

LAPORAN KASUS : BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO PADA WANITA 44 TAHUN

Muhamad Ibnu Sina¹, Nurmarisa^{2*}, Muhammad Farhan Dito²

¹Rumah Sakit Bintang Amin Bandar Lampung

²⁻¹⁰Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

[*Email Korespondensi: nurmarisah011@gmail.com]

Abstract: Case Report: Benign Paroxysmal Positional Vertigo in a 44-Year-Old Woman. Vertigo is an illusion of movement, typically spinning, often accompanied by autonomic symptoms such as nausea and vomiting. Peripheral vertigo, including Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV), is the most common and usually benign form, but it can significantly affect a patient's quality of life. This case report discusses a 44-year-old woman who presented to the Emergency Department with complaints of spinning dizziness for one day, which worsened with changes in head position and was accompanied by nausea, vomiting, and epigastric pain. Physical and neurological examinations showed no focal neurological signs, but Romberg and tandem gait tests were positive. The clinical diagnosis was peripheral vertigo with BPPV as the etiology. The patient was treated with a combination of rehydration, antiemetics, betahistine, flunarizine, and diazepam, resulting in gradual clinical improvement over three days of treatment. This report highlights the importance of early diagnosis, identification of characteristic features of peripheral vertigo, and comprehensive management to relieve symptoms and prevent recurrence.

Keywords : Vertigo, BPPV, Vomiting, Peripheral Vertigo

Abstrak: Laporan Kasus : Benign Paroxysmal Positional Vertigo pada Wanita 44 Tahun. Vertigo merupakan sensasi ilusi gerakan, terutama berputar, yang sering kali disertai dengan keluhan otonom seperti mual dan muntah. Vertigo perifer, termasuk Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV), adalah bentuk tersering dan sering kali bersifat jinak namun sangat mengganggu kualitas hidup pasien. Laporan ini membahas seorang wanita usia 44 tahun yang datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan pusing berputar sejak satu hari sebelumnya, terutama memburuk saat perubahan posisi kepala, disertai mual, muntah, dan nyeri ulu hati. Pemeriksaan fisik dan neurologis menunjukkan tidak adanya tanda fokal, namun tes Romberg dan tandem gait positif. Diagnosis klinis ditegakkan sebagai vertigo perifer dengan etiologi BPPV. Pasien mendapat terapi kombinasi rehidrasi, antiemetik, betahistin, flunarizin, dan diazepam dengan perbaikan klinis bertahap dalam tiga hari perawatan. Laporan ini menekankan pentingnya diagnosis dini, identifikasi gejala khas vertigo perifer, serta penatalaksanaan komprehensif untuk mencapai perbaikan gejala dan mencegah kekambuhan.

Kata Kunci: Vertigo, BPPV, Muntah, Vertigo Perifer

PENDAHULUAN

Vertigo adalah suatu kondisi klinis yang ditandai oleh sensasi berputar yang dialami oleh penderita, baik terhadap dirinya sendiri maupun terhadap lingkungan sekitarnya. Sensasi ini sering kali disertai dengan gangguan keseimbangan, mual, muntah, dan ketidakstabilan saat berdiri atau

berjalan. Dalam konteks neurologi klinis, vertigo tidak hanya menjadi gejala yang mengganggu kualitas hidup, namun juga menjadi penanda penting adanya gangguan pada sistem vestibular, baik perifer maupun sentral. Vertigo dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi lesi menjadi dua tipe utama, yaitu vertigo

perifer (yang disebabkan oleh gangguan pada organ vestibular di telinga dalam) dan vertigo sentral (yang berhubungan dengan gangguan pada sistem saraf pusat, seperti batang otak dan serebelum) (Strupp & Brandt, 2008).

Prevalensi vertigo cukup tinggi di masyarakat. Diperkirakan sekitar 20-30% populasi dewasa akan mengalami vertigo dalam hidupnya, dan prevalensinya meningkat secara signifikan seiring bertambahnya usia. Dalam sebuah studi di Amerika Serikat, disfungsi vestibular dilaporkan terjadi pada sekitar 35% individu usia 40 tahun ke atas, dengan distribusi terbanyak pada wanita (sekitar 72,6%) dibandingkan pria (27,4%) (Rendra, 2018). Insidensi vertigo yang bersifat rekuren berkisar antara 7-10%, dengan sekitar 1,4% kasus baru setiap tahun di kalangan dewasa usia produktif (Baumgartner & Taylor, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa vertigo bukan hanya keluhan sementara, tetapi dapat bersifat kronik dan memerlukan evaluasi menyeluruh serta tatalaksana jangka panjang.

Pada kenyataannya, keluhan utama pasien dengan vertigo sering kali mencakup lebih dari sekadar sensasi berputar. Pasien juga dapat mengalami gejala otonom seperti mual hebat, muntah, keringat dingin, serta gangguan fungsi vegetatif lainnya yang sangat mengganggu aktivitas harian. Selain itu, vertigo bisa menjadi manifestasi pertama dari penyakit sistemik atau neurologis yang serius seperti stroke batang otak, neuritis vestibularis, atau tumor sudut pontoserebular. Oleh karena itu, evaluasi klinis terhadap pasien dengan vertigo harus dilakukan secara komprehensif, termasuk pemeriksaan neurologis dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan (Kuo et al., 2008).

Kasus vertigo pada wanita usia 44 tahun sebagaimana yang dilaporkan dalam makalah ini menjadi penting karena menunjukkan bagaimana gejala awal yang tampaknya sederhana seperti pusing berputar dan muntah dapat mencerminkan proses patologis yang

signifikan. Dalam kasus ini, pasien mengalami pusing berputar yang bersifat hilang timbul, diperberat saat perubahan posisi, dan disertai dengan mual serta muntah yang cukup berat hingga memerlukan penanganan rumah sakit. Gejala tersebut sangat konsisten dengan diagnosis Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV), yaitu vertigo perifer yang paling sering ditemukan dalam praktik klinik neurologi dan THT (Putu Prida, 2020).

Laporan kasus ini menjadi relevan untuk disampaikan karena vertigo, meskipun umum, sering kali menantang bagi dokter umum dan klinisi dalam menentukan apakah penyebabnya bersifat perifer atau sentral. Keputusan tersebut sangat penting karena akan menentukan arah tatalaksana dan urgensi rujukan. Misalnya, vertigo perifer seperti BPPV dapat ditangani secara konservatif dengan manuver reposisi, sedangkan vertigo sentral akibat stroke memerlukan intervensi segera. Dengan membahas kasus nyata disertai pemeriksaan neurologis lengkap dan tindak lanjut terapi, laporan ini bertujuan untuk memberikan pemahaman klinis yang lebih komprehensif bagi tenaga medis (Suyamto, 2022).

Selain sebagai bahan edukatif, laporan ini juga diharapkan dapat memperkaya literatur lokal mengenai epidemiologi dan tata laksana vertigo di Indonesia. Berdasarkan laporan-laporan lokal, sebagian besar pasien dengan vertigo datang ke layanan primer tanpa diagnosis yang jelas, dan sering kali diberikan terapi simtomatik tanpa penegakan diagnosis yang tepat. Padahal, dengan pemeriksaan sederhana seperti tes Dix-Hallpike atau tes Romberg, diagnosis vertigo perifer seperti BPPV dapat ditegakkan dengan mudah (Baumgartner & Taylor, 2023). Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan edukasi berkelanjutan bagi dokter layanan primer mengenai evaluasi dan manajemen vertigo.

Laporan kasus ini disusun untuk memberikan gambaran nyata mengenai

manifestasi klinis, pemeriksaan neurologis, tatalaksana, serta respons terapi pasien dengan vertigo perifer disertai muntah. Melalui pendekatan klinis yang terstruktur, laporan ini diharapkan dapat menjadi referensi yang berguna bagi para klinisi, khususnya dalam membedakan antara vertigo perifer dan sentral, serta menentukan terapi yang tepat sesuai etiologi yang mendasarinya (Alifia, 2022)..

KASUS

Pasien seorang perempuan berusia 44 tahun, Ny. R, datang ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin pada tanggal 16 Mei 2025 pukul 10.00 pagi dengan keluhan utama berupa pusing berputar sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit. Keluhan dirasakan muncul secara tiba-tiba, bersifat hilang timbul, dan memberat saat terjadi perubahan posisi kepala, terutama saat bangun tidur atau perubahan dari posisi berbaring ke duduk. Sensasi berputar sangat mengganggu aktivitas sehari-hari, namun sedikit berkurang saat pasien memejamkan mata. Keluhan ini disertai mual dan muntah berulang, nyeri ulu hati, penurunan nafsu makan, serta kelemahan umum. Tidak terdapat keluhan demam, riwayat trauma kepala, gangguan pendengaran, tinnitus, maupun sensasi penuh di telinga. Buang air besar dan kecil dalam batas normal. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, maupun penyakit jantung, serta tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan.

Riwayat pengobatan sebelumnya tidak ada, dan pasien belum pernah mengalami keluhan serupa. Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan tidak menggunakan zat adiktif. Riwayat keluarga tidak menunjukkan adanya penyakit neurologis atau vestibular herediter. Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis dengan pasien dalam kondisi sadar penuh (compos mentis) dan kooperatif. Berdasarkan karakteristik keluhan yang

dipicu perubahan posisi kepala, diagnosis awal mengarah pada vertigo perifer dengan dugaan etiologi Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV).

Pemeriksaan fisik umum menunjukkan keadaan umum tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis (GCS 15: E4M6V5). Tanda vital menunjukkan tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 105 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu 36,6°C, dan saturasi oksigen 99%. Pemeriksaan kepala dan leher dalam batas normal tanpa adanya deformitas atau pembesaran kelenjar. Pemeriksaan mata menunjukkan pupil isokor dengan refleks cahaya baik, tanpa ikterus maupun anemia. Pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorokan tidak menunjukkan tanda inflamasi atau kelainan struktural. Pemeriksaan sistem pernapasan dan kardiovaskular tidak ditemukan kelainan bermakna. Pada pemeriksaan abdomen terdapat nyeri tekan pada regio epigastrium tanpa tanda peritonitis, dengan bising usus normal. Ekstremitas dalam kondisi normal tanpa edema atau deformitas.

Pemeriksaan neurologis menunjukkan fungsi saraf kranialis dalam batas normal. Tidak ditemukan gangguan motorik, sensorik, maupun refleks patologis. Uji koordinasi seperti tes tunjuk hidung dan pronasi-supinasi menunjukkan hasil baik. Namun, pada pemeriksaan keseimbangan didapatkan hasil positif pada tes Romberg dan tandem gait, yang mengarah pada gangguan sistem vestibuler perifer. Tidak ditemukan nistagmus spontan pada pemeriksaan langsung. Pemeriksaan spesifik untuk vertigo seperti Dix-Hallpike test dan Head Impulse Test tidak dilakukan, sehingga tidak didapatkan konfirmasi objektif berupa nistagmus posisi maupun respons refleks vestibulo-okular.

Pemeriksaan penunjang berupa laboratorium darah menunjukkan hasil dalam batas normal, dengan hemoglobin 12,8 g/dL, leukosit 9.900/ μ L, trombosit 321.000/ μ L, serta kadar glukosa darah sewaktu 88 mg/dL. Tidak ditemukan tanda infeksi, gangguan metabolik,

maupun kelainan hematologis yang dapat menjelaskan keluhan pasien. Pemeriksaan vestibular lanjutan seperti audiometri, tes kalorik, maupun pemeriksaan radiologis seperti MRI tidak dilakukan. Berdasarkan keseluruhan data anamnesis, pemeriksaan fisik, dan neurologis, diagnosis klinis yang ditegakkan adalah vertigo perifer dengan etiologi paling mungkin Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV), meskipun belum terkonfirmasi secara definitif karena tidak dilakukan pemeriksaan provokatif standar.

Diagnosis banding yang dipertimbangkan meliputi penyakit Meniere, neuritis vestibularis, dan labirinitis. Namun, tidak ditemukannya gangguan pendengaran atau tinnitus menyingkirkan kemungkinan Meniere. Durasi gejala yang singkat dan hilang timbul tidak sesuai dengan neuritis vestibularis yang biasanya berlangsung kontinu selama beberapa hari. Tidak adanya riwayat infeksi telinga atau gangguan pendengaran juga membuat labirinitis kurang mungkin. Dengan demikian, karakteristik klinis pasien paling sesuai dengan BPPV.

Penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan secara konservatif dengan kombinasi terapi suportif dan farmakologis. Pasien diberikan cairan intravena Ringer Laktat, ondansetron sebagai antiemetik, betahistin dan flunarizin sebagai terapi vertigo, serta diazepam dosis rendah sebagai vestibulosupresan. Selama tiga hari perawatan, pasien menunjukkan perbaikan bertahap, dengan penurunan intensitas dan frekuensi vertigo serta berkurangnya mual dan muntah. Meskipun demikian, manuver reposisi partikel seperti manuver Epley yang merupakan terapi definitif pada BPPV tidak dilakukan pada kasus ini. Tidak dilakukannya manuver reposisi merupakan salah satu keterbatasan dalam penatalaksanaan, karena terapi farmakologis yang diberikan hanya bersifat simptomatik dan tidak secara langsung mengatasi patofisiologi BPPV.

Perjalanan klinis pasien menunjukkan bahwa pada hari pertama

terjadi onset vertigo, hari kedua pasien datang ke IGD dan mendapatkan terapi awal, dan pada hari ketiga hingga kelima dilakukan perawatan serta monitoring dengan perbaikan klinis bertahap. Meskipun kondisi pasien membaik, laporan ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu tidak dilakukannya pemeriksaan Dix-Hallpike dan Head Impulse Test sebagai standar diagnostik vertigo perifer, tidak adanya dokumentasi nistagmus sebagai temuan objektif, serta tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lanjutan seperti imaging. Selain itu, tidak dilakukannya manuver reposisi sebagai terapi definitif juga menjadi keterbatasan dalam tatalaksana kasus ini. Persetujuan tertulis telah diperoleh dari pasien untuk publikasi laporan kasus ini, dan penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komite Etik Rumah Sakit Pertamina Bintang Ami.

Penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan secara kombinasi antara terapi suportif dan terapi farmakologis yang ditujukan untuk mengurangi gejala vertigo, mempercepat proses kompensasi vestibuler, serta mengontrol gejala otonom seperti mual dan muntah. Pasien diberikan rehidrasi intravena dengan cairan Ringer Laktat (RL) 20 tpm, serta terapi antiemetik ondansetron injeksi dua kali sehari. Untuk mengurangi keluhan vertigo, diberikan betahistin 2×24 mg dan flunarizin 2×5 mg sebagai terapi utama. Selain itu, diazepam dosis rendah (2×2 mg) diberikan sebagai vestibulosupresan dan anxiolytic, serta omeprazole intravena untuk proteksi lambung. Secara farmakologis, terapi yang diberikan sudah sesuai untuk mengontrol gejala akut vertigo perifer, namun perlu ditekankan bahwa obat-obatan tersebut hanya bersifat simptomatik dan tidak secara langsung mengatasi penyebab utama BPPV.

Berdasarkan pedoman *Bárány Society dan American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, terapi utama pada BPPV adalah manuver reposisi partikel seperti manuver Epley atau Semont yang bertujuan

mengembalikan otokonias ke utrikulus. Pada kasus ini, manuver reposisi tidak dilakukan, sehingga tatalaksana yang diberikan belum mencakup terapi definitif. Tidak dilakukannya manuver reposisi merupakan keterbatasan dalam penatalaksanaan kasus ini dan berpotensi memperlambat resolusi gejala serta meningkatkan risiko kekambuhan. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun pasien mengalami perbaikan klinis dengan terapi konservatif, pendekatan yang dilakukan belum sepenuhnya sesuai dengan gold standard tata laksana BPPV.

Selama tiga hari perawatan, dilakukan monitoring ketat terhadap

PEMBAHASAN

Vertigo adalah suatu gejala yang menggambarkan ilusi gerakan atau persepsi salah terhadap posisi tubuh, baik terhadap lingkungan sekitar maupun terhadap dirinya sendiri, yang paling sering ditandai dengan sensasi berputar. Gejala ini merupakan keluhan umum dalam praktik neurologi dan otorhinolaringologi, dan kerap disalahartikan sebagai pusing biasa. Vertigo harus dibedakan dari dizziness, yang merupakan sensasi melayang atau tidak stabil tanpa perasaan berputar. Definisi ini penting untuk membedakan antara berbagai penyebab ketidakseimbangan, karena penanganannya sangat tergantung dari jenis dan sumber vertigo (Gold et al., 2020).

Etiologi vertigo sangat beragam dan bergantung pada letak kelainan sistem vestibular. Secara umum, vertigo dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu vertigo perifer dan vertigo sentral. Vertigo perifer disebabkan oleh gangguan pada struktur vestibular perifer, seperti kanalis semisirkularis, utrikulus, dan sakulus atau nervus vestibularis. Beberapa penyebab umum dari vertigo perifer antara lain adalah Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV), penyakit Meniere, neuritis vestibularis, dan labirinitis. Sementara itu, vertigo sentral berhubungan dengan patologi pada batang otak, serebelum,

perkembangan gejala pasien. Pada hari pertama, pasien masih mengeluhkan vertigo dan mual, namun muntah mulai berkurang. Hari kedua, intensitas vertigo menurun dan frekuensi serangan menjadi lebih jarang. Pada hari ketiga, keluhan mual dan muntah tidak lagi dirasakan, meskipun vertigo ringan masih muncul secara intermiten. Perbaikan ini menunjukkan respons yang baik terhadap terapi simptomatik, namun tidak dapat dipastikan apakah resolusi gejala bersifat spontan atau akibat kompensasi vestibuler alami.

atau korteks serebral seperti stroke batang otak, sklerosis multipel, dan tumor serebelopontin (Brandt & Dieterich, 2020).

Klasifikasi vertigo dibangun berdasarkan lokasi lesi dan manifestasi klinisnya. Vertigo perifer umumnya bersifat akut, berat, dan dipicu oleh perubahan posisi kepala, serta disertai dengan gejala otonom seperti mual dan muntah. Gejala lain yang sering menyertai adalah tinitus dan gangguan pendengaran, seperti pada penyakit Meniere. Di sisi lain, vertigo sentral cenderung tidak dipengaruhi oleh posisi kepala dan biasanya disertai dengan gejala neurologis fokal seperti diplopia, disartria, atau hemiparesis. Penting juga membedakan dengan vertigo psikogenik, yang biasanya berkaitan dengan gangguan kecemasan atau psikosomatik (Nham et al., 2023).

Manifestasi klinis dari vertigo bervariasi tergantung pada etiologi. Pada BPPV, pasien biasanya mengeluhkan vertigo yang berlangsung beberapa detik hingga menit, terutama saat melakukan gerakan tertentu seperti bangkit dari posisi tidur atau menunduk. Pada penyakit Meniere, serangan vertigo berlangsung lebih lama (hingga beberapa jam), sering disertai dengan tinitus dan sensasi penuh pada telinga. Neuritis vestibularis menyebabkan vertigo berat yang berlangsung berhari-

hari tanpa gangguan pendengaran, sedangkan pada vertigo sentral, gejala berjalan lebih lambat dengan intensitas lebih ringan, tetapi disertai tanda neurologis lain (Lempert & Olesen, 2021).

Pada kasus Ny. R, keluhan utama berupa pusing berputar sejak satu hari sebelumnya yang memberat saat bangun tidur dan berpindah posisi sangat konsisten dengan karakteristik vertigo perifer, khususnya Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). Gejala yang bersifat hilang timbul, dipicu perubahan posisi kepala, serta disertai mual dan muntah merupakan manifestasi klinis khas BPPV. Berdasarkan kriteria diagnostik dari Bárány Society, diagnosis BPPV ditegakkan bila terdapat vertigo singkat yang dipicu perubahan posisi kepala, disertai nistagmus khas pada pemeriksaan provokasi seperti Dix-Hallpike atau supine roll test (Lopez-Escamez et al., 2017). Pada kasus ini, meskipun gejala klinis sangat mengarah ke BPPV, tidak dilakukan pemeriksaan Dix-Hallpike sehingga tidak didapatkan konfirmasi berupa nistagmus posisi. Hal ini menjadi pertimbangan penting karena nistagmus merupakan tanda objektif utama dalam menegakkan diagnosis BPPV. Tidak ditemukannya nistagmus juga dapat disebabkan oleh keterbatasan pemeriksaan klinis, fase penyakit yang sudah mereda, atau tidak dilakukannya manuver provokasi yang adekuat.

Diagnosis banding seperti penyakit Meniere, neuritis vestibularis, dan labirinitis tetap perlu dipertimbangkan. Namun, secara klinis Meniere's disease biasanya disertai gangguan pendengaran fluktuatif dan tinnitus, yang tidak ditemukan pada pasien ini. Neuritis vestibularis umumnya menyebabkan vertigo berat yang berlangsung terus-menerus selama beberapa hari tanpa pola hilang timbul, sedangkan labirinitis sering disertai gangguan pendengaran sensorineural akibat proses infeksi. Dengan demikian, karakteristik gejala pada pasien yang bersifat episodik, dipicu perubahan

posisi, dan berdurasi singkat lebih sesuai dengan BPPV dibandingkan diagnosis banding lainnya (Von Brevern et al., 2015).

Meskipun demikian, secara kritis perlu dipertimbangkan bahwa diagnosis BPPV pada kasus ini belum sepenuhnya memenuhi kriteria standar karena tidak adanya konfirmasi melalui pemeriksaan spesifik seperti Dix-Hallpike dan tidak terdokumentasinya nistagmus. Dalam praktik klinis, diagnosis BPPV idealnya ditegakkan berdasarkan kombinasi anamnesis khas dan temuan objektif pada pemeriksaan posisi. Tanpa pemeriksaan tersebut, kekuatan diagnosis menjadi lebih lemah dan bersifat presuntif. Oleh karena itu, meskipun secara klinis diagnosis BPPV paling mendekati, tetap diperlukan kehati-hatian dalam interpretasi dan kemungkinan evaluasi lanjutan bila gejala berlanjut atau tidak membaik.

Tatalaksana pada pasien berupa terapi medikamentosa seperti betahistin, flunarizin, dan ondansetron, serta rehidrasi intravena, merupakan pendekatan yang tepat untuk mengatasi gejala akut vertigo dan mual. Namun, berdasarkan pedoman American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, terapi utama pada BPPV seharusnya adalah manuver reposisi partikel seperti manuver Epley atau Semont, yang secara langsung mengatasi patofisiologi penyakit (Fife et al., 2017). Tidak dilakukannya manuver ini pada kasus ini dapat memengaruhi kecepatan resolusi gejala dan meningkatkan risiko kekambuhan. Dengan demikian, terapi yang diberikan bersifat simptomatik dan belum sepenuhnya mencakup tatalaksana definitif BPPV. Keterbatasan laporan kasus ini meliputi tidak dilakukannya pemeriksaan Dix-Hallpike sebagai standar diagnostik BPPV, tidak adanya dokumentasi nistagmus sebagai tanda objektif vertigo perifer, serta tidak dilakukan pemeriksaan penunjang seperti imaging untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab sentral. Keterbatasan ini dapat memengaruhi kekuatan diagnosis dan interpretasi

klinis, sehingga evaluasi lanjutan tetap diperlukan untuk memastikan diagnosis secara lebih definitif

KESIMPULAN

Kasus vertigo pada pasien ini mengarah pada diagnosis Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) berdasarkan anamnesis yang menunjukkan gejala pusing berputar hilang timbul yang dipicu perubahan posisi, disertai mual dan muntah, serta didukung oleh temuan klinis yang mengarah pada vertigo perifer. Penegakan diagnosis yang cepat dan akurat penting untuk membedakan vertigo perifer dari vertigo sentral yang berpotensi mengancam jiwa. Penatalaksanaan dengan terapi simptomatik dan rehidrasi memberikan perbaikan klinis yang bermakna, namun belum mencakup terapi definitif. Secara klinis, BPPV harus selalu dipertimbangkan pada pasien dengan vertigo posisi akut, dan manuver reposisi partikel seperti manuver Epley merupakan terapi utama yang sebaiknya dilakukan sedini mungkin untuk mempercepat resolusi gejala dan mencegah kekambuhan. Kasus ini menekankan pentingnya penerapan pemeriksaan diagnostik spesifik serta pemilihan terapi yang sesuai dengan pedoman guna meningkatkan luaran klinis pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifia (2022). Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). *Jurnal Syntax Fusion*, 2(2), Februari 2022.
- Baloh, R.W. (2019). *Clinical Neurophysiology of the Vestibular System*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Baumgartner, B. and Taylor, R.S. (2023). Peripheral Vertigo. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Bisdorff, A., Staab, J.P. and Newman-Toker, D.E. (2022). Overview of the International Classification of Vestibular Disorders. *Neurologic Clinics*, 40(1), pp.1–19. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2021.08.001>
- Brandt, T. and Dieterich, M. (2020). The vestibular system: anatomy, physiology, and clinical disorders. *The Lancet Neurology*, 19(8), pp.684–698. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30150-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30150-1)
- Fife, T.D., Iverson, D.J., Lempert, T. et al. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 156(3_suppl), pp.S1–S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>
- Fife, T.D., Tusa, R.J., Furman, J.M., et al. (2017). Practice guideline: Evaluation of the patient with acute dizziness and vertigo. *Neurology*, 89(2), pp.1–10. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000004052>
- Gold, D.R., Martini, D.R. and Newman-Toker, D.E. (2020). Vertigo and Dizziness. *The New England Journal of Medicine*, 382(10), pp.940–951. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1905770>
- Kerber, K.A., Baloh, R.W. and Fife, T.D. (2020). Vestibular rehabilitation. *The Journal of the American Medical Association*, 324(14), pp.1446–1455. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.13666>
- Kuo, C.H., Pang, L. and Chang, R. (2008). Vertigo: Part 1 – Assessment in general practice. *Australian Family Physician*, 37(5), pp.341–347.
- Lempert, T. and Olesen, J. (2021). Vestibular migraine. *Neurology*, 96(2), pp.297–304. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000011122>
- Lopez-Escamez, J.A., Gamiz, M.J., Fernandez-Perez, A., et al. (2017). Diagnostic criteria for BPPV: Consensus document of the Barany

- Society. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 68(6), pp.336–344. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.04.002>
- Newman-Toker, D.E., Edlow, J.A. and Saber Tehrani, A. (2022). Diagnostic evaluation of the dizzy patient. *BMJ*, 376, e065221. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-065221>
- Nham, B., Holliday, E. and O'Neill, P. (2023). Acute vertigo: diagnosis and management. *Australian Prescriber*, 46(1), pp.9–14. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2023.003>
- Putu Prida (2020). Diagnosis and Management Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). Department of Neurology, Faculty of Medicine, Udayana University.
- Rendra, A. (2018). Epidemiologi Vertigo pada Dewasa. *Jurnal Medika FKUI*, 14(1), pp.7–11.
- Strupp, M. and Brandt, T. (2008). Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. *Dtsch Arztebl Int.*, 105(10), pp.173–180. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0173>
- Strupp, M., Zwergal, A. and Feil, K. (2022). Recent advances in treating vertigo and dizziness. *Journal of Neurology*, 269, pp.603–615. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10850-0>
- Suyamto, B. (2022). Tatalaksana Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3), pp.178–186.
- Von Brevern, M., Bertholon, P., Brandt, T., et al. (2015). Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. *Journal of Vestibular Research*, 25(3–4), pp.105–117. <https://doi.org/10.3233/VES-150553>.