

Pengaruh pemberian edukasi dan leaflet terhadap penurunan frekuensi bangkitan epilepsi anak

The effect of education and leaflet on decreasing seizure frequency in pediatric epilepsy

Prasetyo Tri Kuncoro*, Cempaka Thursina**, Indarwati Setyaningsih**

*Bagian Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto

**Bagian Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Keywords:
child epilepsy,
frequency of awakening,
knowledge,
medication adherence,
education,
leaflets

Seizures as one of the manifestations of epilepsy are the most common nerve abnormalities in children, where 4-10% of children experience at least one seizure in the first 16 years of life. The patient's knowledge and understanding of his illness is related to the success of the therapy. The low level of knowledge about epilepsy causes many epilepsy sufferers that are not detected early and the prognosis of epilepsy sufferers is poor. Education plays a role in increasing knowledge of epilepsy, consequences, diagnosis and therapy and increasing understanding of psychosocial problems. This study aims to determine the relationship between educational and leaflets to decrease the frequency of seizure in children epilepsy at the General Hospital Center Dr. Sardjito Yogyakarta. The questionnaire was completed independently by the subjects at the polyclinic of Dr. Sardjito Central Hospital General Hospital. The degree of knowledge level of the subjects was assessed using Knowledge, Attitudes, and Practice towards Epilepsy (KAPE) instruments, while the degree of nutritional relief with Morisky scale was modified into Indonesian. Other sociodemographic factors and the frequency of rise are assessed by open and closed questions. The result of bivariate analysis giving leaflet with decreasing of frequency of generation did not found significant difference between group given leaflet with not given leaflet (p 0,058). Although there was no statistically significant correlation between leaflet giving and decreasing frequency of generation, but the result of this research showed a tendency of decreasing of higher frequency of outbreak in treatment group compared with group.

ABSTRAK

Kata kunci:
epilepsi anak,
frekuensi bangkitan,
pengetahuan,
kepatuhan minum obat,
edukasi,
leaflet

Kejang sebagai salah satu manifestasi epilepsi merupakan kelainan saraf yang paling sering terjadi pada anak, di mana ditemukan 4–10% anak-anak mengalami setidaknya satu kali kejang pada 16 tahun pertama kehidupan. Pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap penyakitnya berhubungan dengan keberhasilan terapi. Rendahnya tingkat pengetahuan mengenai epilepsi menyebabkan banyak penderita epilepsi yang tidak terdeteksi secara dini dan prognosis penderita epilepsi menjadi buruk. Edukasi berperan dalam meningkatkan pengetahuan terhadap penyakit epilepsi, konsekuensi, diagnosis dan terapi serta meningkatkan pemahaman terhadap masalah psikososial. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pemberian edukasi dan leaflet terhadap penurunan frekuensi bangkitan pada epilepsi anak di Rumah Sakit Umum Pusat Dr Sardjito Yogyakarta. Pengisian kuisisioner dilakukan secara mandiri oleh subjek di poliklinik anak Rumah Sakit Umum Pusat Dr Sardjito. Derajat tingkat pengetahuan subjek dinilai menggunakan instrumen Knowledge, Attitudes, and Practice towards Epilepsy (KAPE), sedangkan derajat tingkat kepatuhan minum obat dengan Morisky scale yang telah dimodifikasi ke dalam bahasa Indonesia. Faktor sosiodemografi lainnya dan frekuensi bangkitan dinilai dengan pertanyaan terbuka dan tertutup. Hasil analisis bivariat pemberian leaflet dengan penurunan frekuensi bangkitan tidak didapatkan perbedaan yang signifikan antara kelompok yang diberikan leaflet dengan yang tidak diberikan leaflet (p 0,058). Walaupun secara statistik tidak didapatkan hubungan bermakna antara pemberian leaflet dengan penurunan frekuensi bangkitan, namun hasil dari penelitian ini didapatkan kecenderungan penurunan frekuensi bangkitan yang lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok.

Correspondence:

Prasetyo Tri Kuncoro, email: peter_prast@yahoo.com

PENDAHULUAN

Kejang sebagai salah satu manifestasi epilepsi merupakan kelainan saraf yang paling sering terjadi pada anak, di mana ditemukan 4–10% anak-anak mengalami setidaknya satu kali kejang pada 16 tahun pertama kehidupan.¹ Terapi obat merupakan tatalaksana lini pertama setelah terdiagnosis epilepsi dengan tujuan mencapai bebas kejang dan tanpa efek samping.²

Pengetahuan dan pemahaman pasien terhadap penyakitnya berhubungan dengan keberhasilan terapi, akan tetapi pengetahuan pasien epilepsi mengenai penyakit, pengobatan dan konsekuensinya seringkali masih sangat kurang.³ Rendahnya tingkat pengetahuan mengenai epilepsi menyebabkan banyak penderita epilepsi yang tidak terdeteksi secara dini dan prognosis penderita epilepsi menjadi buruk.⁴

Edukasi kesehatan adalah suatu bentuk perlakuan atau upaya yang ditujukan pada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan dengan kata lain edukasi kesehatan mengupayakan agar perilaku individu mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.⁵ Tujuan pemberian edukasi pada pasien epilepsi adalah untuk meningkatkan pengetahuan terhadap penyakit epilepsi, konsekuensi, diagnosis dan terapi serta meningkatkan pemahaman terhadap masalah psikososial.⁶ Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian edukasi dan leaflet terhadap penurunan frekuensi bangkitan pada epilepsi anak.

METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *quasi experimental* yang dilakukan di poli Anak RSUP Dr. Sardjito pada bulan Januari sampai April 2017. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *consecutive sampling*. Kriteria inklusi adalah pasien penyakit epilepsi laki-laki dan perempuan yang memenuhi kriteria diagnosis berdasarkan diagnosis epilepsi *International League Against Epilepsy* (ILAE) yang masih muncul bangkitan dalam 3 bulan terakhir, terapi obat yang diberikan pada pasien sesuai dengan jenis epilepsi, dosis obat yang diberikan kepada pasien sesuai, umur kurang dari 18 tahun, bersedia ikut dalam penelitian ini dan menandatangani informed consent pasien. Kriteria eksklusi adalah subjek penelitian tidak dapat dihubungi pada saat follow up 3 bulan. Dari 62 subjek yang menyetujui *informed consent*, 2 subjek dieksklusi karena tidak dapat dihubungi pada saat follow up 3 bulan. Jumlah subjek terpilih yang mengikuti penelitian adalah 60 subjek.

Peneliti menentukan pemberian leaflet sebagai variabel bebas utama kemudian melihat penurunan frekuensi bangkitan epilepsi 3 bulan setelahnya sebagai variabel tergantung. Penurunan frekuensi bangkitan,

didefinisikan penurunan frekuensi bangkitan dari lebih dari 3 kali perbulan menjadi 1-2 kali perbulan/ bebas bangkitan atau dari 1-2 kali perbulan menjadi bebas kejang.⁷

Variabel bebas lain yang juga diteliti yaitu lama minum obat, jumlah OAE, jumlah bangkitan sebelum perlakuan, tipe bangkitan, pengetahuan, dan kepatuhan minum obat. Analisis data dan perhitungan statistik dilakukan secara komputersasi. Analisis deskriptif kategorik dipaparkan dalam bentuk jumlah dan prosentase. Uji statistik yang digunakan untuk melakukan analisis bivariat variabel bebas terhadap penurunan frekuensi bangkitan adalah uji Chi square/Fisher/Mann-whitney U test. Kemudian dilakukan analisis multivariat pada variabel yang mempunyai nilai *p* kurang dari 0,25 pada analisis bivariat.⁸

Penelitian ini telah mendapat rekomendasi dari Komite Etik Penelitian Biomedik pada manusia, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Setiap pasien dan keluarga yang terlibat sebagai subjek penelitian diberikan penjelasan dan dimintakan persetujuannya dengan menandatangani *informed consent*.

HASIL

Tipe bangkitan didominasi oleh tipe bangkitan umum (90% pada kelompok perlakuan dan 63,3% pada kelompok kontrol) dengan lama bangkitan paling banyak ≤ 5 tahun (63,3% pada kelompok perlakuan dan 50% pada kelompok kontrol). Penggunaan satu jenis OAE didapatkan pada sebagian besar (66,7% pada kelompok perlakuan dan 53,3% pada kelompok kontrol). Terdapat perbedaan pengetahuan pada saat sebelum perlakuan dan 3 bulan setelah perlakuan di mana sebelum perlakuan sebagian besar pengetahuan mayoritas adalah rendah (53,3% pada kelompok perlakuan dan 36,7% pada kelompok kontrol), sedangkan pada saat 3 bulan setelah perlakuan sebagian besar adalah baik pada kelompok perlakuan (56,7%) dan cukup pada kelompok kontrol (40%). Hal yang sama terjadi pada variabel kepatuhan minum obat, di mana terdapat perbedaan tingkat kepatuhan minum obat sebelum perlakuan dibandingkan dengan setelah perlakuan. Mayoritas tingkat kepatuhan minum obat adalah rendah baik pada kelompok perlakuan dan kontrol (63,3% dan 60%), sedangkan setelah 3 bulan, sebagian besar tingkat kepatuhan minum obat (46,7%) adalah menengah.

Hasil analisis korelatif pemberian leaflet terhadap penurunan frekuensi bangkitan tidak didapatkan korelasi yang bermakna (*p* 0,058) (Tabel 2), namun penurunan frekuensi bangkitan memiliki kecenderungan untuk mengalami penurunan frekuensi bangkitan dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 1. Karakteristik dasar subjek penelitian

Variabel	Perlakuan n (%)	Kontrol n (%)	<i>p</i>
Tipe bangkitan			
Parsial	3 (70)	11 (36,7)	0,015*
Umum	27 (90)	19 (63,3)	
Lama minum obat			
<5 tahun	25 (63,3)	15 (50)	0,006*
≥ 5 tahun	5 (36,7)	15 (50)	
Jumlah obat			
1 jenis	20 (66,7)	16 (53,3)	0,470
2 jenis	7 (23,3)	8 (26,7)	
≥3 jenis	3 (10)	6 (20)	
Jumlah bangkitan sebelum perlakuan			
1-2x/bulan	10 (33,3)	20 (66,7)	0,010*
>3x/bulan	20 (66,7)	10 (33,3)	
Pengetahuan sebelum perlakuan			
Baik	7 (23,3)	9 (30)	0,426
Cukup	7 (23,3)	10 (33,3)	
Kurang	16 (53,3)	11 (36,7)	
Pengetahuan post 3 bulan			
Baik	17 (56,7)	9 (30)	0,012*
Cukup	12 (40)	12 (40)	
Kurang	1 (3,3)	9 (30)	
Kepatuhan minum obat sebelum perlakuan			
Baik	4 (13,3)	6 (20)	0,477
Menengah	7 (23,3)	6 (20)	
Rendah	19 (63,3)	18 (60)	
Kepatuhan minum obat post 3 bulan			
Baik	9 (40)	5 (16,7)	0,265
Menengah	14 (46,7)	14 (46,7)	
Rendah	7 (23,3)	11 (36,7)	

Hasil analisis korelatif lama minum obat terhadap penurunan frekuensi bangkitan didapatkan korelasi yang bermakna (p 0,004) antara kelompok lama minum obat ≤ 5 tahun dengan >5 tahun. Variabel bebas lain yang memiliki korelasi dengan penurunan frekuensi bangkitan adalah jumlah bangkitan dan kepatuhan minum obat (p 0,001) (Tabel 2).

Hasil analisis korelatif jumlah OAE tidak didapatkan korelasi yang bermakna (p 0,147) antara jumlah OAE 1 jenis dengan ≥ 2 jenis. Hasil analisis yang sama juga terjadi pada tipe bangkitan dan pengetahuan. Kedua variabel tersebut tidak menunjukkan korelasi yang bermakna dengan penurunan frekuensi bangkitan (p 0,108 dan p 0,739) (Tabel 2).

Hasil analisis bivariat pemberian leaflet terhadap peningkatan pengetahuan didapatkan korelasi yang bermakna antara kelompok yang diberikan leaflet dengan yang tidak diberikan leaflet (p 0,00). Sedangkan analisis bivariat pemberian leaflet terhadap peningkatan kepatuhan tidak didapatkan korelasi yang bermakna (p 0,284) (Tabel 3)

Tabel 2. Analisis korelasi variabel bebas dengan penurunan frekuensi bangkitan

Variabel	Penurunan frekuensi bangkitan		
	Ya n (%)	Tidak n (%)	<i>p value</i>
Lama minum obat			
<5 tahun	19 (31,7)	21 (35)	0,004*
≥ 5 tahun	2 (3,3)	18 (30)	
Jumlah OAE			
1 jenis	15 (25)	21 (35)	0,147
≥2 jenis	6 (10)	18 (30)	
Jumlah bangkitan sebelum perlakuan			
1-2x/bulan	4 (6,7)	26 (43,3)	0,001*
≥3x/bulan	17 (28,3)	13 (21,7)	
Tipe bangkitan			
Parsial	2 (3,3)	12 (20)	0,108
Umum	19 (31,7)	27 (40)	
Pengetahuan post 3 bulan			
Baik	10 (16,7)	16 (26,7)	0,739
Cukup	7 (11,7)	17 (28,3)	
Kurang	4 (6,7)	6 (10)	
Kepatuhan post 3 bulan			
Baik	8 (13,3)	6 (10)	0,001*
Menengah	13 (21,7)	15 (25)	
Rendah	0	18 (30)	
Pemberian Leaflet			
Ya	14 (23,3)	16 (26,7)	0,058
Tidak	7 (11,7)	23 (38,3)	

Berdasarkan analisis bivariat didapatkan variabel-variabel yang mempengaruhi penurunan frekuensi bangkitan adalah lama minum obat, jumlah bangkitan sebelum perlakuan, dan kepatuhan minum obat. Variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ dimasukkan dalam model multivariat yang akan diinteraksikan untuk mengetahui apakah variabel tersebut ikut mempengaruhi hasil penelitian. Variabel tersebut adalah pemberian leaflet, tipe bangkitan, dan jumlah OAE.

Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik metode *backward* yakni variabel-variabel yang mempengaruhi penurunan frekuensi bangkitan dengan nilai $p < 0,25$ dimasukkan ke dalam model multivariat kemudian akan dikeluarkan satu persatu berdasarkan nilai p yang terbesar. Hasil akhir dari uji regresi logistik menghasilkan bangkitan sebelum perlakuan menjadi faktor yang paling berhubungan dengan penurunan frekuensi bangkitan (p 0,02) dengan nilai OR 2 (IK 0,1-22).

DISKUSI

Pada penelitian ini signifikansi hasil analisis korelatif pemberian leaflet dengan penurunan frekuensi bangkitan belum mencukupi, namun terdapat kecenderungan

Tabel 3. Analisis bivariat pemberian leaflet terhadap peningkatan pengetahuan dan kepatuhan minum obat

Variabel	Peningkatan pengetahuan			Peningkatan kepatuhan		
	Ya n (%)	Tidak n (%)	<i>p</i>	Ya n (%)	Tidak n (%)	<i>p</i>
Pemberian leaflet						
Ya	19 (31,6)	11 (18,3)	0,00*	10 (16,6)	20 (33,3)	0,284
Tidak	2 (3,3)	28 (46,6)		7 (11,6)	22 (36,6)	

Tabel 4. Variabel yang mempengaruhi *outcome* klinis

Variabel	<i>p</i>	OR	CI (min- maks)
Bangkitan sebelum perlakuan	0,02	2	0,1-22
Lama minum obat	0,052	1300,4	100-18300
Jumlah OAE	0,076	1000,5	80-14100

bahwa kelompok yang diberikan leaflet lebih banyak mengalami penurunan frekuensi bangkitan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil pada penelitian ini mungkin dipengaruhi oleh tidak adanya hubungan antara pemberian leaflet dengan peningkatan kepatuhan minum obat.

Epilepsi merupakan penyakit yang membutuhkan pengobatan dalam jangka waktu yang lama, oleh karena itu perlu dipantau tingkat kepatuhan pada pengobatan epilepsi. Kepatuhan minum obat berpengaruh pada tercapainya target pengobatan yang optimum dan penurunan komplikasi. Adanya ketidakpatuhan pasien dapat memberikan efek negatif yang sangat besar.⁹

Pada penelitian sebelumnya pemberian edukasi dan leaflet secara statistik akan meningkatkan kepatuhan minum obat dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal-hal yang mungkin menjadi hambatan dalam proses peningkatan kepatuhan adalah pendidikan dan pengetahuan responden yang umumnya rendah.¹⁰ Hambatan tersebut tidak terjadi pada penelitian ini karena pemberian leaflet secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan subjek penelitian.

Pengetahuan pasien dan orangtua/pengasuh tentang manfaat dan pentingnya obat-obat yang diberikan merupakan hal penting dalam kepatuhan berobat tetapi bukan merupakan satu-satunya faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat. Terdapat beberapa faktor lingkungan yang mempengaruhi hal tersebut, termasuk tingkat pendidikan, dan budaya. Kenyataannya, banyak ketidaksesuaian hasil suatu pengobatan karena adanya pengaruh dari faktor budaya, etnis dan sosioekonomi. Hal ini juga akibat perbedaan pemahaman dan persepsi pada saat penerimaan informasi, dan kepatuhan terhadap pengobatan.¹¹

Faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan minum obat adalah dukungan keluarga (RR =14,22), efek samping obat (RR =13,03), motivasi yang baik (RR

=10,09), kontrol secara teratur (RR =5,46) dan tidak ada stigma (RR =5,13).¹¹ Penelitian lain juga menyebutkan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada penderita epilepsi adalah dukungan keluarga, dukungan dokter, pengaruh faktor motivasi, adanya efek samping obat, pengobatan monoterapi, dan pengaruh biaya pengobatan. Dengan demikian, pada pengobatan epilepsi kita harus memperhatikan faktor-faktor apa saja yang akan berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan, di samping tentunya faktor obat yang efikasius, dosis yang tepat dan cara pemberian obat yang tepat juga harus diperhatikan.¹²

Penurunan bangkitan pada pasien epilepsi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti frekuensi bangkitan sebelum terapi lebih dari 10 kali, *onset* usia muda, epilepsi simtomatik, riwayat status epileptikus, adanya defisit neurologis dan gejala penyerta, serta pengobatan epilepsi yang tidak segera.¹³ Penelitian lain menyebutkan, faktor yang mempengaruhi penurunan bangkitan epilepsi anak adalah riwayat trauma kepala, sindrom epilepsi, IQ yang tidak normal, tipe bangkitan yang berubah, dan jumlah bangkitan sebelum terapi.⁷

Pemberian leaflet secara teori akan meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan minum obat. Harapannya dengan peningkatan kepatuhan minum obat akan menurunkan frekuensi bangkitan. Kelebihan dari metode ini adalah menarik untuk dilihat, mudah untuk dimengerti, merangsang imajinasi dalam pemahaman isi leaflet, lebih ringkas dalam penyampaian isi informasi. Adapun kelemahan dari metode ini, antara lain membuat responden cenderung pasif dan jika terlalu lama dapat menimbulkan kejenuhan, salah dalam desain sehingga tidak akan menarik pembaca dan leaflet hanya untuk dibagikan, tidak bisa di pajang/ditempel oleh penerima leaflet akibatnya informasi yang diberikan tidak dapat diterima oleh subjek.¹⁵

Pada penelitian ini didapatkan tiga variabel yang mempengaruhi penurunan frekuensi bangkitan yaitu lama minum obat, jumlah bangkitan sebelum perlakuan dan kepatuhan minum obat.

Beberapa penelitian telah mengevaluasi pengaruh lama minum obat terhadap prognosis epilepsi. Hal ini berhubungan dengan resistensi obat yang mengakibatkan munculnya bangkitan berulang.¹⁶ Penelitian lain menunjukkan prognosis buruk pada pasien dengan

bangkitan berulang selama beberapa tahun meski sudah mendapat Obat Anti Epilepsi rutin.¹⁷ Lamanya minum obat biasanya dikaitkan dengan resistensi obat atau yang nantinya akan berkembang menjadi epilepsi refrakter. Apabila pengobatan dengan OAE pertama tidak berhasil maka harus dilanjutkan dengan OAE berikutnya sehingga menambah durasi pengobatan. Analisis pada 780 pasien dengan epilepsi di Skotlandia menunjukkan bahwa respons terapi terhadap OAE tunggal dan kombinasi adalah 50,4% dan 13%. Pasien yang mendapatkan OAE lebih dari satu akan memiliki durasi pengobatan yang lebih lama dibandingkan dengan pasien dengan OAE tunggal. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang lain di mana bulan kedua pengobatan merupakan prediktor yang kuat untuk terjadinya epilepsi refrakter. Pada 6 bulan pertama pengobatan, epilepsi dengan kejang sama atau lebih dari 3 kali akan mengalami 31,1% remisi. Sementara itu, dalam 6 bulan kedua pengobatan, epilepsi dengan kejang lebih dari 3 kali sebanyak 18,9% yang akan remisi. Hal tersebut memperlihatkan bahwa kegagalan di fase awal terapi sangat mempengaruhi keberhasilan terapi berikutnya dan prognosis epilepsi.¹⁸

Frekuensi bangkitan sebelum terapi >10 kali dan adanya kelainan neurologis penyerta merupakan faktor prognostik yang kuat untuk kegagalan terapi epilepsi anak dengan monoterapi. Frekuensi bangkitan yang sering diduga menyebabkan kegagalan monoterapi melalui mekanisme pembentukan fokus epileptogenik baru. Sementara itu, adanya kelainan penyerta menyebabkan kegagalan monoterapi melalui adanya lesi struktural pada otak yang menyebabkan farmakoresisten.¹⁴ Jumlah bangkitan sebelum pengobatan OAE, waktu antara *onset* pertama kali muncul bangkitan dan onset diberikan OAE, dan jumlah bangkitan setelah diberikan OAE, merupakan suatu faktor risiko untuk keparahan epilepsi, mengidentifikasi bahwa jumlah bangkitan sebelum terkontrol merupakan faktor penting untuk munculnya kembali bangkitan.²⁰ Penelitian lain melaporkan bahwa bangkitan kejang sebelum terapi >20 kali merupakan prediktor epilepsi refrakter.¹⁹ Semakin sering kejang terjadi dalam 3 bulan sebelum terapi dimulai, semakin besar kemungkinan menjadi epilepsi refrakter.¹⁸ Pada penelitian kohort pada pasien epilepsi tidak terkontrol, penyebab terjadinya epilepsi yang tidak terkontrol adalah dosis OAE yang suboptimal (39%), kepatuhan minum obat (34%), efek samping obat (29%), dan pilihan pasien (8%). Penelitian *pseudointractable epilepsy* menunjukkan bahwa 25% pasien epilepsi yang gagal mengontrol kejang disebabkan oleh buruknya kepatuhan. Setelah diberikan edukasi terhadap kepatuhan seluruh penyandang epilepsi menjadi bebas kejang setelah 14-94 bulan.²⁰

Jumlah OAE, tipe bangkitan dan tingkat pengetahuan merupakan variabel bebas yang tidak berhubungan dengan penurunan frekuensi bangkitan pada penelitian ini.

Pada penelitian lain jumlah OAE tidak berhubungan dengan penurunan frekuensi bangkitan. Pada penelitian tersebut yang menggunakan OAE awal dengan karbamazepin menyatakan jumlah OAE bukan merupakan faktor yang berhubungan dengan penurunan frekuensi bangkitan. Alasan yang paling logis adalah diperlukan biomarker untuk menentukan kadar obat dalam darah untuk mengetahui apakah OAE sudah pada dosis optimal.⁷ Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya di mana kegagalan pada penggunaan OAE yang pertama pada saat awal terdiagnosis merupakan faktor yang buruk terhadap luaran epilepsi. Pada penelitian tersebut disebutkan bahwa salah satu faktor prediktor tunggal untuk epilepsi lobus temporal refrakter pada 2 tahun setelah *onset* adalah kegagalan terapi terhadap OAE pertama.²¹ Hasil yang sama juga disebutkan penelitian lain bahwa terdapat hubungan antara kegagalan monoterapi dengan kegagalan terapi epilepsi secara keseluruhan. Pemberian obat tunggal (monoterapi) akan menurunkan risiko timbulnya efek samping, meningkatkan kepatuhan, dan menghindari timbulnya interaksi obat. Pada penelitian ini, kegagalan terapi epilepsi pada monoterapi akan menjadi epilepsi intraktabel dan mempunyai kemungkinan 1,5 kali lebih besar untuk menjadi epilepsi intraktabel.¹⁴

Tipe bangkitan tidak berhubungan dengan adanya penurunan frekuensi bangkitan. Pada penelitian sebelumnya menyatakan hasil yang sama yaitu tidak didapatkan perbedaan penurunan frekuensi bangkitan pada tipe bangkitan umum maupun parsial.²² Penelitian populasi di Finlandia pada epilepsi anak menyatakan, remisi 5 tahun dapat tercapai pada pasien dengan epilepsi tipe umum pada 64% pasien. Pada kelompok epilepsi umum didapatkan 87% pasien dengan epilepsi idiopatik, 93% dengan tipe *general tonic clonic seizure* (GTCS).⁷ Perbedaan tersebut kemungkinan terjadi karena peneliti tidak membedakan etiologi epilepsi dan jumlah sampel yang sedikit.

SIMPULAN

Walaupun secara statistik tidak didapatkan hubungan bermakna antara pemberian leaflet dengan penurunan frekuensi bangkitan, namun hasil dari penelitian ini didapatkan kecenderungan penurunan frekuensi bangkitan yang lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok.

DAFTAR PUSTAKA

1. Forsgren I. Incidence and prevalence. In: Wallace SJ, Frrell K, eds: *Epilepsy in children*, 2nd ed. London: Arnold; 2004:21-25.
2. Abou-Khalil B, Morgan VL, Sonmezturnk HH, Gore JC. Lateralization of temporal lobe epilepsy using resting functional magnetic resonance imaging connectivity of hippocampal networks. *Epilepsia*. 2012;53(9):1628-1635.

3. Huber B, Seidel M. PEPE: an educational programme for patients with epilepsy and learning disabilities. In: Pfäfflin M, Fraser RT, Thorbecke R. eds. *Comprehensive care for people with epilepsy*. London: John Libbey; 2001: 155–162.
4. Joan K. Austin. Development of The Parent Response To Child Illness (Prci) Scale. *Epilepsy Behav.* 2008;662–669.
5. Sastroasmoro, S., Ismael, S. *Dasar-dasar metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-2*. Jakarta: Sagung Seto; 2002.
6. Ried S, Specht U, Thorbecke R. MOSES: an educational program for patients with epilepsy and their relatives. *Epilepsia.* 2001;42(3):76–80.
7. Sillanpää M, Schmidt D. Long-term rates of childhood onset epilepsy remission confirmed. *Nat Rev Neurol.* 2015;11:130-131.
8. Dahlan, M.S. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto; 2014.
9. Sabate E, Burjhart PV. Adherence to Longterm therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
10. Supardi S, Suswanto O D, Notosiswoyo N. Pengaruh Metode Ceramah Dan Media Leaflet Terhadap Perilaku Pengobatan Sendiri Yang Sesuai Dengan Aturan. *Bul. Pencl. Kesehatan,* 2002;30(3):128-138.
11. Winnick S, D O Lucas, A.L. Hartman and D Toll, How do you Improve Compliance? *Pediatric.* 2005;115(6):e718-e724.
12. Hakim L. Wibowo S. Hubungan antara kepatuhan minum obat pada penderita epilepsi dengan kejadian remisi. Tesis. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada; 2006.
13. Burneo J, Nathalie J, William T. Disparities in epilepsy: Report of a systematic review by the North American Commission of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50(10):2285–2295.
14. Triono A. Faktor prognostik kegagalan terapi epilepsi dengan monoterapi. *Sari Pediatri.* 2014;16(4);10-19.
15. O’Neil P, Hump’s G.M, Field E.A. ”The Use of an Information Leaflet for Patients Undergoing Wisdom Tooth Removal”. *British Journal Oral Maxilofac Surger.* 1996;34(4):331-334.
16. Geerts AT, Callenbach PM, Bouma PA. Longterm Outcome of Benign Childhood Epillepsy with Centrottemporal Spike: Dutch Study of Epiiepsy in Childhood. *J. Seizure.* 2010;19(8):5016.
17. Marson AG, Al Kharusi AM, Alwaidh M. The SANAD study of effectiveness of Valproat, Lamotrigine, or Topiramatefor Generalised and Unclassified Epilepsy: An unblinded Randomised Controlled Trial. *Lancet.* 2007;369(9566):1016-1026.
18. Kwan P, Schacter SC, Brodie MJ. Drug resistant epilepsi. *New England Journal Medicine:* 2011;365:919-926.
19. Ramzi, Yati S, Sunartini. Faktor prediktor epilepsi refrakter onset anak di awal terapi obat anti epilepsi. Universitas Gadjah Mada (Tesis). Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada; 2007.
20. Kutlu G Abidin E, Yasemin B, Levent E. Pseudo-refractory epilepsy. *Neurosciences.* 2013;18(3):284-286.
21. Gabr W. Adherence to medication among outpatient adolescents with epilepsy. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2015;23(1):33-40.
22. Cockerell I, Bølling G, Nakken KO. Landau-Kleffner syndrome in Norway: long-term prognosis and experiences with the health services and educational systems. *Epilepsy Behav.* 2011;21:153-159.