

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Dalam Melakukan Terapi Pencegahan Sekunder pada Pasien Stroke Iskemik

Factors Affecting Non Adherence to Secondary Stroke Prevention Therapy in Ischemic Stroke Patients

Zakky Choliso^{*}, Hidayah Karuniawati, Tanti Azizah, Zaenab, Laila Nur Hekmah

Fakultas Farmasi, Universitas Muhammadiyah Surakarta Jl. A.Yani Tromol Pos 1, Pabelan, Kartasura, Surakarta

Submitted: 14-12-2018

Revised: 11-04-2018

Accepted: 31-07-2018

Korespondensi : Zakky Choliso^{*} : Email : zakky.choliso@ums.ac.id

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit kardiovaskuler penyebab kecacatan tertinggi di dunia dan penyakit terbanyak ketiga setelah penyakit jantung dan kanker yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dengan prevalensi stroke iskemik 80% dan stroke hemoragik 20%. Pasien yang pernah didiagnosis stroke mempunyai resiko mengalami stroke yang berulang. *American Heart association/American Stroke Association* dan Perhimpunan Dokter Spesialis Syaraf Indonesia merekomendasikan terapi pencegahan sekunder yang terdiri dari antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, dan antidislipidemia diberikan pada pasien paska stroke untuk meminimalkan angka kejadian stroke berulang. Terapi pencegahan sekunder hanya merupakan langkah awal, jika pasien tidak patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder, maka resiko terjadinya stroke berulang akan tetap tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan ketidapatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder pada pasien stroke iskemik. Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian observasional dan pendekatan kuantitatif *case control* menggunakan metode *consecutive sampling* dengan melakukan wawancara pada pasien yang memenuhi kriteria inklusi yaitu pasien yang pernah didiagnosis stroke dan sudah pulang dari rumah sakit akibat perawatan rawat inap stroke iskemik dan menjalani rawat jalan pada saat penelitian, pasien yang bisa berkomunikasi dan pasien yang bersedia untuk menjadi responden. Analisis data dilakukan dengan uji bivariat/*chi square* dan uji multivariat regresi logistik. Selama periode penelitian, 184 responden memenuhi kriteria inklusi. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder yaitu .tidak ada yang mengingatkan minum obat $p=0,03$; OR 4,51, penolakan terhadap penyakitnya $p=0,036$ OR 2,14, dan bosan minum obat $p=0,045$ OR 1,97.

Kata kunci: stroke iskemik, stroke berulang, terapi pencegahan stroke berulang, ketidapatuhan

ABSTRACT

Stroke is a cardiovascular disease that causes the world's highest disability and is the most prevalence disease after heart disease and cancer. Stroke is caused by circulatory disorders with 80% of the sufferers are diagnosed with ischemic stroke and 20% of them are diagnosed with hemorrhagic stroke. Patients who survive from the first stroke have high risk to have recurrent stroke. American Heart Association/American Stroke Association and Perhimpunan Dokter Spesialis Syaraf Indonesia recommend secondary stroke prevention therapy including antiplatelet/anticoagulant, antihypertensive agents, and antidislipidemia to minimalize the risk of recurrent stroke. Secondary stroke prevention therapy is only the first step. Patients need to be adhere to those therapies. The non-adherence will increase the risk of recurrent stroke. The study aimed to determine factors which causing the non-adherence to secondary prevention therapy in patients with ischemic stroke. This was a case control study with consecutive sampling method by interviewing patients who met the inclusion criterias i.e., had been diagnosed and were inpatients due to ischemic stroke, but in the time of interview patients were outpatients, patients were able to communicate and agree to participate in the study. Data was analyzed by bivariate / chi square test and multivariate logistic regression test. During the study period, 184 respondents met the inclusion criterias. Factors affecting non-adherence in the use of secondary prevention therapy were No one reminded to take medicine $p = 0.03$; OR 4.51, denial of the disease $p = 0.036$ OR 2.14, and tired of taking medicine $p = 0.045$ OR 1.97.

Keywords: ischemic stroke, recurrent stroke, secondary stroke therapy, non adherence

PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah¹. Berdasarkan patofisiologinya, stroke terdiri dari stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik. Hampir 80% dari semua kejadian stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan lain pada arteri yang mengalir ke otak². Stroke iskemik adalah gangguan multifaktorial heterogen yang disebabkan oleh timbulnya tanda-tanda neurologis yang terkait langsung dengan tempat terjadinya cedera di otak dan mengakibatkan kerusakan/kecacatan yang terjadi secara mendadak³.

Penyakit stroke mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Menurut *American Heart Assosiation* (AHA), di Amerika Serikat dari 100.000 penderita stroke, 50-100 penderita meninggal tiap tahunnya. Stroke merupakan penyakit penyebab kecacatan tertinggi di dunia dan penyakit terbanyak ketiga setelah penyakit jantung dan kanker⁴. Menurut laporan Yayasan Stroke Indonesia tahun 2012 angka kejadian stroke di Indonesia per tahun adalah 200 dari 100.000 penduduk, sekitar 2,5 % meninggal dan sisanya cacat ringan maupun berat⁵. Tahun 2013, Jawa Barat memiliki angka kejadian tertinggi yaitu 238.001 pasien berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan 533.895 pasien berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan maupun gejala. Angka kejadian di Jawa Tengah tercatat 171.035 pasien berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan 431.201 pasien berdasarkan diagnosis maupun gejala¹.

Pasien yang pernah didiagnosis stroke mempunyai resiko terjadinya stroke berulang. *American Heart Association* /*American Stroke Association* dan Persatuan Dokter Spesialis Syaraf Indonesia merekomendasikan terapi pencegahan sekunder untuk meminimalkan angka kejadian stroke berulang. Terapi pencegahan sekunder yang direkomendasikan adalah antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, dan

antidislipidemia^{6,7}. Penggunaan beberapa obat untuk mengontrol faktor resiko stroke tersebut telah terbukti menunjukkan efikasi yang baik dan mengurangi angka kejadian stroke per tahunnya⁸, dengan kumulatif penurunan resiko (*risk reduction*) mencapai 75%^{9, 10}.

Pasien yang patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder terbukti dapat menurunkan resiko terjadinya stroke berulang^{11,12}, hanya saja kepatuhan pengobatan diketahui rendah pada pasien stroke^{13,14}. Pada sebuah penelitian yang dilakukan pada 2.598 pasien yang baru saja keluar dari rumah sakit setelah didiagnosis stroke atau *transient ischemic attack* (TIA) menunjukkan bahwa kira-kira 1 dari 4 responden menghentikan 1 atau lebih pengobatan stroke dalam waktu 3 bulan dari mereka keluar dari rumah sakit¹⁵. Penelitian lain dengan subyek 3.571 pasien yang selamat dari serangan stroke menunjukkan kira-kira sepertiga dari pasien mempunyai kepatuhan yang rendah terhadap terapi antihipertensinya dalam setahun setelah serangan stroke¹⁶.

Prevalensi stroke, mortalitas dan insiden angkat berbeda dalam populasi yang berbeda. Penelitian epidemiologi berbasis populasi masih sangat kurang di beberapa wilayah besar di Asia^{17,18}. Di Asia terutama di negara-negara yang wilayah geografisnya luas dengan bermacam-macam suku dan budaya terutama dengan kesenjangan tingkat ekonomi, data akurat tentang pasien stroke walaupun sangat diperlukan tetapi seringkali sukar didapatkan. Data yang akurat tentang epidemiologi kepatuhan pada pengobatan stroke penting kontribusinya dalam menentukan alokasi sumberdaya kesehatan untuk stroke dan sebagai dasar untuk strategi pencegahan stroke.

Menurut laporan WHO angka kepatuhan di negara berkembang lebih rendah daripada angka kepatuhan di negara maju¹⁹. Ketidakepatuhan akan berdampak tidak hanya pada individu yang bersangkutan tetapi berdampak luas pada anggaran belanja negara melalui asuransi

BPJS. Ketidapatuhan dalam melakukan terapi pencegahan sekunder akan menyebabkan meningkatnya angka kejadian stroke berulang, meningkatkan angka kecacatan, morbiditas, dan mortalitas.

Ada beberapa penelitian di Indonesia yang mengidentifikasi pengaruh kepatuhan penggunaan antiplatelet/antiikoagulan, antihipertensi, dan rehabilitasi terhadap kejadian stroke berulang, tetapi belum ada yang secara komprehensif mengidentifikasi prediktor ketidapatuhan pasien dalam terapi pencegahan stroke sekunder^{20,21}. Berdasarkan hal tersebut, maka perlu dilakukan penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan minum obat pada pasien stroke iskemik agar dapat digunakan sebagai masukan bagi dokter, apoteker, dan tenaga kesehatan lain dalam upaya meningkatkan keberhasilan pengobatan stroke sehingga angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh terjadinya stroke berulang dapat menurun.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian observasional dengan pendekatan kuantitatif *case control*. Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien yang pernah didiagnosis stroke iskemik dan sampel pada penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok kasus dan kelompok kontrol. Kelompok kasus adalah pasien yang pernah didiagnosis stroke iskemik dan tidak patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok pasien yang pernah didiagnosis stroke dan patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder. Penilaian kepatuhan dilakukan dengan menggunakan kuesioner berdasarkan penelitian Karuniawati *et al.*, tahun 2015¹¹ yang merupakan adaptasi dari MMAS8. Sebelumnya digunakan, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner tersebut. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 30 responden dengan hasil item-item pertanyaan dalam kuesioner valid dan reliabel. Hasil uji validitas menunjukkan

R hitung dari semua item pertanyaan > R Tabel yaitu 0,349. Sedangkan uji reliabilitas menunjukkan bahwa *cronbach's alpha* 0,724 > 0,600. Pasien dikatakan patuh jika skor kuesioner sama dengan 8 dan tidak patuh jika skornya kurang dari 8. Data sekunder didapatkan dari data rekam medik untuk melengkapi data jika masih belum lengkap pada saat wawancara pasien yang meliputi data identitas pasien, dan profil terapi pencegahan sekunder.

Sumber data pada penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien dengan menggunakan kuesioner yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner tersebut terdiri dari 3 kategori yaitu identitas pasien, profil kepatuhan, identifikasi hambatan dalam terapi pencegahan sekunder yang meliputi faktor yang berkaitan dengan obat/pengobatan dan faktor yang berkaitan dengan pasien.

Pengambilan data dilakukan secara *consecutive sampling*, yaitu semua subyek yang datang selama periode penelitian (April sampai Agustus 2017) dan memenuhi kriteria inklusi ditetapkan sebagai kelompok kasus dan kontrol dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi²². Seratus delapan puluh empat pasien (184) masuk dalam kriteria inklusi. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah pasien yang pernah didiagnosis stroke dan sudah pulang dari rumah sakit akibat perawatan rawat inap stroke iskemik serta pasien yang menjalani rawat jalan, pasien yang bisa berkomunikasi dan pasien yang bersedia untuk menjadi responden. Jumlah populasi pasien stroke iskemik di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X dari bulan April 2016 sampai Maret 2017 sebanyak 327 pasien sehingga jumlah minimal sampel dengan taraf kepercayaan 95% adalah 177 pasien. Selama 5 bulan periode penelitian ini melibatkan sebanyak 184 responden, 75 responden masuk dalam kelompok kasus dan 109 responden masuk dalam kelompok kontrol.

Data dianalisis dengan menggunakan program SPSS. Hubungan faktor-faktor yang diprediksi menjadi penyebab ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder dianalisis dengan bivariate/uji *chi square*. Pengaruh beberapa variabel terhadap ketidakpatuhan pasien dalam melakukan terapi pencegahan sekunder dianalisis dengan multivariat regresi logistik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik pasien secara umum

Jumlah populasi pasien stroke iskemik di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X dari bulan April 2016 sampai Maret 2017 sebanyak 327 pasien. Sampel yang diperoleh pada penelitian ini sebanyak 184 pasien yang masuk dalam kriteria inklusi yaitu pasien yang pernah didiagnosis stroke dan sudah pulang dari rumah sakit akibat perawatan rawat inap stroke iskemik serta pasien yang menjalani rawat jalan, pasien yang bisa berkomunikasi dan pasien yang bersedia untuk menjadi responden. Karakteristik pasien (Tabel I).

Pada Tabel I tentang karakteristik responden, dari 184 responden, 55 responden berumur lebih sama dengan 60 tahun dan 129 responden berusia kurang dari 60 tahun. Umur merupakan salah satu faktor resiko terjadinya stroke, tetapi dalam penelitian ini hampir tiga perempat pasien stroke ternyata berumur kurang dari 60 tahun. Hal ini dimungkinkan karena pergeseran pola hidup yang serba instan dan pola hidup yang kurang beraktivitas sehingga sebelum usia 60 tahun sudah terkena stroke. Pada usia tua mulai terlihat hasil proses aterosklerosis dan pembuluh darahnya mengalami perubahan secara degeneratif akibat bertambahnya usia sehingga mengganggu aliran darah²³.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan¹¹, inaktivitas akan meningkatkan resiko terjadinya stroke berulang ($p=0,048$). Pasien yang kurang atau tidak beraktivitas akan meningkatkan resiko

stroke berulang 2,365 kali dibandingkan pasien yang melakukan aktivitas seperti olah raga. Sebuah penelitian lain menunjukkan bahwa olah raga aerobik memperbaiki kesehatan kardiovaskuler, mobilitas, keseimbangan, dan daya tahan setelah stroke²⁴. Dari 184 responden, 75 pasien tidak patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder. Dari 75 pasien yang tidak patuh, 53 (70,7%) pasien yang tidak patuh berumur kurang dari 60 tahun. Hal ini dimungkinkan pada usia kurang dari 60 tahun merupakan usia yang masih produktif dalam bekerja sehingga kesibukannya menyebabkan lupa untuk minum obat. Prevalensi penderita stroke iskemik terbanyak pada jenis kelamin pria. Hal ini dikarenakan wanita mempunyai hormon penting yaitu estrogen dan progesteron. Hormon yang terdapat dalam tubuh wanita ini melindungi dan mempertahankan imunitas tubuh wanita hingga tiba fase menopause. Pertahanan dari imunitas tubuh ini melindungi wanita dari resiko terjadinya aterosklerosis yaitu pengerasan pembuluh darah yang terjadi akibat dari proses penumpukan plak ateromatous yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke²⁵.

Beberapa faktor telah diuji untuk memprediksi pengaruhnya terhadap kepatuhan, faktor-faktor yang berhubungan dengan terapi dan pelayanan kesehatan memang terbukti berpengaruh terhadap kepatuhan, tetapi hubungan antara demografi dan faktor psikososial menunjukkan hubungan yang kurang konsisten dengan kepatuhan yang dimungkinkan karena interaksi antar faktor demografi tersebut²⁶. Termasuk hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa semua data demografi dari responden (umur, jenis kelamin, indeks masa tubuh, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan pekerjaan) mempunyai nilai $p>0,05$ sehingga bisa dikatakan bahwa karakteristik pasien tidak berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder.

Tabel I. Data Karakteristik Responden

No	Variabel	Tidak patuh		patuh		P*	OR	95%CI
		n	%	n	%			
1	Umur \geq 60 tahun							
	Ya	22	29,3	33	30,3	0,891	0,956	0,502-1,819
	Tidak	53	70,7	43	69,7			
2	jenis kelamin							
	laki-laki	36	48,0	60	55,0	0,347	0,754	0,418-1,359
	Perempuan	39	52,0	49	45,0			
3	Indek Masa Tubuh \geq 30							
	Ya	33	44,0	40	36,7	0,320	1,355	0,744-2,469
	Tidak	42	56,0	69	63,3			
4	Status Pernikahan							
	Tidak ada pasangan	12	16,0	24	22,0	0,312	0,675	0,314-1,451
	Ada pasangan	63	84,0	85	78,0			
5	Tingkat pendidikan							
	Rendah	59	78,7	91	83,5	0,408	0,729	0,345-1,542
	Tinggi	16	21,3	18	16,5			
7	Pekerjaan							
	Bekerja	31	41,3	49	45,0	0,626	0,863	0,478-1,564
	Tidak bekerja	44	58,7	60	55,0			

*dianalisis dengan chi square

Tabel II menunjukkan hubungan beberapa variabel terhadap kepatuhan pasien yang diuji dengan menggunakan *chi square*. Ada 8 variabel dengan p value kurang dari 0,25 antara lain skema pembiayaan, bosan, lingkungan tempat tinggal, selalu ada yang mengantar, ada yang mengingatkan minum obat, penolakan terhadap penyakitnya, merasa penyakitnya parah, berhenti minum obat karena takut ketergantungan, dan jarak rumah dengan rumah sakit. Variabel-variabel dengan p value kurang dari 0,25 ini merupakan kandidat yang diuji multivariate regresi logistik²⁷.

Sebuah penelitian di 74 rumah sakit di Beijing juga menunjukkan bahwa skema penjaminan kesehatan sehingga pasien dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan gratis merupakan salah satu faktor yang menunjukkan bahwa prediktor dari ketidakpatuhan meliputi keyakinan dapat meningkatkan kepatuhan pasien stroke dalam pengobatan pencegahan sekunder²⁸, sedangkan keyakinan pasien terhadap terapi

yang dijalani merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap ketidakpatuhan. Penelitian Pagès-Puigdemont *et al.*, menunjukkan bahwa ketidakpatuhan meliputi keyakinan bahwa pemberian obat terlalu berlebihan, ketakutan akan ketergantungan, dan tidak menerima penyakit yang diderita²⁹. Hasil penelitian-penelitian tersebut menggambarkan prediktor ketidakpatuhan terhadap pengobatan pencegahan stroke sekunder yang hampir sama polanya dengan penelitian ini.

Hasil uji multivariat (Tabel III) menunjukkan ada tiga faktor yang berpengaruh pada ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder. Faktor yang pertama adalah tidak ada yang mengingatkan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder dengan p value 0,031 dan OR 4,51 artinya bahwa pasien yang tidak ada yang mengingatkan dalam minum obat akan mempunyai resiko tidak patuh

Tabel II.a Hubungan Beberapa Variabel Terhadap Ketidapatuhan

No	Variabel	Kasus		Kontrol		P*	OR	95%CI
		n	%	n	%			
1	Riwayat keluarga							
	Ada	17	22,7	31	28,4	0,381	0,737	0,373-1,459
	Tidak ada	58	77,3	78	71,6			
2	Skema pembiayaan							
	Tanpa asuransi	1	1,3	0	0	0,227	2,475	2,074-2,948
	Dengan asuransi	74	98,7	109	100,0			
3	Merasa terganggu dengan pengobatan							
	Ya	5	6,7	4	3,7	0,354	1,875	0,487-7,226
	Tidak	70	93,3	105	96,3			
4	Adanya efek samping obat							
	Ada	11	14,7	11	10,1	0,347	1,531	0,627-3,740
	Tidak ada	64	85,3	98	89,9			
5	Lama minum obat							
	>1 tahun	11	14,7	11	10,1	0,347	1,531	0,627-3,740
	<= 1 tahun	64	85,3	98	89,9			
6	Bosan							
	Ya	31	41,3	26	23,9	0,012 ^s	2,249	1,190-4,251
	Tidak	44	58,7	83	76,1			
7	Penyakit penyerta							
	Ada	55	73,3	77	70,6	0,690	1,143	0,592-2,205
	Tidak	20	26,7	32	29,4			
8	Lingkungan tempat tinggal							
	Ada masalah	0	0	2	1,8	0,238	1,701	1,506-1,921
	Tidak ada masalah	75	100,0	107	98,2			
9	Sibuk							
	Ya	14	18,7	26	23,9	0,402	0,733	0,354-1,519
	Tidak	61	58,7	83	76,1			
10	Selalu ada yang mengantar							
	Tidak	0	0	6	5,5	0,039 ^s	1,728	1,525-1,959
	Ya	75	100,0	103	94,5			
11	Ada yang mengingatkan minum obat							
	Tidak	9	12,0	5	4,6	0,062	2,836	0,911-8,832
	Ya	66	88,0	104	95,4			
12	Memahami instruksi penggunaan obat							
	Tidak	5	6,7	5	4,6	0,541	1,486	0,415-5,323
	Ya	70	70,9	104	95,4			
13	Penolakan terhadap penyakitnya							
	Ya	26	34,7	19	17,4	0,008 ^s	2,513	1,265-4,993
	Tidak	49	65,3	90	82,6			

Tabel II.b Hubungan Beberapa Variabel Terhadap Ketidakpatuhan

9	Sibuk							
	Ya	14	18,7	26	23,9	0,402	0,733	0,354-1,519
	Tidak	61	58,7	83	76,1			
10	Selalu ada yang mengantar							
	Tidak	0	0	6	5,5	0,039 ^s	1,728	1,525-1,959
	Ya	75	100,0	103	94,5			
11	Ada yang mengingatkan minum obat							
	Tidak	9	12,0	5	4,6	0,062	2,836	0,911-8,832
	Ya	66	88,0	104	95,4			
12	Memahami instruksi penggunaan obat							
	Tidak	5	6,7	5	4,6	0,541	1,486	0,415-5,323
	Ya	70	70,9	104	95,4			
13	Penolakan terhadap penyakitnya							
	Ya	26	34,7	19	17,4	0,008 ^s	2,513	1,265-4,993
	Tidak	49	65,3	90	82,6			
14	Merasa penyakitnya parah							
	Ya	36	48,0	43	39,4	0,250	1,417	0,782-2,566
	Tidak	39	53,0	66	60,6			
15	Biaya pengobatan tinggi							
	Ya	4	5,5	3	2,8	0,446	1,991	0,432-9,164
	Tidak	71	94,7	106	97,2			
16	Berhenti minum obat karena takut ketergantungan							
	Ya	15	20,0	12	11,0	0,090	2,021	0,886-4,609
	Tidak	60	80,0	97	89,0			
17	Jarak							
	Jauh	24	32,0	46	42,2	0,161	0,645	0,348-1,194
	Dekat	51	68,0	63	57,8			

*dianalisis dengan *chi square*; ^sbermakna secara statistik

Tabel III. Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik, Pengaruh Beberapa Variabel Terhadap Ketidakpatuhan.

Variabel	Koefesien	P*	OR (IK 95%)
Tidak ada yang mengingatkan minum obat	4,67	0,031 ^s	4,51 (1,15-17,70)
Penolakan terhadap penyakitnya	4,42	0,036 ^s	2,14 (1,05-4,35)
Bosan	4,03	0,045 ^s	1,97 (1,02-3,81)

*Uji Multivariat Regresi Logistik; ^sbermakna secara statistik

sebesar 4,67 Kali dibandingkan pasien yang selama menggunakan terapi pencegahan sekunder ada yang mengingatkan untuk minum obat. Jumlah pasti pasien stroke yang tergantung dengan pendamping/pengasuh memang tidak diketahui dengan pasti, tetapi ada penelitian yang menunjukkan bahwa

sekitar separuh populasi stroke tergantung pada orang lain untuk membantu aktifitas hariannya³⁰. Pada pasien geriatri dengan penurunan fungsi memori seperti pada pasien stroke, ketergantungan pasien terhadap pengasuh maupun pendamping memang mempengaruhi kepatuhan³¹.

Faktor yang berpengaruh terhadap ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder yang kedua adalah penolakan terhadap penyakit dengan p value 0,036 dan OR 2,14. Pasien yang tidak mau menerima penyakitnya akan mempunyai kecenderungan untuk tidak patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder sebesar 2,14 kali dibandingkan pasien yang ikhlas dan menerima penyakit stroke yang dideritanya. Penolakan terhadap penyakit yang diderita akan berakibat pada sukarnya penderita untuk beradaptasi dengan kebiasaan, komitmen, dan pengorbanan yang berhubungan dengan pengobatan, sehingga akan menyebabkan penurunan kepatuhan terhadap terapi²⁹.

Faktor yang ketiga yang berpengaruh terhadap ketidakpatuhan pasien dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder adalah bosan dalam minum obat dengan p value 0,045 dan OR sebesar 1,97. Pasien yang bosan menggunakan terapi pencegahan sekunder akan cenderung tidak patuh sebesar 1,97 kali dibandingkan dengan pasien yang merasa tidak bosan dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder. Sistematis review dari penelitian kualitatif pada pengetahuan pasien hipertensi dan perilaku minum obat juga mengidentifikasi bahwa timbulnya efek samping dan ketidaksukaan minum obat merupakan alasan utama mengapa responden menghentikan pengobatan mereka³². Pengaruh ketidaksukaan atau bosan minum obat terhadap ketidakpatuhan juga ditunjukkan oleh penelitian³³.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 184 pasien, ada tiga faktor yang menyebabkan pasien tidak patuh dalam menjalani terapi pencegahan sekunder yaitu .tidak ada yang mengingatkan minum obat p=0,03; OR 4,51, penolakan terhadap penyakitnya p=0,036 OR 2,14, dan bosan minum obat p=0,045 OR 1,97.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih diucapkan kepada Kementerian Riset dan Teknologi Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Kemenristek DIKTI) dan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) atas dukungan dana yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. *Infodatin : Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta Selatan; 2014. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
2. Nasution LF. Stroke Non Hemoragik pada Laki-Laki Usia 65 Tahun. *Medula Unila*. 2013;1(3):1-9.
3. Favate AS, Younger DS. Epidemiology of Ischemic Stroke. *Neurol Clin*. 016;34(4):967-980. doi:10.1016/j.ncl.2016.06.013.
4. Dianta CA., Safrita Y., Sastri S. Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *J Kesehat Andalas*. 2013;2(2):57-61.
5. Usrin I., Mutiara E., Yusad Y. Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik di Ruang Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2011. 2013. doi:10.1002/ejic.201402692.
6. Dipiro J., Talbert R., Yee GC., Matzke GR., Wells BG., Posey LM. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*. McGraw-Hill Companies, New York. 2011;8th ed.
7. Furie KL., Kasner SE., Adams RJ., et al., Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 2011;42(1):227-276.doi:10.1161/STR.0b013e3181f7d043.

8. Bagalore S., Schwamm L., Smith EE., *et al.*, Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. *Am J Med.* 2014;127(8):728-738. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=24681258>.
9. Hackam DG., Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study. *Stroke.* 2007;38(6):1881-1885. doi:10.1161/STROKEAHA.106.475525.
10. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet.* 2002;360(9326):2-3. doi:10.1016/S0140-6736(02)09358-3.
11. Kurniawati H., Ikawati Z., Gofir A. Pengaruh Pencegahan Sekunder Terhadap Kejadian Stroke Berulang Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rsud. Dr. Moewardi Di Surakarta.
12. Prabhakaran S., Chong JY. Risk factor management for stroke prevention. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2014;20(2 Cerebrovascular Disease):296-308. doi:10.1212/01.CON.0000446102.82420.64.
13. Glader EL., Sjölander M., Eriksson M., Lundberg M. Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke.* 2010;41(2):397-401. doi:10.1161/STROKEAHA.109.566950.
14. De Schryver ELLM., Van Gijn J., Kappelle LJ., Koudstaal PJ., Algra A. Non-adherence to aspirin or oral anticoagulants in secondary prevention after ischaemic stroke. *J Neurol.* 2005;252(11):1316-1321. doi:10.1007/s00415-005-0858-0
15. Bushnell CD., Zimmer LO., Pan W., *et al.* Persistence with stroke prevention medications 3 months after hospitalization. *Arch Neurol.* 2010;67(12):1456-1463. doi:10.1001/archneurol.2010.190.
16. Khan NA., Yun L., Humphries K., Kapral M. Antihypertensive drug use and adherence after stroke: Are there sex differences? *Stroke.* 2010;41(7):1445-1449. doi:10.1161/STROKEAHA.110.579375
17. Venketasubramanian N., Tan LCS., Sahadevan S., *et al.*, Prevalence of stroke among Chinese, Malay, and Indian Singaporeans: A community-based tri-racial cross-sectional survey. *Stroke.* 2005;36(3):551-556. doi:10.1161/01.STR.0000155687.18818.13
18. Feigin VL., Lawes CMM, Bennett DA., *et al.*, Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003;2(1):43-53. doi:10.1016/S1474-4422(03)00266-7.
19. World Health Organization(WHO). WHO - Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action. *Who.* 2015:Cap XIII 107-114.
20. Putra IDGRC., Pinzon RT., Pramudita EA. Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Minum Obat Antiplatelet Aspirin Dengan Kejadian Stroke Iskemik Berulang Di RS Bethesda Yogyakarta. *Media Farm.* 2016;13(1):49-60. <http://journal.uad.ac.id/index.php/Media-Farmasi/article/view/5742>.
21. Makmun Syadullah., Miftahudin BGA. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi medik pada Pasien Stroke. 2017;8(49):1843-1852. doi:10.1002/adma.201605145.
22. Dahlan S. *Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan, Seri Evidence Based Medicine 2.* 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
23. Kabi GYCR., Tumewah R., Kembuan mieke AHN. Sebaran Kebiasaan Merokok pada Pasien Stroke Iskemik yang di Rawat Inap di Bagian Neurologi RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012 - Juni 2013. 2015;3(April).
24. Lambert. Practice Guidelines: AHA/ASA Guidelines on Prevention of

- Recurrent Stroke - American Family Physician.
25. Sari Indah Permata. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Berulang Pada Penderita Pasca Stroke. 2015:1-16.
 26. Lin J., Sklar GE., Oh VM Sen., Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008;4(1):269-286. doi:https://dx.doi.org/10.2147/TCRM.S1458.
 27. Dahlan S. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan, Deskriptif, Bivariat, Dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Dengan Menggunakan SPSS, Seri Evidence Based Medicine.* 5th ed. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
 28. Wang Y., Wu D, Wang Y., Ma R, Wang C, Zhao W. A survey on adherence to secondary ischemic stroke prevention. *Neurol Res.* 2006;28(1):16-20. doi:10.1179/016164106X91816.
 29. Pagès-Puigdemont N., Mangués MA., Masip M., et al. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Adv Ther.* 2016;33(10):1740-1754. doi:10.1007/s12325-016-0394-6.
 30. Department of Health National Audit Office. Progress in improving stroke care. *London Station Off.* 2010;(February):13. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
 31. Ownby RL., Hertzog C., Crocco E., Duara R. Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. *Aging Ment Heal.* 2006;10(4):378-385. doi:10.1080/13607860500410011
 32. Marshall IJ., Wolfe CDA., McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systematic review of qualitative research. *BMJ.* 2012;345(7867).doi:10.1136/bmj.e3953.
 33. Chambers JA., O'Carroll RE, Hamilton B *et al.* Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *Br J Health Psychol.* 2011;16(3):592-609. doi:10.1348/2044-8287.002000.