

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Epilepsi adalah sebuah kondisi yang ditandai dengan kejang berulang, yang merupakan episode singkat dari pergerakan tak sadar yang melibatkan sebagian (*partial*) atau seluruh tubuh (*generalized*) dan bisa disertai dengan kehilangan kesadaran maupun tidak (WHO, 2019). Bangkitan epilepsi (*epileptic seizure*) adalah manifestasi klinik dari bangkitan stereotipik (bangkitan serupa), berlangsung secara sementara dan mendadak dengan atau tanpa disertai penurunan kesadaran, yang dikarenakan oleh aktivitas listrik sekelompok sel saraf di otak yang berlebihan, bukan disebabkan oleh suatu penyakit otak akut (Harsono, 2008). Seseorang yang menderita epilepsi memiliki gejala-gejala yang ditandai dengan kondisi setidaknya terdapat 2 bangkitan tanpa provokasi atau 2 bangkitan refleks dengan jarak waktu antar bangkitan pertama dan kedua lebih dari 24 jam, atau dengan gejala satu bangkitan tanpa provokasi atau 1 bangkitan refleks dengan kemungkinan terjadinya bangkitan berulang dalam 10 tahun kedepan sama dengan (minimal 60%) bila terdapat 2 bangkitan tanpa profokasi/ bangkitan refleks (misalkan bangkitan pertama yang terjadi 1 bulan setelah kejadian stroke, bangkitan pertama pada anak yang disertai lesi structural dan epileptiform dischargers), atau jika pasien sudah sudah ditegakkan diagnosis sindrom epilepsi oleh dokter. Bangkitan refleks adalah bangkitan yang timbul karena induksi oleh

faktor pencetus yang spesifik, seperti stimulasi visual, auditorik, somatosensitif, dan somatomotor (Rudolf *et al.*, 2004).

Etiologi epilepsi dapat dibagi ke dalam tiga kategori, yaitu idiopatik, kriptogenik, dan simptomatis. Epilepsi idiopatik adalah epilepsi yang tidak terdapat lesi struktural di otak, dan diperkirakan mempunyai predisposisi genetik. Epilepsi idiopatik ini umumnya berhubungan dengan usia. Epilepsi kriptogenik dianggap sebagai epilepsi simptomatis yang penyebabnya belum diketahui. Contoh dari epilepsi kriptogenik adalah sindrom West, sindrom Lennox-Gastaut, dan epilepsi mioklonik. Gambaran klinis epilepsi kriptogenik sesuai dengan ensefalopati difus. Epilepsi simptomatis yaitu bangkitan epilepsi yang disebabkan oleh kelainan atau lesi struktural pada otak, misalnya; cedera kepala, kelainan kongenital, lesi desak ruang, gangguan peredaran darah otak, toksik (alkohol, obat), metabolic, kelainan neurodegeneratif, dan sebagainya. (Panayiotopoulos, 2005).

Gangguan epilepsi bisa diderita siapa saja di seluruh dunia, baik anak-anak, usia dewasa, orang tua, maupun bayi yang baru lahir. Interval usia penderita epilepsi adalah 20-70 tahun per 100.000 orang, dengan prevalensi 4-10 orang per 1000 orang (Baker *et al.*, 2000). WHO (2009) menyatakan bahwa sekitar 50 juta orang di seluruh dunia terserang epilepsi. Sekitar 90% penderita epilepsi tersebar pada negara-negara berkembang, dan kebanyakan penderita belum mendapatkan penanganan sesuai yang dibutuhkan. PERDOSSI (2014) menyatakan bahwa perkiraan persentase jumlah penderita epilepsi dalam sebuah negara adalah sekitar 1.9-2% dari total jumlah penduduk suatu negara.

Jumlah penderita epilepsi di Indonesia diperkirakan ada sekitar 4 juta orang. Data yang telah terkumpul hingga tahun 2006 baru mencapai jumlah 1-1.5 juta orang. Dari jumlah 1.5 juta penderita tersebut, terdapat penderita epilepsi di Indonesia yang belum dapat disembuhkan sekitar 20%. Sekitar 20% lainnya bisa disembuhkan setelah melalui tindakan operasi, dan 60% sisanya berhasil disembuhkan melalui pengobatan yang teratur. Terdapat penurunan jumlah serangan yang signifikan pada 20% penderita epilepsi yang telah melakukan prosedur operasi tersebut, dan bahkan ada juga pasien yang tidak mendapatkan serangan kembali sama sekali. Sekitar 80% penderita epilepsi masih mengalami serangan.

Insidensi median epilepsi di dunia 50,4 per 100.000/tahun (33,6-75,6). Pada negara dengan pendapatan per kapita yang tinggi, diperoleh insidensi median 45,0 (30,3-66,7) dan pada negara dengan pendapatan per kapita menengah kebawah adalah 81,7 (28,0-239,5). Di Asia, contohnya adalah insidensi epilepsi di Cina adalah 35/100.000 orang per tahun, dan di India 49,3/100.000 orang per tahun. Puncak insiden di Shanghai (Cina) pada usia 10-30 tahun dan >60 tahun, sedangkan di India mencapai puncaknya pada usia 10-19 tahun. Insidensi epilepsi di negara maju mengikuti distribusi bimodal yaitu dengan puncak pertama pada usia balita dan puncak kedua pada usia 65 tahun. Angka insiden di negara maju dilaporkan >130/100.000 orang/tahun pada usia >65 tahun, 160/100.000 orang/tahun pada usia >80 tahun. Insiden status epileptikus dilaporkan sebesar 60-80/100.000 orang/tahun setelah usia 60 tahun, dengan angka mortalitas 2 kali lebih besar dibandingkan dewasa muda.

Sekitar 35% kasus epilepsi yang baru ditemukan pada usia lanjut (>75 tahun) adalah status epileptikus. Pada negara sedang berkembang insidensi epilepsi lebih tinggi sekitar 100-190/100.000 orang/tahun. Distribusi bimodal tidak terlihat pada negara berkembang. Beberapa negara berkembang melaporkan puncak insiden epilepsi tertinggi pada usia dewasa muda, tidak disertai peningkatan pada usia tua (PERDOSSI, 2014).

Hal yang perlu diperhatikan sebelum menentukan terapi obat anti epilepsi pada pasien epilepsi adalah berapa besar kemungkinan timbulnya bangkitan berulang, berapa besar kemungkinan munculnya konsekuensi psikososial, masalah pekerjaan, atau keadaan fisik akibat bangkitan selanjutnya dan pertimbangkan untung rugi antara pengobatan dan efek samping yang ditimbulkan. Ketepatan diagnosis merupakan dasar untuk menentukan terapi. Diagnosis yang kurang tepat dapat menyebabkan terapi yang tidak tepat pula (PERDOSSI, 2014). Tujuan utama pengobatan epilepsi adalah membebaskan penderita dari serangan epilepsinya. Bangkitan epilepsi yang muncul dapat menyebabkan kerusakan hingga kematian sel-sel otak, dan bila berlangsung secara terus-menerus kerusakan yang ditimbulkan bisa semakin meluas dan menyebabkan penurunan intelegensi penderita. Usaha terbaik untuk mengatasi epilepsi adalah dengan pemberian terapi sedini dan seagresif mungkin. Pengobatan epilepsi dianggap sukses dan penderita dinyatakan sembuh apabila serangan epilepsi mampu dicegah atau dikontrol dengan obat-obatan hingga penderita 2 tahun bebas bangkitan (Setiaji *et al.*, 2014).

Kepatuhan pasien dalam meminum obat diperlukan untuk mengurangi bangkitan kejang. Pengobatan epilepsi memerlukan waktu yang lama, sehingga diperlukan kepatuhan dalam menjalani pengobatan. Ketidakepatuhan pengobatan bisa memunculkan risiko terjadinya peningkatan atau perubahan dosis serta kombinasi obat yang sebenarnya tidak perlu dilakukan (Koumoutsos *et al.*, 2007).

Agama Islam menganjurkan untuk meyegerakan berobat pada saat terkena penyakit. Seperti yang dituturkan oleh sahabat Nabi Usamah bin Syuraik, "*berobatlah karena tiada suatu penyakit yang diturunkan Allah, kecuali diturunkan pula obat penangkalnya, selain dari satu penyakit yaitu ketuaan*" (HR Abu Daud dan At-Tarmidzi). Latar belakang yang telah diuraikan diatas membuat peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian yang berjudul: "Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Pada Pasien Epilepsi".

B. Perumusan Masalah

Permasalahan utama yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa sajakah yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien epilepsi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien epilepsi.

2. Tujuan Khusus

- a. Menentukan hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- b. Menentukan hubungan antara usia dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- c. Menentukan hubungan antara dukungan keluarga dalam hal kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- d. Menentukan hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- e. Menentukan hubungan antara tingkat pengetahuan tentang penyakit epilepsi dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- f. Menentukan hubungan antara tingkat ekonomi dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- g. Menentukan hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.
- h. Menentukan hubungan antara lamanya pengobatan dengan kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan peneliti tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan berobat pada pasien epilepsi.

2. Bagi Klinisi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar untuk memberikan informasi akan pentingnya minum obat anti epilepsi secara teratur, dan untuk mengatasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan ketidakpatuhan penderita pada pengobatan.

3. Bagi Orang Tua/Keluarga Penderita

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai media informasi peranan kepatuhan minum obat anti epilepsi secara teratur dalam pencegahan atau mengurangi bangkitan sehingga dapat mengurangi penderitaan, serta informasi tentang faktor-faktor yang bisa mempengaruhi kepatuhan minum obat.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang senada dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dara Maretta (2017) melakukan penelitian dengan judul Hubungan Antara Kepatuhan Minum Obat Terhadap Kejadian Remisi Epilepsi Pada Anak. Dilihat dari penelitian yang telah dilakukan di atas maka kesamaan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu terletak pada variable bebas maupun variable terikat. Sedangkan perbedaan antara penelitian yang sudah dilakukan di atas dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu tempat penelitian, waktu penelitian, subjek penelitian, dan metode penelitian.
2. Triharjanti (2006) melakukan penelitian dengan judul Hubungan Pengetahuan Orang Tua Tentang Tuberkulosis pada Anak Terhadap Kepatuhan Dalam Pemberian Obat di Wilayah Kerja Puskesmas

Nanggulan. Dilihat dari penelitian yang telah dilakukan di atas terdapat kesamaan dengan penelitian yang akan dilakukan yaitu sama sama menilai kepatuhan pengobatan, namun pada jenis penyakit yang berbeda.