

Penatalaksanaan Holistik Pasien Vertigo Pada Ny. S Umur 34 Tahun Di Puskesmas Campang Raya Melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Yulia Puspita Sari¹, Reni Zuraida²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

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). Diperlukan penerapan pendekatan dokter keluarga secara holistik dan komprehensif dalam mendeteksi faktor risiko, masalah klinis, serta penatalaksanaan pasien berbasis *evidence based medicine* dan bersifat *family-approached* dan *patient-centered*. Data primer diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan kunjungan ke rumah untuk menilai lingkungan fisik. Ny. S usia 34 tahun datang ke Puskesmas Campang Raya 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. Keluhan sudah berulang dan pertama kali dirasakan enam tahun yang lalu. Kekhawatiran pasien yaitu keluhan bertambah berat dan mengganggu aktivitasnya sehari-hari. Pasien didiagnosis dengan vertigo berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Telah dilakukan penatalaksanaan holistik dengan pendekatan dokter keluarga melalui intervensi non- medikamentosa dan medikamentosa pada pasien dan keluarganya dengan edukasi terkait penyakit pasien dalam tiga kali kunjungan rumah. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah keluhan pasien berkurang dan pengetahuan pasien serta keluarganya terkait vertigo meningkat.

Kata Kunci: Kedokteran keluarga, vertigo.

Holistic Management of 34 Years Old Female with Vertigo Through A Family Medicine Approach in The Campang Raya Area Health Center

Abstract

Vertigo is a term that comes from the Latin, *vertere*, which means twisting. In general, vertigo is known as an illusion of movement or a hallucination of movement. Vertigo is found in the form of complaints in the form of a sense of spinning or a sense of moving from 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 (vertical linear). Apply a holistic and comprehensive approach to family doctors in detecting risk factors, clinical problems, and patient management based on evidence based medicine and is family- approached and patient-centered. Primary data were obtained through anamnesis, physical examination, supporting examinations and home visits to assess the physical environment. Mrs. S, 34 years old, came to the Campang Raya Community Health Center with complaints of dizziness since two days before coming to the Puskesmas. Spinning dizziness arises suddenly, is felt continuously and gets worse when the patient raises his head to sit or stand after sleeping. Complaints accompanied by nausea, vomiting, and cold sweats. Complaints have been repeated and the first time was felt six years ago. The patient's concern is that the complaint gets heavier and interferes with daily activities. The patient was diagnosed with vertigo based on history and physical examination. A holistic management has been carried out with the approach of a family doctor, through non-medical and medical interventions were carried out on patients and their families with education related to the patient's illness in three home visits. The evaluation results obtained were reduced patient complaints and increased knowledge of patients and their families regarding vertigo.

Keywords: Family doctor, vertigo

Korespondensi: Yulia Puspita Sari, alamat Jl. Panglima Polim Gang Sawo 1 No 23 Kel. Segala Mider Kec. Tanjung Karang Barat, Bandar Lampung, Nomor HP 082280552924, e-mail yuliapuspita797@gmail.com

Pendahuluan

Vertigo adalah suatu istilah yang berasal dari bahasa Latin, *vertere*, yang berarti memutar.¹ 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).¹

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 berumur 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 umur 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.^{2,3}

Serangan vertigo jika tidak segera ditangani akan menyebabkan dampak buruk bagi pasien dan bisa menjadi penyebab dari gejala tumor otak. 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.¹ 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.⁴ Maka dari itu 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.

Kasus

Pasien Ny. S, 34 tahun, seorang ibu rumah tangga datang tanpa didampingi keluarga ke Puskesmas Campang Raya pada tanggal 21 Maret 2022 pukul 10.30 WIB. 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 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 6 tahun yang lalu. Pasien hanya meminum 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 2016 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 memiliki kebiasaan makan 3 kali sehari. Makanan yang dikonsumsi bervariasi. Dalam satu kali makan, pasien mengambil nasi sebanyak 2 centong nasi dengan lauk yang berganti-ganti seperti (ikan, ayam, tahu, tempe dan telur) dan sayuran seperti (kangkong, bayam, wortel, kacang panjang). Pasien juga mengatakan jarang mengonsumsi buah-buahan.

Aktivitas sehari-hari pasien adalah sebagai ibu rumah tangga dan mengasuh anak-anaknya serta memasak untuk pekerja di rumahnya. Pasien jarang berolahraga. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol maupun merokok.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan; kesadaran sadar penuh (*compos mentis*); frekuensi nadi 84x/menit; frekuensi napas 20x/menit; suhu 36,5°C; tekanan darah 120/80 mmHg; berat badan 48 kg; tinggi badan 152 cm. IMT: 20,7 kg/m², status gizi normal. Bentuk kepalanya bulat, persebaran rambut merata dan tidak rontok. Mata normal (konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, nystagmus negatif), telinga normal (normotia (+/+), sekret (-/-), hiperemis (-/-), nyeri tekan (-/-), hidung normal (deviasi (-/-), sekret (-/-), normosmia ki=ka, hiperemis (-/-). Leher, JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB, kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), masa (-), ekspansi simetris, sonor kedua lapang paru pada perkusi, dan tidak didapatkan rhonki dan wheezing, keson dalam batas normal. Jantung, iktus cordis tidak teraba, batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Ekstremitas superior dekstra sinistra dan inferior dekstra sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan pada inpeksi perut tampak cembung, supel, tidak terdapat ascites, bising usus 8x/menit, nyeri tekan (-), hepatomegaly (-), timpani seluruh lapang abdomen, keson dalam batas normal. Ekstremitas superior dan inferior akral hangat, edem (-/-), CRT < 2 detik. Muskuloskeletal dalam batas normal.

Pada pemeriksaan neurologis, didapatkan nervus kranialis dalam batas normal, kekuatan motorik ekstremitas superior dan inferior bagian kanan dan kiri dalam batas normal (+5/+5), serta pemeriksaan sensorik dalam batas normal. Pada pasien juga dilakukan pemeriksaan keseimbangan (Neurootologi), dengan hasil sebagai berikut:

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.
6. Fukuda *Stepping Test*/ unterberger: normal, tidak ada deviasi
7. Tes *Past Pointing*: jari deviasi ke arah kanan

Data Keluarga

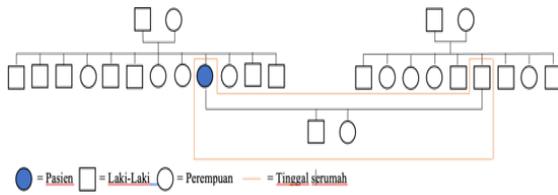
Pasien adalah anak ke 9 dari 12 bersaudaran memiliki 7 saudara laki-laki dan 4 saudara perempuan. Pasien memiliki seorang suami (Tn. I, 35 tahun) dan 2 orang anak. Anak pertama pasien (An. L, 12 tahun) siswa sekolah menengah pertama (SMP), anak kedua pasien (An. N, 7 tahun) siswa sekolah dasar (SD). Pasien beserta suami dan kedua anaknya tinggal Bersama dalam satu rumah.

Bentuk keluarga pasien adalah keluarga inti yang terdiri dari pasien, suami, dan anak pasien. Hubungan antar anggota keluarga baik dan terjalin erat. Komunikasi antar anggota keluarga terjalin baik dan tidak terbatas. Keputusan dalam keluarga ditentukan oleh suami pasien sebagai kepala keluarga dan istri, anak hanya memberi masukan dan mengikuti.

Ny. S merupakan seorang ibu rumah tangga. Pendapatan perbulan dari penghasilan suami pasien adalah Rp 10.000.000. Suami pasien merupakan seorang pengrajin mebel kayu. Kebutuhan primer, sekunder maupun tersier pasien dapat dipenuhi dengan baik. Tingkat pendidikan masih kurang dengan pendidikan tertinggi di keluarga yaitu SMK. Anak pertama saat ini kelas 1 SMP dan anak kedua kelas 1 SD.

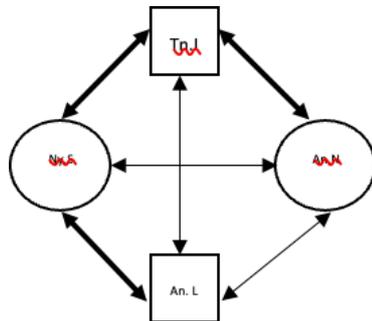
Seluruh anggota keluarga memiliki jaminan kesehatan yaitu BPJS. Keluarga mendukung untuk segera berobat jika terdapat anggota keluarga yang sakit. Perilaku berobat keluarga yaitu memeriksakan diri ke layanan kesehatan bila terdapat keluhan yang mengganggu kegiatan sehari-hari. Pasien mengatakan bahwa 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 1,5 kilometer. Genogram keluarga Ny. S dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Genogram Keluarga Ny. s

Family mapping keluarga Ny. S dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Family map Ny. S

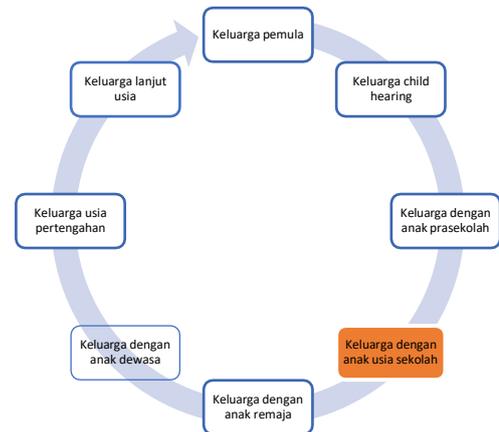
Family APGAR Score pada keluarga Ny. S dapat dilihat di tabel 1. Total Family Apgar Score adalah 8 (nilai 8-10, fungsi keluarga baik).

Tabel 1. Family Apgar Score

APGAR	Skor
Adaptatio 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	2
Growth Saya merasa puas karena keluarga saya menerima dan mendukung keinginan-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	1

Resolve	Saya merasa puas dengan cara 1 keluarga saya dan saya berbagi waktu bersama
	Total 8

Family Lifecycle keluarga Ny. S dapat dilihat gambar 3.



Gambar 3. Family life cycle Ny. S

Siklus hidup keluarga Ny. S berada dalam tahap keluarga dengan anak usia sekolah. Dengan bentuk keluarga inti.

Data Lingkungan Rumah

Pasien tinggal di rumah pribadi berukuran 90 meter² dengan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah adalah 4 orang. Rumah Ny. S terletak di lingkungan yang padat penduduk terdapat jarak antara satu rumah dengan rumah lainnya. Rumah Ny.S terdiri dari 2 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.

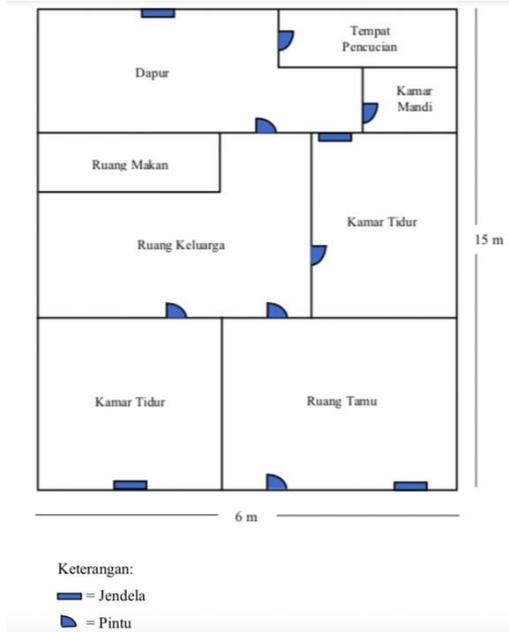
Pada kunjungan pertama didapatkan kebersihan rumah baik dan lantai bersih. Di kamar terdapat tempat tidur dengan kasur yang dipasang sprei dan tidak berantakan. Sumber air untuk masak, minum, mandian mencuci didapatkan dari sumber airsumur bor. Air minum dimasak dengan kompor gas. Saluran air dialirkan ke selokan yang berada di belakang rumah. Terdapat satu kamar mandi

dengan jamban jongkok. Pembuangan diteruskan ke *septic tank* yang terletak di belakang rumah pasien dengan jarak 8 meter.

Gambar 4. Denah Rumah Ny.S

Diagnostik Holistik Awal

1. 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.
- ### 2. Aspek Klinik
- Benign Paroxysmal Positional Vertigo* (ICD X: H81.1; ICPC 2: N17)
- ### 3. Aspek Risiko Internal
- Pengetahuan yang kurang mengenai definisi, penyebab, faktor risiko penyakit vertigo, pentingnya perilaku pengobatan dan pencegahan perburukan vertigo
 - Tidak mengetahui hal yang dapat dilakukan untuk mencegah vertigo
 - Pasien tidak mengetahui Latihan spesifik untuk vertigo
- ### 4. 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.
- ### 5. Derajat Fungsional
- Melakukan pekerjaan ringan sehari-hari di dalam dan luar rumah (mulai mengurangi aktivitas)

Intervensi

Intervensi yang diberikan berupa medikamentosa dan nonmedikamentosa terkait penyakit yang diderita pasien. Tujuan dari intervensi yaitu mengurangkan 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*.

Non-Medikamentosa

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

Medikamentosa

Betahistine Mesylate 12 mg 3x1

Family Focused

- Memberikan penjelasan kepada 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.
- Edukasi kepada keluarga mengenai pencetus penyakit pasien dan perlunya dukungan serta motivasi keluarga

Diagnosis Holistik Akhir

1. Aspek Personal

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

2. Aspek Klinis

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

3. Aspek Risiko Internal

- Pengetahuan yang meningkat mengenai definisi, penyebab, factor risiko penyakit vertigo, pentingnya perilaku pengobatan dan pencegahan perburukan vertigo
- Mengetahui hal yang dapat dilakukan untuk mencegah vertigo
- Pasien mengetahui latihan spesifik untuk vertigo

4. Aspek Risiko Eksternal

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

5. Derajat Fungsional

Pasien sudah mampu melakukan pekerjaan sehari-hari.

Pembahasan

Diagnosis klinis pada Ny. S 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.

Keluhan pasien sesuai dengan keluhan pasien 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.³ Saat kepala menengadah 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 penjaralan 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.³

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.¹⁰ 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.¹¹

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.³ Tes Romberg dipertajam 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.³ Pada uji *Tandem Gait*, pasien dapat berjalan tandem tetapi terdapat sedikit perubahan posisi dan tidak lurus. Pada kelainan vestibuler, pasien akan mengalami deviasi.³ 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 30 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.³

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).¹¹

Tatalaksana farmakologi yang diberikan kepada pasien yaitu Betahistine Mesylate 12 mg tiga 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.⁷

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 dipertahan 30-60 detik. Setelah itu pasien mengistirahatkan dagu pada pundaknya dan kembali ke posisi duduk secara perlahan.⁸ 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.^{5,6}

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 Maret 2022. 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. 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 spreng dan tampak rapih. Jarak rumah ke puskesmas kurang lebih 3 kilometer.

Pekerjaan dan sosio-ekonomi, pasien merupakan seorang ibu rumah tangga yang mendapatkan penghasilan dari suaminya sebesar Rp 10.000.000. Suami pasien sebagai memiliki usaha meubel kayu. Anak pertama pasien sedang menjalani pendidikan SMP dan anak keduanya SD. Kebutuhan primer pasien dapat dipenuhi dengan baik. Kebutuhan sekunder dapat terpenuhi begitupun dengan kebutuhan tersier juga dapat terpenuhi.

Kunjungan rumah kedua berupa intervensi dilakukan pada 21 April 2022. 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 8 Mei 2022. 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. 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

Diagnosis vertigo dapat ditegakkan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik. Tatalaksana vertigo dilakukan melalui pemberian medikamentosa, dan non medikamentosa berupa latihan keseimbangan untuk mencegah terjadinya vertigo. Dukungan emosional dari keluarga sangat penting untuk membantu kesembuhan pasien. Perubahan pengetahuan pada pasien dan keluarga pasien terlihat setelah dilakukan intervensi secara *patient-centred* dan *family focused*.

Daftar Pustaka

1. Bashiruddin J. Vertigo posisiparoksismal jinak. Dalam: Arsyad E, Iskandar N, editor. Telinga, hidung tenggorok kepala dan leher. Edisi Ke-6. Jakarta:

- Balai Penerbit FKUI. 2008. 104-9.
2. Bahrudin, M. Neurologi Klinis. Malang: UMM Press. 2013.
3. Cetin YS, et al. *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. 2018. 34(3): 558-563.
4. Depkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 2015.
5. Edward Y, dan Roza Y. *Diagnosis dan Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) Horizontal Berdasarkan Head Roll Test.* Jurnal Kesehatan Andalas. 2014. 3(1): 77-81.
6. Ikatan Dokter Indonesia. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. J Intern Med. 2017. 49(3): 279-87.
7. Kevaladandra, Z., & Nurmalia, I. *Jurnal Keperawatan Pasien Vertigo.* Surabaya. Universitas Muhammadiyah Surabaya. 2019.
8. Nike Chusnul Dwi Indah Triyanti, Tri Nataliswati, S. *Pengaruh Pemberian Terapi Fisik Brand Daroff Terhadap Vertigo di Ruang IGD RSUD Dr. R. Soedarsono Pasuruan.* Jurnal Keperawatan Terapan. 2018. 491: 59-64
9. Pulungan, Patimah *Hubungan Vertigo Perifer dengan Kualitas Tidur.* Medan. Universitas Sumatera Utara. 2018.
10. Setiawati, M., & Susanti. *Diagnosis dan Tatalaksana Vertigo.* Majority. 2017. 5(4), 91-95.
11. Shahrami A, Norouzi M, Kariman H, Hatamabadi HR, Dolatabadi AA. *True Vertigo Patients in Emergency Department: An Epidemiologic Study.* 2016. 4(1): 25-28