in the form of a feeling of being pushed or pulled away from the vertical plane (linear vertical). Objective: Apply a holistic and comprehensive family doctor approach in detecting risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence-based medicine and in a family-approached and patient-centered manner Method: This study analysis is a case report. Primary data was obtained through history taking and physical examination. Secondary data was obtained from patient medical records at the Community Health Center. The assessment is carried out based on a holistic diagnosis of the beginning, process and end of the study*

quantitatively and qualitatively Result: Ms. F, 18 years old, came to the Puskesmas with complaints of dizziness since 2 days before coming to the Puskesmas. The dizziness appears suddenly, is felt continuously and gets worse when the patient lifts his head to sit or stand after sleeping. Complaints accompanied by nausea, vomiting and cold sweat. The patient experienced vomiting twice. The patient's concern is that the complaints are getting worse and interfering with their daily activities. Patients are diagnosed with vertigo based on history and physical examination. Patients do not know enough about the disease they suffer from. Family knowledge about Vertigo is still low. Non-medical and medical interventions were carried out on patients and their families with education regarding the patient's illness in 3 home visits. The evaluation results obtained were that patient complaints decreased and patient and family knowledge regarding vertigo increased. Conclusion: Holistic management has been carried out using the approach of Mrs. F 18 year old with Vertigo adjusted based on initial holistic diagnostics. The interventions carried out have increased patient knowledge and changed several patient and family behaviors, as shown by improvements in the final holistic diagnostic.

Keywords: family medicine; holistic management; vertigo

PENDAHULUAN

Vertigo adalah suatu istilah yang berasal dari bahasa Latin, *vertere*, yang berarti memutar (Bashiruddin, 2008). Secara umum, vertigo dikenal sebagai ilusi bergerak atau halusinasi gerakan. Vertigo ditemukan dalam bentuk keluhan berupa rasa berputar – putar atau rasa bergerak dari lingkungan sekitar (vertigo sirkuler) namun kadang – kadang ditemukan juga keluhan berupa rasa didorong atau ditarik menjauhi bidang vertikal (vertikal linier) (Bashiruddin, 2008). Angka kejadian vertigo diperkirakan 1,8% diantara orang dewasa muda dan 13-38% pada orang lanjut usia (elderly). Insidennya meningkat seiring dengan meningkatnya umur. Prevalensi vertigo di Jerman tahun 2018 usia 18 hingga 79 tahun adalah 30%, 24% dikarenakan kelainan vestibular. Prevalensi di Indonesia pada tahun 2017 adalah 50% dari orang berusia 75 tahun, pada tahun 2018 50% dari usia 40-50 tahun dan merupakan keluhan nomor tiga paling sering dikeluhkan oleh penderita yang datang ke praktek umum setelah nyeri kepala dan stroke. Berdasarkan kelompok usia pada tahun 2019, angka kejadian vertigo paling banyak terjadi pada usia 45- 64 tahun sebanyak 74 pasien dan terjadi pada laki-laki penyakit vertigo sebanyak 58 pasien (Bahrudin, 2013; Cetin et al, 2018).

Serangan vertigo jika tidak segera ditangani akan menyebabkan dampak buruk bagi pasien. Dampak yang lain adalah vertigo dapat menjadi indikasi serius terhadap gangguan pada telinga. Infeksi yang terjadi pada bagian dalam telinga bisa menyebabkan kerusakan organ telinga sehingga penderita dapat kehilangan pendengaran secara permanen (Bashiruddin, 2008). Dampak lain dari vertigo akan mengganggu aktivitas sehari-hari dan menyebabkan resiko jatuh, oleh karena itu pasien dengan vertigo lebih menghindari kegiatan fisik yang berlebihan sehingga pasien dengan vertigo akan menurunkan kualitas hidupnya akibat ketidaknyamanan yang dialaminya (Depkes RI, 2015). Pasien dengan vertigo perlu dilakukan penatalaksanaan holistik melalui pendekatan kedokteran keluarga untuk membantu meningkatkan kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan secara holistik bertujuan untuk mengidentifikasi masalah klinis pada pasien dan masalah fungsi keluarga, melakukan intervensi, serta evaluasi hasil intervensi. Intervensi ini diharapkan dapat menyelesaikan masalah klinis pada pasien dan keluarga, mengubah perilaku kesehatan keluarga dan partisipasi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan. Mengidentifikasi faktor risiko internal dan eksternal serta masalah klinis pada pasien Penerapan pelayanan dokter keluarga berbasis evidence based medicine pada pasien berdasarkan kerangka penyelesaian masalah pasien dengan pendekatan patient centered dan family approach.

ILUSTRASI KASUS

Pasien Nn. F, 18 tahun, seorang ibu siswa datang tanpa didampingi keluarga ke Puskesmas Sukaraja pada tanggal 14 Oktober 2023 pukul 09.00 WIB. Pasien datang dengan keluhan pusing berputar sejak dua hari yang lalu. Pusing berputar timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepalanya untuk duduk maupun berdiri setelah tidur. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Pasien merasa bahwa keluhan yang muncul dipengaruhi oleh rasa lelah karena aktivitas sehari-harinya. Keluhan gangguan pendengaran, telinga berdenging, dan kelemahan anggota gerak disangkal. Keluhan sudah berulang dan pertama kali dirasakan enam tahun yang lalu. Pasien hanya minum obat sakit kepala yaitu Bodrex Extra dan tidak merasa ada perubahan. Pasien khawatir penyakit yang dideritanya akan semakin parah dan menghambat aktivitas pasien sehari-hari. Pasien berharap keluhan tersebut berkurang dan penyakit tidak semakin memburuk sehingga pasien dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari seperti biasanya.

Pasien mengatakan pada tahun 2020 saat mengalami keluhan serupa, pasien didiagnosis oleh dokter puskesmas dan dokter klinik keluarga dengan Vertigo lalu pasien mengonsumsi betahistin mesylate tiga kali sehari yang diminum pada pagi, siang dan malam hari. Pasien rutin mengonsumsi obat saat mengalami keluhan dan control ke Puskesmas atau dokter klinik jika mengalami keluhan kembali. Pada keluarga pasien tidak ada yang mengalami keluhan serupa. tidak ada riwayat hipertensi dan diabetes melitus. Pasien biasanya makan tiga kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Penggunaan garam dalam masakan juga masih belum dapat dikendalikan, sehari-hari pasien bisa menggunakan garam lebih dari lima gram (setara dengan satu sendok teh). Makanan berlemak tidak terlalu sering. Asupan kalsium, pasien mengaku sangat jarang mengonsumsi susu ataupun olahannya, namun sumber kalsium lain seperti ikan, kacang-kacangan, sayur seperti bayam, kol, kangkung masih dikonsumsi namun tidak dalam intensitas yang sering. Pasien jarang berolahraga. Pasien dan keluarga tidak memeriksakan kesehatannya secara berkala.

Pasien merupakan suku Jawa dan tinggal dengan keluarga yang terdiri dari Nn. F sebagai ibu, Tn. I sebagai ayah dan seorang kakak yang berusia 22 tahun. Hubungan pasien dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitar terjalin baik. Upaya menjaga kesehatan pasien dan keluarganya baik. Sejak berobat ke Puskesmas pasien mengatakan keluhan pusing berputar yang dirasakan pasien berkurang. Pola pengobatan keluarga pasien yaitu jika memiliki keluhan yang mengganggu aktivitas segera berobat ke puskesmas. Pasien sudah memiliki jaminan Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dapat diartikan bahwa pasien dan keluarganya sudah peduli terhadap kondisi kesehatannya dengan mempunyai jaminan kesehatan Pendapatan dalam keluarga berasal dari penghasilan ayah dan ibu pasien. Pasien mengatakan pendapatan cukup untuk digunakan memenuhi kebutuhan primer, sekunder dan tersier keluarganya. Pasien ingin mengetahui lebih lanjut mengenai penyakit yang diderita dan ingin sembuh. Pasien khawatir penyakitnya akan bertambah berat dan mengganggu aktivitasnya. Pasien tidak mengetahui penyebab dari keluhan pusing berputar yang dialami. Saat ini pasien masih belum menjaga pola hidup sehat dan pola makan yang baik.

METODE

Penelitian ini merupakan laporan kasus. Data primer diperoleh melalui autoanamnesis dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan kunjungan kerumah. Penilaian berdasarkan diagnosis holistik dari awal, proses dan akhir studi secara kualitatif dan kuantitatif.

HASIL

Data Klinis Anamnesis

Pasien datang dengan keluhan pusing berputar sejak dua hari sebelum datang ke puskesmas. Pusing berputar timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepalanya untuk duduk maupun berdiri setelah tidur. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Pasien juga merasa seperti terombang-ambing di kapal laut dan langit-langit berputar, semakin dirasakan saat pasien mengangkat kepalanya untuk duduk maupun berdiri setelah tidur, dan ketika pasien mengangkat kepala nya saat gerakan *ruku'* dan sujud dalam solat. Pasien mengaku keluhan membaik apabila pasien berbaring dengan posisi kepala lebih tinggi dari tubuh. Keluhan seperti ini sudah berulang kalinya dirasakan pasien. Pasien mengatakan sudah mengonsumsi obat Bodrex Extra sebelum pasien memutuskan ke puskesmas. Pasien mengurangi aktivitas pekerjaan akibat keluhan tersebut. Pasien mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang mengalami keluhan serupa.

Pasien biasanya makan tiga kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Penggunaan garam dalam masakan juga masih belum dapat dikendalikan, sehari-hari pasien bisa menggunakan garam lebih dari lima gram (setara dengan satu sendok teh). Makanan berlemak tidak terlalu sering. Pasien mengaku sangat jarang mengonsumsi susu ataupun olahannya, namun sumber kalsium lain seperti ikan, kacang-kacangan, sayur seperti bayam, kol, kangkung masih dikonsumsi namun tidak dalam intensitas yang sering. Pasien jarang berolahraga. Pasien dan keluarga tidak memeriksakan kesehatannya secara berkala.

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: Tampak sakit ringan; kesadaran: *compos mentis*; tekanan darah: 118/70 mmHg; frekuensi nadi: 84 kali/menit; frekuensi nafas: 20 kali/menit; suhu: 36,5°C; berat badan: 48 kg; tinggi badan: 152 cm; IMT: 20,7kg/m² (IMT berdasarkan berat badan normal).

Status Generalis

Bentuk kepalanya bulat, rambut tidak mudah dicabut, dan tumbuh merata. Mata normal (konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik), nystagmus (-/-) telinga normal (sekret (-/-), hiperemis (-/-), hidung normal (sekret (-/-), normosmia ki=ka, hiperemis (-/-). Leher, JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), masa (-), ekspansi simetris, sonor kedua lapang paru pada perkusi, dan tidak didapatkan rhonki dan *Wheezing*, kesan dalam batas normal. Jantung, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Abdomen, cembung, supel, bising usus + (8x/menit), nyeri tekan epigastrium (-) tidak didapatkan organomegali, undulasi (-), kesan dalam batas normal. Ekstremitas: Akral hangat, edema (-/-), CRT kurang dari dua detik. Muskuloskeletal: dalam batas normal

Status Neurologis:

- Nervus Kranialis: Dalam batas normal
- Motorik:

Kanan	Kiri
5+	5+
5+	5+

c. Sensorik: dalam batas normal

d. Keseimbangan (Neurootologi):

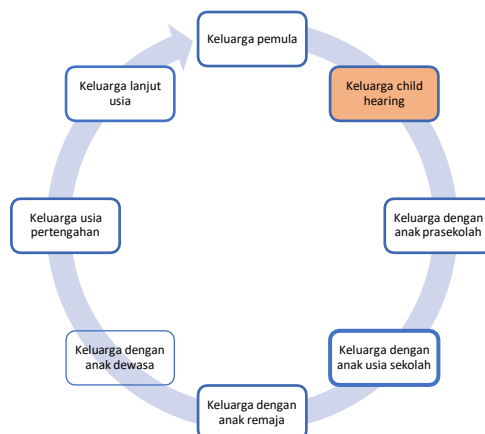
1. Uji Provokasi *Manuver Dix Hallpike*: positif
2. Tes Nistagmus: (-/-)
3. Uji Romberg: Cenderung terjatuh ke sisi kanan saat mata tertutup
4. Tes Romberg Dipertajam: Terjatuh ke sisi kanan
5. *Tendem Gait*: Dapat berjalan tandem tetapi terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus.
 1. Fukuda *Stepping Test*/unterberger: normal, tidak ada deviasi
 2. Tes *Past Pointing*: jari deviasi ke arah kanan

Pemeriksaan Penunjang

Tidak dilakukan pemeriksaan penunjang.

Data Keluarga

Pasien adalah anak ke dua dari dua bersaudara dan memiliki 1 saudara laki-laki (Tn D, 22 tahun). Pasien memiliki seorang ayah (Tn. I, 45 tahun) dan seorang ibu (Ny S, usia 43 tahun). Pasien beserta orang tua dan seorang saudara laki-laki nya tinggal Bersama dalam satu rumah. Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yang terdiri dari pasien, ayah, ibu, dan saudara pasien. Hubungan antar anggota keluarga baik dan terjalin erat. Komunikasi antar anggota keluarga terjalin baik dan tidak terbatas. Keputusan dalam keluarga ditentukan oleh ayah pasien sebagai kepala keluarga dan ibu, anak hanya memberi masukan dan mengikuti.

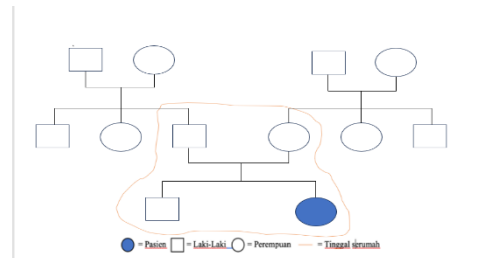


Nn. F merupakan seorang Mahasiswa di perguruan tinggi. Di kampus tidak mempunyai masalah dalam pendidikannya maupun pertemanannya. Pendapatan perbulan dari penghasilan orangtua pasien adalah Rp 10.000.000. orangtua pasien merupakan seorang karyawan swasta. Kebutuhan primer, sekunder maupun tersier pasien dapat dipenuhi dengan baik. Tingkat pendidikan baik dengan pendidikan tertinggi di keluarga yaitu SMK. Seluruh anggota keluarga memiliki jaminan kesehatan yaitu BPJS. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila terdapat keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Pasien mengatakan bahwa pasien dan keluarganya terbiasa membeli langsung ke puskesmas bila terdapat suatu keluhan. Keluarga pasien berobat ke puskesmas dengan naik kendaraan pribadi yaitu mobil atau motor. Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih tiga kilometer.

Family Lifecycle

Menurut siklus Duvall, siklus keluarga ini berada pada tahap IV (tahap keluarga dengan anak sekolah). Pemecahan masalah di keluarga melalui diskusi. Keputusan dalam keluarga ditentukan oleh pasien sebagai kepala keluarga dan istrinya, anak hanya memberi masukan dan mengikuti.

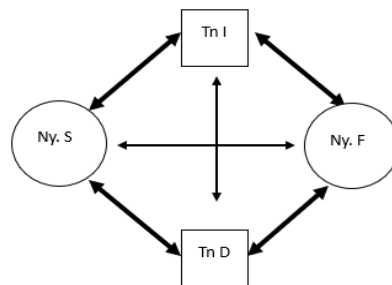
Genogram Keluarga



Gambar 2. Genogram Keluarga

Hubungan Antar Keluarga

Hubungan antar keluarga Nn. F dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Hubungan Antar Anggota Keluarga

Family APGAR Score

Tabel 1.

Family APGAR Score

Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		√		
S2	Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		√		
R2	Tokoh agama atau kelompok agama 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 kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit kita anggota keluarga			√	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2	Dokter, perawat dan / atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√			
TOTAL		24			

Adaptation 2
Partnership 2
Growth 2
Affection 1
Resolve 1

Total Family APGAR Score: 8 (fungsi keluarga baik). Fungsi patologi pada keluarga dapat dinilai dengan menggunakan SCREEM Score, dengan hasil antara lain:

Family SCREEM Score

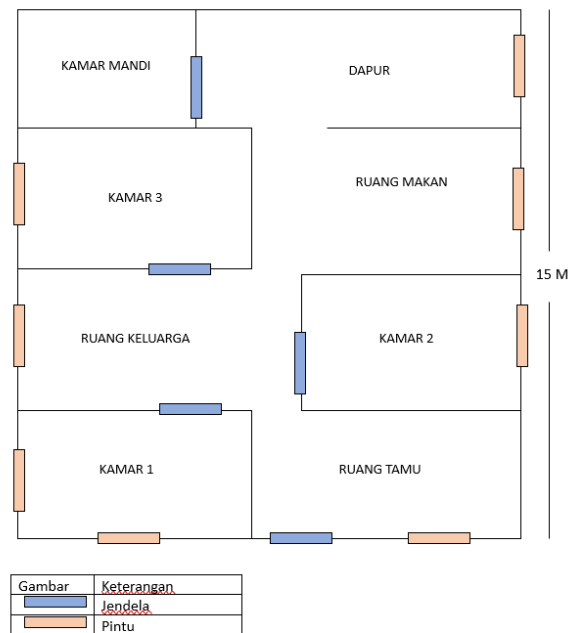
Tabel 2.
Family SCREEM Score

Ketika seseorang didalam anggota keluarga ada yang sakit		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
S1	Kami membantu satu sama lain dalam keluarga kami		√		
S2	Teman teman dan tetangga sekitar kami membantu keluarga kami		√		
C1	Budaya kami memberi kekuatan dan keberanian keluarga kami		√		
C2	Budaya menolong, peduli, dan perhatian dalam komunitas kita sangat membantu keluarga kita		√		
R1	Iman dan agama yang kami anut sangat membantu dalam keluarga kami		√		
R2	Tokoh agama atau kelompok agama 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 kita cukup bagi kita untuk merawat penyakit kita anggota keluarga			√	
M1	Bantuan medis sudah tersedia di komunitas kami	√			
M2	Dokter, perawat dan / atau petugas kesehatan di komunitas kami membantu keluarga kami	√			
TOTAL		24			

Total Family SCREEM score yaitu 24 (sumber daya keluarga baik).

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah pribadi berukuran 90 meter² dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah empat orang. Rumah Nn. F terletak di lingkungan yang padat penduduk terdapat jarak antara satu rumah dengan rumah lainnya. Rumah Nn. F terdiri dari 3 kamar tidur, 1 kamar mandi, ruang tamu, ruang makan dan dapur. Atap rumah terbuat dari genteng, dengan lantai keramik, dan dinding rumah berupa tembok dengan dilapisi cat pada setiap ruang. Pencahayaan di siang hari didapatkan dari jendela di ruang tamu dan kamar. Ukuran jendela yang ada di rumah ini cukup memadai. Pada kunjungan pertama didapatkan kebersihan rumah baik dan lantai bersih. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang sprengi dan tidak berantakan. Sumber air untuk masak, minum, mandi dan mencuci didapatkan dari sumber air sumur bor. Air minum dimasak dengan kompor gas. Saluran air dialirkan ke selokan yang berada di belakang rumah. Terdapat satu kamar mandi dengan jamban jongkok. Pembuangan diteruskan ke *septic tank* yang terletak di belakang rumah pasiendengan jarak delapan meter.



Diagnostik Holistik Awal

Aspek Personal

- Alasan kedatangan: Pusing berputar disertai mual muntah.
- Kekhawatiran: Sakit akan bertambah berat dan mengganggu aktivitas.
- Persepsi: Pasien merasa bahwa keluhan yang muncul dipengaruhi oleh rasa lelah dari aktivitas sehari-harinya. Pasien tidak mengetahui bahwa ia menderita vertigo.
- Harapan: Penyakitnya dapat sembuh dan tidak bertambah berat.

Aspek Klinik

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

Aspek Risiko Internal

Pengetahuan yang kurang mengenai:

- Definisi penyakit vertigo
- Penyebab penyakit vertigo
- Faktor risiko vertigo
- Gejala vertigo
- Pentingnya perilaku pengobatan
- Pencegahan perburukan vertigo
- Tidak mengetahui hal yang dapat dilakukan untuk mencegah vertigo
- Pasien tidak mengetahui Latihan spesifik untuk vertigo

Aspek Risiko Eksternal

- Pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit yang diderita pasien dari definisi penyakit, pencetus, gejala, pengobatan, dan pencegahan perburukan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
- Kurangnya dukungan keluarga serta motivasi terhadap penyakit yang dideritanya.

Derajat Dua

Derajat 2 yaitu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas)

RENCANA INTERVENSI

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan nonmedikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Tujuan dari intervensi yaitu mengurangi keluhan dan mencegah komplikasi serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi non medikamentosa berupa edukasi dan konseling mengenai penyakit vertigo kepada pasien dan anggota keluarga yang lain. Akan dilakukan kunjungan sebanyak tiga kali kepada pasien. Pertemuan pertama adalah untuk melengkapi data pasien yang dilakukan saat kunjungan pasien ke puskesmas kemudian dilanjutkan kunjungan ke rumah pasien. Pada pertemuan kedua, dilakukan intervensi secara tatap muka. Pertemuan ketiga yaitu melakukan evaluasi intervensi yang telah diberikan sebelumnya. Intervensi yang dilakukan terdiri dari *patient center* dan *family focused*.

Patient Centered

Non-medikamentosa

1. Edukasi kepada pasien mengenai penyakit yang diderita oleh pasien meliputi definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit vertigo.
2. Edukasi kepada pasien mengenai hal yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya vertigo.
3. Edukasi cara dan pentingnya latihan vestibular dengan metode Epley/Brand-Daroff.
4. Kurangi konsumsi garam berlebih

Medikamentosa

Betahistine Mesylate 12 mg 2x1

Family Focused

1. Memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai penyakit, pencetus, gejala, pengobatan, dan pencegahan perburukan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
2. Meminta keluarga untuk memantau latihan keseimbangan yang dapat dilakukan oleh pasien.
3. Edukasi kepada keluarga mengenai pencetus penyakit pasien dan perlunya dukungan serta motivasi keluarga.

Diagnostik Holistik Akhir

Aspek Personal

1. Alasan kedatangan: Pusing berputar sudah tidak dirasakan.
2. Kekhawatiran: kekhawatiran sudah berkurang dengan peningkatan pengetahuan terhadap penyakit yang diderita.
3. Persepsi: Pasien telah mengetahui tentang penyakitnya yaitu vertigo. Vertigo dapat dicegah dengan latihan keseimbangan dan kelelahan.
4. Harapan: Sebagian besar harapan telah terpenuhi karena keluhan sudah membaik.

Aspek Klinik

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

Aspek Risiko Internal

Pasien sudah mengerti mengenai:

1. Definisi penyakit vertigo
2. Penyebab penyakit vertigo
3. Faktor resiko vertigo

4. Gejala vertigo
5. Pentingnya perilaku pengobatan
6. Pencegahan perburukan vertigo
7. Tidak mengetahui hal yang dapat dilakukan untuk mencegah vertigo
8. Pasien tidak mengetahui latihan spesifik untuk vertigo

Aspek Risiko Eksternal

1. Keluarga sudah mengetahui mengenai penyakit yang diderita pasien dari definisi penyakit, pencetus, gejala, pengobatan, dan pencegahan perburukan penyakit yang sedang diderita oleh pasien.
2. Sudah ada dukungan dari keluargaserta motivasi terhadap penyakit yang diderita pasien.

Derajat Fungsional

Derajat 2 yaitu mampu melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas)

PEMBAHASAN

Diagnosis klinis pada Nn. F ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis, Pasien datang dengan keluhan pusing berputar sejak 2 hari yang lalu. Pusing berputar timbul mendadak, dirasakan terus-menerus dan semakin parah saat pasien mengangkat kepalanya untuk duduk maupun berdiri setelah tidur. Keluhan disertai dengan mual, muntah, dan keringat dingin. Muntah dialami pasien sebanyak dua kali. Pasien tidak mengalami gangguan pendengaran, tinnitus, maupun ketulian. Pasien biasanya makan tiga kali sehari. Makanan yang dimakan cukup bervariasi. Penggunaan garam dalam masakan juga masih belum dapat dikendalikan, sehari-hari pasien bisa menggunakan garam lebih dari lima gram (setara dengan satu sendok teh). Makanan berlemak tidak terlalu sering. Pasien mengaku sangat jarang mengonsumsi susu ataupun olahannya, namun sumber kalsium lain seperti ikan, kacang-kacangan, sayur seperti bayam, kol, kangkung masih dikonsumsi namun tidak dalam intensitas yang sering. Pasien jarang berolahraga. Pasien dan keluarga tidak memeriksakan kesehatannya secara berkala.

Keluhan pasien sesuai dengan keluhan vertigo vestibular perifer yaitu sensasi berputar yang dapat disertai oleh rasa mual, muntah, dan keringat dingin. Keringat dingin terjadi akibat meningkatnya aktivitas susunan saraf otonom. Pusing berputar pada vertigo vestibular perifer timbul mendadak setelah perubahan posisi kepala (Pricilia & Shahdewi, 2020; Cetin et al, 2018). Saat kepala menengadahkan maupun posisi tubuh berubah, terjadilah pergeseran batuan kalsium karena pengaruh gravitasi. Akibatnya, sel rambut menjadi bengkok sehingga terjadinya influx ion kalsium yang selanjutnya neurotransmitter keluar memasuki celah sinap dan ditangkap oleh reseptor, selanjutnya terjadi penyaluran impuls melalui nervus vestibularis menuju tingkat yang lebih tinggi. Adanya sistem vestibular bekerja sama dengan sistem visual dan proprioseptik membuat tubuh dapat mempertahankan orientasi atau keseimbangan. Sistem keseimbangan terdiri dari input sensorik bagian dari alat vestibular, visual, maupun proprioseptif. Adanya perubahan pada input sensorik, organ efektor maupun mekanisme integrasi mengakibatkan persepsi vertigo, adanya gangguan gerakan pada bola mata, dan gangguan keseimbangan. Kehilangan pada input dari dua atau lebih dari sistem vestibular mengakibatkan hilangnya keseimbangan sehingga terjatuh (Millennie et al, 2021; Setiawati & Susanti, 2017). Rasa pusing atau vertigo disebabkan oleh gangguan alat keseimbangan tubuh yang mengakibatkan ketidaksesuaian antara posisi tubuh yang sebenarnya dengan apa yang dipersepsi oleh susunan saraf pusat (Harditya et al, 2023; Shahrami et al, 2016).

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan kesadaran pasien *compos mentis*, hasil pemeriksaan nervus kranialis, motorik, dan sensorik normal. Pada pemeriksaan keseimbangan (neurootologi), uji provokasi manuver Dix Hallpike diperoleh hasil positif, tes nistagmus negatif pada kedua mata, uji Romberg didapatkan hasil pasien cenderung terjatuh ke sisi kanan saat mata tertutup. Jika saat mata terbuka pasien tidak jatuh, tapi saat mata tertutup pasien cenderung jatuh ke satu sisi, kemungkinan kelainan pada sistem vestibuler atau proprioseptif (Millennie et al, 2021; Cetin et al, 2018). Tes Romberg diperoleh hasil pasien hampir terjatuh ke sisi kanan. Jika pada mata tertutup pasien cenderung jatuh ke satu sisi, kemungkinan kelainan pada sistem vestibuler atau proprioseptif (Edlow & Kerber, 2022). Pada uji Tandem Gait, pasien dapat berjalan tandem tetapi terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus. Pada kelaianan vestibuler, pasien akan mengalami deviasi (Amin & Lestari, 2020; Cetin et al, 2018). Berdasarkan Fukuda Stepping Test, diperoleh hasil normal, dimana saat berjalan ditempat selama satu menit dengan mata tertutup tidak terjadi deviasi ke satu sisi lebih dari tigapuluh derajat atau maju mundur lebih dari satu meter. Tes Past Pointing menunjukkan hasil jari deviasi ke arah kanan. Pada kelainan vestibuler ketika mata tertutup maka jari pasien akan deviasi ke arah lesi (Hasibuan et al, 2022).

Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi etiologi yaitu foto rontgen cranium, cervical, Stenvers (pada neuroma akustik), neurofisiologi elektroensefalografi (EEG), elektromiografi (EMG), brainstem auditory evoked potential (BAEP), atau CT-scan, arteriografi, magnetic resonance imaging (MRI) pusat (Shahrami et al, 2016). Tatalaksana farmakologi yang diberikan kepada pasien yaitu Betahistine Mesylate 12 mg dua kali sehari untuk mengatasi vertigo. Betahistine Mesylate merupakan obat analog histamin dengan fungsi sebagai agonis reseptor histamin H1 dan antagonis reseptor H3, dengan efek tersebut betahistin bekerja di sistem syaraf pusat dan secara khusus di sistem neuron yang terlibat dalam pemulihan gangguan vestibular, dengan mengaktifkan reseptor ini menyebabkan pembesaran pembuluh darah dan peningkatan sirkulasi darah yang membantu menghilangkan tekanan di dalam telinga dan frekuensi serangan penyebab vertigo khususnya penyakit meniere. Berdasarkan sebuah penelitian terbuka menjelaskan bahwa penggunaan dosis harian 32 mg sampai 36 mg paling efektif dalam pengobatan gejala vertigo (Kevaladandra & Nurmala, 2018).

Terapi non farmakologi yang diberikan berupa edukasi cara dan pentingnya latihan vestibular dengan metode Epley/Brand- Daroff. Tujuan dari manuver yang dilakukan adalah untuk mengembalikan partikel ke posisi awalnya yaitu pada makula utrikulus. Manuver Epley paling sering digunakan pada kanal vertikal. Pasien diminta untuk menolehkan kepala ke sisi yang sakit sebesar 45° lalu pasien berbaring dengan kepala tergantung dan dipertahankan 1-2 menit. Lalu kepala ditolehkan 90° ke sisi sebaliknya, dan posisi supinasi berubah menjadi lateral dekubitus dan dipertahankan 30-60 detik. Setelah itu pasien mengistirahatkan dagu pada pundaknya dan kembali ke posisi duduk secara perlahan (Nike & Nurmala, 2018). Brandt-Daroff exercise, manuver ini dikembangkan sebagai latihan untuk di rumah dan dapat dilakukan sendiri oleh pasien sebagai terapi tambahan pada pasien yang tetap simptomatik setelah manuver Epley atau Semont (Edward & Roza, 2014; IDI, 2017). Kunjungan dilakukan sebanyak tiga kali, yang terdiri dari identifikasi masalah awal pada kunjungan pertama, intervensi pada kunjungan kedua, dan evaluasi pada kunjungan ketiga. Kunjungan pertama dilakukan pada 22 November 2023. Pada kunjungan keluarga pertama dilakukan pendekatan dan perkenalan dengan pasien serta menerangkan maksud dan tujuan kedatangan, anamnesis keluarga, perihal penyakit yang telah diderita, pendataan keadaan rumah, serta kemungkinan faktor risiko diikuti dengan anamnesis holistik yang mencakup aspek biologi, psikososial, sosial, ekonomi dan perilaku pasien beserta keluarganya. Dari hasil kunjungan tersebut,

pasien masih belum mengetahui sepenuhnya tentang penyakit, pengobatan, dan pencegahan mengenai penyakit yang dideritanya yaitu vertigo. Pasien khawatir penyakitnya akan bertambah berat dan mengganggu aktivitasnya.

Kondisi keluarga pasien berfungsi dengan baik, namun pengetahuan keluarga masih kurang baik. Hasil anamnesis holistik berdasarkan konsep Mandala of Health Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami keluhan serupa. Pasien tidak mengetahui penyebab dari keluhan pusing berputar yang dialami. Pasien merasa bahwa keluhan yang muncul dipengaruhi oleh rasa lelah. Saat ini pasien masih belum menjaga pola hidup sehat dan pola makan yang baik. Lingkungan psikososial, hubungan, komunikasi dan manajemen keluarga baik, hubungan pasien dengan masyarakat, kegiatan sosial dan keagamaan baik, kurangnya pengetahuan keluarga akan penyakit pasien. Rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai penyakit vertigo menyebabkan rendahnya kesadaran masyarakat untuk mencegah penyakit ini sehingga upaya-upaya pencegahan tidak terlalu diperhatikan. Lingkungan fisik, pasien tinggal di rumah milik sendiri pada daerah pemukiman padat penduduk, pencahayaan dan ventilasi rumah baik, kebersihan rumah baik dan lantai bersih. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang sprengi dan tampak rapih. Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih tiga kilometer.

Nn. F merupakan seorang mahasiswa di perguruan tinggi. Di kampus tidak mempunyai masalah dalam pendidikannya maupun pertemanannya. Pendapatan perbulan dari penghasilan orangtua pasien adalah Rp 10.000.000. orangtua pasien merupakan seorang karyawan swasta. Kebutuhan primer, sekunder maupun tersier pasien dapat dipenuhi dengan baik. Tingkat pendidikan baik dengan pendidikan tertinggi di keluarga yaitu SMK. Kunjungan rumah kedua berupa intervensi dilakukan pada 18 Oktober 2023. Sebelum dilakukan intervensi, pasien diberikan pretest dengan tujuan untuk menilai tingkat pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit vertigo. Hasil pretest tersebut akan dibandingkan dengan hasil post test setelah dilakukan intervensi untuk mengetahui tolak ukur peningkatan pengetahuan pasien sebelum dan sesudah intervensi. Berdasarkan hasil pretest, pasien memperoleh nilai 70 dan pengetahuan pasien dirasa belum baik. Hal ini menunjukkan pasien masih belum memahami secara penuh mengenai aspek-aspek penting dalam penyakit, pengobatan dan pencegahan vertigo. Setelah dilakukan intervensi, diharapkan pasien dapat mengikuti edukasi dan arahan yang diberikan sesuai dengan penyakitnya.

Intervensi yang dilakukan yaitu intervensi berdasarkan patient centered dan family focus. Intervensi tidak hanya dilakukan pada pasien namun juga kepada keluarganya. Patient Centered Care adalah mengelola pasien dengan merujuk dan menghargai individu pasien meliputi preferensi/pilihan, keperluan, nilai-nilai, dan memastikan bahwa semua pengambilan keputusan klinik telah mempertimbangkan dari semua nilai-nilai yang diinginkan pasien. Family focused adalah pendekatan yang melibatkan pasien sebagai bagian keluarga, sehingga keluarga ikut andil dalam perkembangan penyakit pasien. Diharapkan keluarga pasien memiliki peningkatan pengetahuan serta perubahan sikap sehingga dapat berdampak baik kesehatan pasien. Pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat memahami langkah pengobatan dan pencegahan vertigo. Media yang digunakan berupa power point mengenai vertigo untuk memberikan edukasi dengan cara menjelaskan isi dari media intervensi tersebut. Edukasi kepada pasien yang diberikan mengenai penyakit yang diderita oleh pasien meliputi definisi, penyebab, faktor risiko, gejala, upaya pengobatan, dan pencegahan perburukan dari penyakit vertigo, hal yang dapat dilakukan untuk mencegah timbulnya vertigo, cara dan pentingnya latihan vestibular dengan metode Epley/Brand-Daroff.

Edukasi yang diberikan pada keluarga mengenai penyakit, pencetus, gejala, pengobatan, dan pencegahan perburukan penyakit yang sedang diderita oleh pasien, meminta keluarga untuk memantau latihan keseimbangan yang dapat dilakukan oleh pasien. Pasien juga diedukasi untuk menghindari stress dan kelelahan. Selain itu, dilakukan edukasi kepada keluarga mengenai pencetus penyakit pasien dan perlunya dukungan serta motivasi keluarga. Kunjungan ketiga berupa evaluasi dari hasil intervensi yang telah dilakukan dilaksanakan pada 20 November 2023. Pada pemeriksaan evaluasi terhadap pasien, pasien mengatakan keluhan yang awalnya dirasakan sudah tidak lagi dirasakan pasien. Pasien mengatakan pusing berputar, mual, muntah, keringat dingin sudah tidak dirasakan oleh pasien. Pasien juga mengatakan pasien rutin melakukan latihan keseimbangan yang telah dijelaskan. Pada hasil wawancara evaluasi, pasien mengungkapkan kekhawatirannya sudah berkurang dengan meningkatnya pengetahuan dan pemahaman pasien tentang penyakitnya. Persepsi pasien juga sudah berubah tentangnya penyakitnya dengan mengerti keluhannya dapat dicegah dengan latihan keseimbangan. Pasien juga sudah mengetahui bahwa penyebab dari keluhannya akibat terlalu stress dan lelah.

Tabel 3.
Hasil *Pretest* dan *Posttest*

Variabel	Pretest	Posttest	Δ Skor
Pengetahuan	70	100	Terdapat peningkatan pengetahuan sebesar 30 poin

Evaluasi terhadap intervensi edukasi yang dilakukan, dengan melihat kondisi pasien, gejala dan pemeriksaan fisik pada pasien, serta tingkat pengetahuan pasien secara kuantitatif menggunakan *post test* dengan pertanyaan yang sama seperti *pretest* dan juga telah mengikuti media intervensi. Dari hasil penilaian *post test* yaitu 100, terdapat peningkatan penilaian dari pasien. Hal tersebut menjelaskan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan tentang penyakit vertigo.

SIMPULAN

Faktor risiko internal pada pasien adalah pengetahuan masih kurang mengenai definisi vertigo, pentingnya perilaku pengobatan dan pencegahan perburukan vertigo. Factor risiko eksternal pada pasien adalah pengetahuan keluarga kurang mengenai penyakit vertigo dari definisi penyakit, pencetus, gejala, pengobatan, dan pencegahan perburukan penyakit vertigo serta kurangnya dukungan keluarga serta motivasi untuk kesembuhan penyakitnya. Telah dilakukan intervensi berupa edukasi dengan media power point dengan materi definisi, penyebab, faktor resiko, gejala, pengobatan dan pencegahan perburukan penyakit vertigo dan latihan spesifik untuk vertigo. Setelah dilakukan pendekatan kedokteran keluarga terjadi peningkatan pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien sebesar 30 poin dan pengurangan keluhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, M., & Lestari, Y. A. (2020). Pengalaman Pasien Vertigo di Wilayah Kerja Puskesmas Lingkar Timur. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 2(1), 22-33.
- 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. 104- 9.
- Bahrudin, M. 2013. *Neurologi Klinis*. Malang: UMM Press.

- 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.
- Depkes RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Edlow, J. A., & Kerber, K. (2022). Benign paroxysmal positional vertigo: A practical approach for emergency physicians. *Academic Emergency Medicine.*
- 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.
- Harditya, KB., et all. 2023. Efek Akupuntur Terapi Pada Penderita Benign Paroxymal Positional Vertigo: Sebuah Laporan Kasus. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional.* 7(1): 66-71.
- Hasibuan, M. A. R., Wijaya, W., & Million, H. (2022). Hubungan Vertigo Dengan Insomnia Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Prima Indonesia 2019. *PRIMER (Prima Medical Jurnal)*, 7(2), 48-52.
- Ikatan Dokter Indonesia. 2017. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. *J Intern Med.* 49(3): 279-87.
- Kevaladandra, Z.,&Nurmala, I. 2019. Jurnal Keperawatan Pasien Vertigo. Surabaya.Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Millennie HE, Munir B, Afif Z, Damayanti R, & Kurniawan SN. Meniere ' s disease. *Journal Pain Headache and Vertigo*; 2021. 18–21.
- 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.
- Pricilia, S., Shahdevi NK. 2020. Central Vertigo. *Journal of Pain Headache and Vertigo*, 2(1): 38-43.
- Pulungan, Patimah 2018. Hubungan Vertigo Perifer dengan Kualitas Tidur. Medan. Universitas Sumatera Utara.
- Setiawati, M.,&Susanti. 2017. Diagnosis dan Tatalaksana Vertigo. *Majority*, 5(4), 91-95.
- Shahrami A, Norouzi M, Kariman H, Hatamabadi HR, Dolatabadi AA. 2016. True Vertigo Patients in Emergency Department: An Epidemiologic Study. 4(1): 25-28.

