



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER
SELF-EFFICACY FOR APPROPRIATE MEDICATION USE
IN SCALE (SEAMS) VERSI BAHASA BALI
PADA PASIEN STROKE**

SKRIPSI

Oleh:

Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi

NIM 182210101044

BAGIAN FARMASI KLINIK DAN KOMUNITAS

FAKULTAS FARMASI

UNIVERSITAS JEMBER

2022



**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER
*SELF-EFFICACY FOR APPROPRIATE MEDICATION USE
IN SCALE (SEAMS) VERSI BAHASA BALI
PADA PASIEN STROKE***

SKRIPSI

Diajukan Guna Melengkapi Tugas Akhir dan Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Menyelesaikan Program Studi Farmasi dan Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi

Oleh:

Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi

NIM 182210101044

BAGIAN FARMASI KLINIK DAN KOMUNITAS

FAKULTAS FARMASI

UNIVERSITAS JEMBER

2022

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Yang Utama Dari Segalanya, Ida Sang Hyang Widhi Wasa dan semua manifestasi-Nya. Puji syukur dihadapan pemilik dan penguasa alam semesta yang telah memberi penulis kekuatan, kesehatan, perlindungan dan membekali dengan ilmu. Atas karunia serta kemudahan yang diberikan oleh-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Kepada orang tua paling berharga dalam hidup penulis, yaitu Bapak I Made Dody Wijaya dan Ibu Ni Komang Indriasih, A.Md, Farm. Terima kasih telah menjadi orang tua yang sempurna, selalu menjaga penulis dalam doa-doa bapak dan ibu serta selalu mendukung penulis tiada henti dalam mengejar impian apa pun itu.
3. Bapak apt. Antonius Nugraha Widhi P., S.Farm., M.P.H., Ibu apt Fransiska Maria Christianty, S., Farm., M.Farm., serta Ibu apt. Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc. yang telah berkenan menjadi Dosen Pembimbing penulis serta selalu memberikan motivasi, bimbingan, masukan dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
4. Bapak dan Ibu Guru penulis mulai dari TK Maria Fatima, SDN 3 Dauhwaru, SMPN 1 Negara, SMAN 1 Negara serta seluruh Dosen Fakultas Farmasi Universitas Jember karena telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat.
5. Teman-teman angkatan 2018 “PHOSPHORUS” yang memberi semangat dan pengalaman berharga selama masa perkuliahan.

MOTTO

"Tiada yang sulit jika Hyang Widhi memudahkan. Tiada yang berat jika Hyang Widhi meringankan. Tiada yang mampu melawan jika Hyang Widhi berkehendak."

“Persembahan berupa ilmu pengetahuan, lebih bermutu daripada persembahan materi, dalam keseluruhannya semua kerja ini berpusat pada ilmu pengetahuan.”

(Bhagavad-gita, IV.33)

Ia yang memiliki kepercayaan dan menguasai Pancaindrianya, mencapai ilmu pengetahuan; Setelah memiliki ilmu pengetahuan dengan segera ia menemui kedamaian abadi.”

(Bhagawad Gita Adyaya IV Sloka 39)

“Kamu mungkin tidak akan pernah tahu apa hasil dari tindakanmu, namun ketika kamu tidak bertindak apapun, maka tidak akan ada hasil yang terjadi.”

(Mahatma Gandhi)

“Bagaimana dan apa pilihanku sekarang yang bisa menentukan hidupku akan menjadi apa dimasa depan.”

(Mita tyd)

PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi

NIM : 182210101044

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Self-Efficacy For Appropriate Medication Use In Scale* (SEAMS) Versi Bahasa Bali pada Pasien Stroke” adalah benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia menerima sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 29 Agustus 2022

Yang menyatakan,

Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi

182210101044

SKRIPSI

**VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER
*SELF-EFFICACY FOR APPROPRIATE MEDICATION USE
IN SCALE (SEAMS) VERSI BAHASA BALI*
PADA PASIEN STROKE**

Oleh:

Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi

NIM 182210101044

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : apt. Fransiska Maria Christianty, S.Farm., M.Farm.

Dosen Pembimbing Anggota : apt. Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Self-Efficacy For Appropriate Medication Use In Scale (SEAMS)* Versi Bahasa Bali pada Pasien Stroke” karya Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi telah diuji dan disahkan

Pada Hari, tanggal :

Tempat : Fakultas Farmasi Universitas Jember

Tim Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama,

Dosen Pembimbing Anggota,



Apt. Fransiska Maria C., S.Farm., M.Farm.
NIP. 198404062009122008



Apt. Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc.
NIP. 198403082008012003

Tim Penguji

Penguji I,

Penguji II,



Apt. Afifah Machlaurin, S.Farm., M.Sc.
NIP. 198501262008012003



Apt. Ika Norcahyanti S.Farm., M.Sc.
NIP. 198505112014042001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember

Dr. Apt. Nuri, S.Si., M.Si.
NIP. 196904122001121007

RINGKASAN

Vaditas dan Reliabilitas Kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use In Scale* (SEAMS) Versi Bahasa Bali pada Pasien Stroke: Komang Paramitha Tri Yuliana Dewi.; 182210101044; 2022; 100 Halaman; Fakultas Farmasi Universitas Jember.

Stroke merupakan penyakit akibat defisit neurologis fokal yang terjadi dengan onset tiba-tiba dan berlangsung 24 jam karena adanya gangguan di pembuluh darah sehingga terjadi sumbatan aliran darah ke otak. Kasus stroke di negara berkembang termasuk Asia lebih dari 60% dan termasuk penyakit yang serius. Prevalensi kejadian stroke di Indonesia mengalami kenaikan dari tahun 2013 hingga tahun 2018. Prevalensi kejadian stroke di Provinsi Bali pada tahun 2018 menurut data dari Balitbangkes juga mengalami peningkatan hingga mencapai 10,7%. Peningkatan prevalensi kejadian stroke ini membutuhkan perhatian khusus terkait faktor resiko yang dapat terjadinya stroke. Berdasarkan diagnosis dokter di masing-masing Kabupaten/Kota Provinsi Bali, kasus stroke di Kabupaten Jembrana memiliki tingkat proporsi kontrol rutin pasien stroke sekitar 27,43% dan kontrol kadang-kadang/tidak rutin termasuk nomor 2 tertinggi setelah Kota Denpasar yaitu sebesar 57,89%.

Pasien stroke melakukan terapi medis dengan mengonsumsi obat-obatan secara rutin, fisioterapi maupun latihan fisik untuk memulihkan kemampuan gerak yang dimilikinya. Salah satu faktor penting terkait dengan hasil pengobatan pasien yaitu kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat yang dapat dikendalikan melalui *self efficacy*. Untuk mengukur keberhasilan *self efficacy* diperlukannya instrument berupa kuesioner, salah satunya dengan kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale* (SEAMS). Kuesioner SEAMS merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat efikasi pasien kronis dengan berbagai tingkat kemampuan membaca, menulis dan memecahkan masalah pasien terkait penggunaan obat yang tepat. Kuesioner SEAMS terdiri dari 21 butir pertanyaan yang kemudian dikembangkan dan divalidasi dalam versi Bahasa Indonesia menjadi 13 butir pertanyaan dan direduksi menjadi 12 pertanyaan.

Kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Indonesia terbukti valid dan reliabel karena memiliki nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,851 dan hasil analisis deskriptif profil kepatuhan pasien mengonsumsi obat sebesar 2,80.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik menggunakan metode observasional dengan desain *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di RSUD Negara dengan menggunakan populasi pasien stroke di Poli Saraf. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *convenience sampling*. Pada tahap awal penelitian dilakukan dengan cara penerjemahan kembali kuesioner versi Bahasa Indonesia menjadi Bahasa Bali. Kuesioner versi Bahasa Bali diuji *face validity* pada 30 responden (*pilot survey*), *construct validity* pada 80 responden (*actual survey*), dan dilanjutkan dengan analisis deskripsi profil kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat.

Hasil uji *face validity* pada 30 responden terbukti valid dan reliabel yakni memiliki nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,868. Dari hasil tersebut kemudian dapat dilanjutkan uji *construct validity* pada 80 responden. Pada *construct validity* diperoleh hasil analisis *Exploratory Factor Analysis* (EFA) dengan nilai *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) sebesar 0,850; *Bartlett's test* sebesar $p=0,000$; dan *Cronbach's Alpha* sebesar 0,912. Dalam kuesioner versi Bahasa Bali membentuk tiga faktor, yaitu tingkat kepatuhan pasien dalam keadaan sulit, tidak pasti, dan diharuskan. Nilai rata-rata total 80 responden sebesar 2,80. Sehingga dapat dikatakan bahwa tingkat keyakinan pasien stroke RSUD Negara tergolong baik. Kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali yang berjumlah 12 butir pertanyaan terbukti valid dan reliabel, sehingga dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya skripsi dengan judul “Validitas dan Reliabilitas Kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use In Scale* (SEAMS) Versi Bahasa Bali pada Pasien Stroke” dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan skripsi ini merupakan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) Fakultas Farmasi Universitas Jember. Dalam penyusunan penulisan ini, penulis mendapat banyak bantuan, saran, bimbingan maupun dukungan dari berbagai pihak. Melalui kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Bapak Dr. apt. Nuri, S.Si.,M.Si selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Jember;
2. Ibu apt Fransiska Maria Christianty, S., Farm., M.Farm selaku Dosen Pembimbing Utama, Ibu apt. Ema Rachmawati, S.Farm., M.Sc selaku Dosen Pembimbing Anggota, serta Bapak apt. Antonius Nugraha Widhi Pratama, S.Farm., M.P.H selaku Dosen Pembimbing Proyek yang banyak membantu penulis baik waktu, tenaga, ilmu, bimbingan, serta saran yang bermanfaat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik;
3. Ibu apt. Afifah Machlaurin, S.Farm., M.Sc selaku Dosen Penguji Utama dan Ibu apt. Ika Norcahyanti, S.Farm., M.Sc. selaku Dosen Penguji Anggota yang telah banyak memberikan saran serta masukan untuk penulis agar skripsi ini menjadi lebih baik;
4. Ibu apt. Lidya Ameliana, S.Si., M.Farm. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah senantiasa menjadi pengganti orang tua penulis dan banyak membantu, memotivasi, serta membimbing penulis dalam masa perkuliahan;
5. Seluruh Dosen, teknisi laboran, civitas akademik Fakultas Farmasi Universitas Jember yang telah banyak memberikan ilmu serta pengalaman yang sangat luar biasa bagi penulis;
6. Seluruh Dokter, perawat, serta staf di RSUD Negara yang telah membantu

dan memudahkan penulis dalam pengambilan data mulai dari awal hingga akhir penelitian;

7. Dr. Ary Rosita, Apt. Desak Ernawati Ph.D. serta Drs. Ni Made Sudani yang telah membantu penulis dalam proses penerjemahan kuesioner SEAMS sehingga menjadi suatu kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali;
8. Orang tua tercinta penulis Bapak I Made Dody Wijaya dan Ibu Ni Komang Indriasih, A.Md.Farm., terimakasih yang tak terhingga atas segala dukungan, motivasi, usaha, serta doa bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Farmasi Universitas Jember;
9. Keluarga besar penulis yang ada di Bali, khususnya Ayu Suryani, Dinda, dan Dimas, yang selalu memberikan semangat serta mendoakan penulis;
10. Teman-teman dekat penulis, Dayu Dhita, Candra, Wiyani, Nekita, Oktin dan Sita yang selalu membantu, memberi motivasi, serta telah menjadi tempat berkeluh kesah selama ini;
11. Teman seperjuangan yaitu Bara, Ayik, Vira, Yesi, Ami, Nadiakay, Ajeng dan masih banyak lagi yang tidak bisa penulis sebutkan semua, terima kasih atas semangat serta motivasinya;
12. Keluarga besar “Phosphorus 2018”, terimakasih atas kebersamaan, dan pengalaman yang sangat berharga selama masa perkuliahan di Fakultas Farmasi Universitas Jember;
13. Semua pihak yang sangat membantu penulis yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu.

Dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca guna lebih menyempurnakan karya-karya selanjutnya. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita, khususnya perkembangan ilmu kefarmasian di Indonesia pada masa mendatang.

Jember, 29 Agustus 2022

Penulis

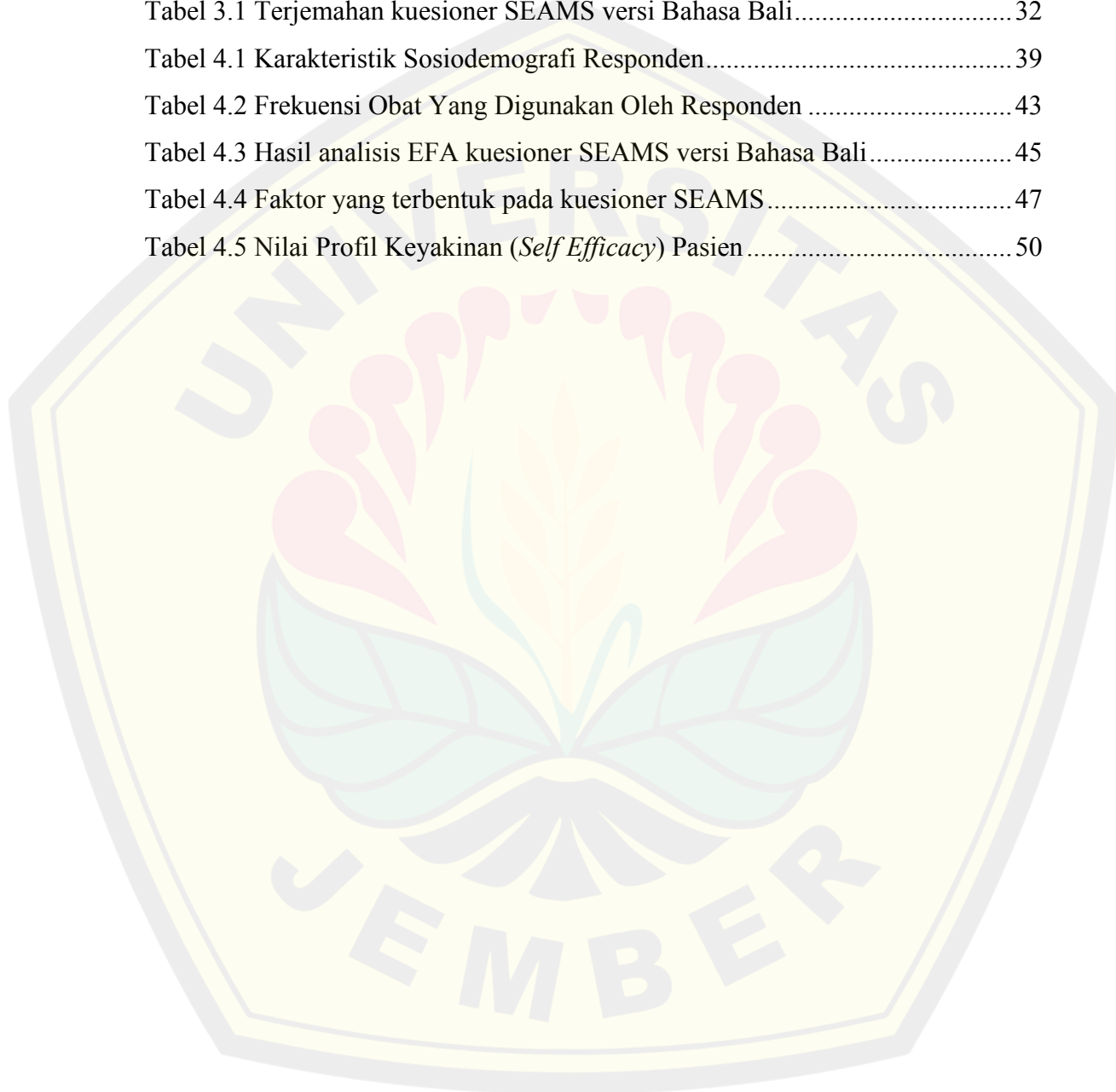
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Stroke	6
2.2 Kepatuhan Pasien Minum Obat	12
2.3 Kuesioner SEAMS	15
2.4 Penelitian Terkait Kuesioner SEAMS	18
2.5 Uji Validitas dan Reliabilitas	20
2.6 Bahasa Bali	21
2.7 Rumah Sakit Umum (RSU) Negara	23
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	26
3.1 Jenis Penelitian	26
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.3 Populasi dan Jumlah Sampel	26

3.4	Metode Pencuplikan/Sampling.....	27
3.5	Kriteria Inklusi dan Ekslusi.....	27
3.6	Definisi Operasional.....	28
3.7	Cara dan Instrumen Pengambilan Data.....	29
3.8	Teknik Pengumpulan Data.....	33
3.9	Teknik Pengolahan Data.....	33
3.10	Teknik Analisis Data.....	33
3.11	Etika penelitian.....	35
3.12	Kerangka Penelitian.....	35
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		37
4.1	Uji pada <i>Pilot Survey</i>	37
4.2	Karakteristik Sosiodemografi Responden pada <i>Actual Survey</i>	37
4.3	Obat-obatan yang Digunakan oleh Responden pada <i>Actual Survey</i>	42
4.4	Uji Validitas pada <i>Actual Survey</i>	45
4.5	Uji Reliabilitas pada <i>Actual Survey</i>	49
4.6	Profil Kepatuhan Pasien Stroke.....	50
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....		52
5.1	Kesimpulan.....	52
5.2	Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....		53
LAMPIRAN.....		62
DOKUMENTASI.....		84

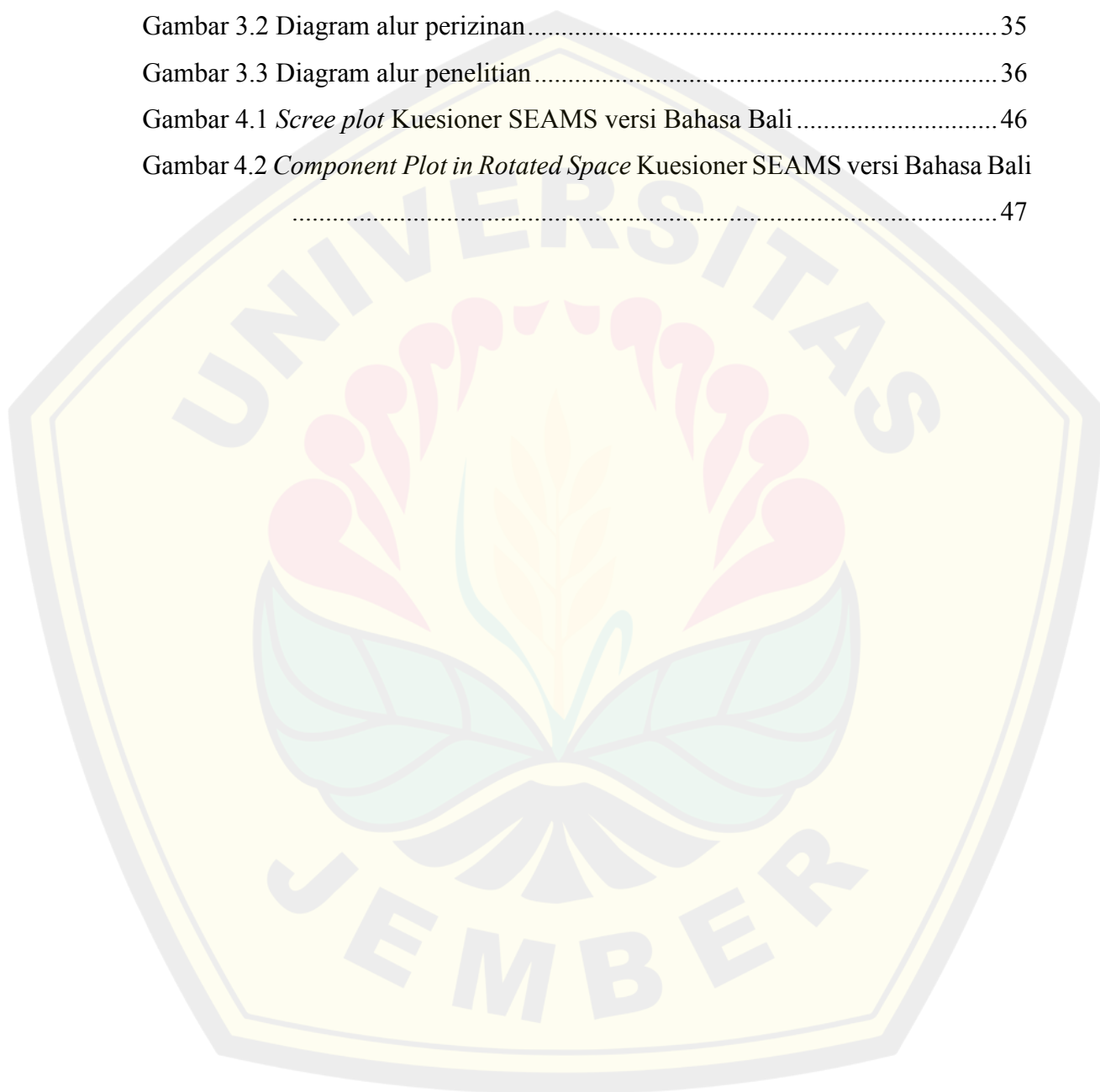
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Versi asli Kuesioner SEAMS dalam Bahasa Inggris.....	15
Tabel 2.2 Reduksi kuesioner SEAMS versi Bahasa Inggris.....	16
Tabel 2.3 Terjemahan kuesioner SEAMS versi Bahasa Indonesia.....	17
Tabel 3.1 Terjemahan kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali.....	32
Tabel 4.1 Karakteristik Sosiodemografi Responden.....	39
Tabel 4.2 Frekuensi Obat Yang Digunakan Oleh Responden.....	43
Tabel 4.3 Hasil analisis EFA kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali.....	45
Tabel 4.4 Faktor yang terbentuk pada kuesioner SEAMS.....	47
Tabel 4.5 Nilai Profil Keyakinan (<i>Self Efficacy</i>) Pasien.....	50



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi stroke berdasarkan mekanisme	8
Gambar 2.2 Lima Dimensi yang mempengaruhi kepatuhan.....	13
Gambar 3.1 Alur Penerjemahan.....	31
Gambar 3.2 Diagram alur perizinan.....	35
Gambar 3.3 Diagram alur penelitian.....	36
Gambar 4.1 <i>Scree plot</i> Kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali.....	46
Gambar 4.2 <i>Component Plot in Rotated Space</i> Kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Email Perizinan dari Jessica Risser	63
Lampiran 3.2 Surat Perizinan Fakultas ke RSUD Negara	64
Lampiran 3.3 Surat Perizinan dari Fakultas ke Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Jember.....	65
Lampiran 3.4 Surat Perizinan dari RSUD Negara Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Jember.....	66
Lampiran 3.5 Surat Perizinan dari Kepala Dinas Penanaman Modal Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Jember.....	67
Lampiran 3.6 Sertifikat <i>Ethical Clearance</i>	68
Lampiran 4.1 Lembar yang Diserahkan ke Responden	69
Lampiran 4.2 Hasil Uji Reliabilitas 30 Responden pada <i>Pilot Survey</i>	73
Lampiran 4.3 Hasil Sosiodemografi 80 Responden.....	74
Lampiran 4.4 Hasil EFA Kuesioner SEAMS-12 Versi Bahasa Bali	78
Lampiran 4.5 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Bali 80 Responden pada <i>Actual Survey</i>	82
Lampiran 4.6 Nilai Rata-rata Setiap Pertanyaan pada Kuesioner SEAMS-12 Versi Bahasa Bali.....	83

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan keadaan dimana pasien mengalami disfungsi neurologis, yang disebabkan oleh infark serebral, spinal, atau retinal dengan gejala sementara yang terjadi <24 jam (DiPiro dkk., 2020). Stroke merupakan penyebab kematian di dunia nomor dua setelah penyakit jantung dan kematian nomor satu di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Beberapa negara di Asia yang merupakan negara berkembang dengan lebih dari 60% populasi dunia, penyakit stroke masih merupakan masalah yang serius. Kematian akibat stroke iskemik lebih tinggi di Asia daripada di Eropa Barat, Amerika, atau Australasia, kecuali di beberapa negara seperti Jepang (Venketasubramanian dkk., 2017).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, terjadi kenaikan kasus stroke pada tahun 2018 jika dibandingkan dengan tahun 2013. Pada tahun 2018, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter terhadap penduduk berusia ≥ 15 tahun sebanyak 10,9% (Balitbangkes, 2018). Prevalensi kasus stroke berdasarkan diagnosis dokter pada tahun 2018 di Provinsi Bali juga mengalami peningkatan dari 8,9% menjadi 10,7% (Balitbangkes, 2018). Berdasarkan diagnosis dokter di masing-masing Kabupaten/Kota Provinsi Bali, kasus stroke di Kabupaten Jembrana memiliki tingkat proporsi kontrol rutin pasien stroke sekitar 27,43% dan kontrol kadang-kadang/tidak rutin termasuk nomor 2 tertinggi setelah Kota Denpasar yaitu sebesar 57,89% (Balitbangkes, 2018). Kenaikan kasus stroke di Indonesia diketahui berhubungan dengan *self efficacy* yang dimiliki oleh pasien stroke itu sendiri (Saputra dan Dwijayanto, 2019).

Dalam menjalankan upaya pengobatan pada pasien stroke diperlukan adanya *self efficacy* terkait keyakinan seseorang terhadap kemampuan dirinya untuk mencapai sesuatu sesuai dengan yang diharapkan (Jumain dkk., 2020). Diketahui bahwa keyakinan yang dimiliki tersebut sangat mempengaruhi kehidupan pribadi pasien stroke termasuk kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat (Jumain dkk., 2020). Kepatuhan mengonsumsi obat menjadi salah satu hal yang sangat

berpengaruh dalam keberhasilan target dari terapi pengobatan stroke terutama pada pengobatan jangka panjang (Cheiloudaki dan Alexopoulos, 2019). WHO merekomendasikan faktor ketidakpatuhan diklasifikasikan dalam lima dimensi yaitu faktor sosial ekonomi, faktor tim dan sistem kesehatan, faktor kondisi, faktor terapi dan faktor pasien (Kardas dkk., 2013). Mangin (2018) merangkum berbagai faktor berdasarkan lima dimensi tersebut meliputi faktor pasien terkait kondisi kesehatan mental dan emosional, pengetahuan yang rendah tentang penyakitnya, variabel demografis (usia ≤ 60 dan jenis kelamin laki-laki), faktor pengobatan (instruksi yang tidak jelas tentang penyimpanan obat pada kemasan, biaya obat yang mahal, kompleksitas regimen), faktor dokter (komunikasi terhadap pasien yang buruk, kurangnya keterlibatan dokter, ketidakpercayaan dan ketidakpuasan pasien terhadap pengobatan), berbasis sistem (kurangnya pemantauan pengobatan), dan faktor lain (kurangnya pengasuh, beban yang terlalu berat bagi pengasuh, kurangnya pengobatan segera saat baru muncul gejala stroke).

Pasien stroke mendapatkan terapi medis dengan pemberian obat-obatan, fisioterapi dan juga latihan fisik untuk memulihkan kemampuan gerak yang dimilikinya sehingga diperlukan *self efficacy* pada pasien (Jung dan Kim, 2014). Kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat merupakan salah satu faktor penting terkait dengan hasil pengobatan. Ketidakpatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat dapat memberikan dampak dan efek samping berat yang memengaruhi kesehatan pasien, resistensi terhadap obat, biaya pengobatan lebih besar hingga dapat mengakibatkan pengulangan pengobatan dari awal sampai terjadi komplikasi bagi beberapa penyakit (Hayes dkk., 2009). Konsep *Self efficacy* pertama kali diperkenalkan Bandura (1986) dan dihipotesiskan sangat mempengaruhi kehidupan pribadi seseorang terkait dengan keyakinan yang dimilikinya terhadap kemampuan diri untuk mencapai sesuatu sesuai dengan harapan termasuk kepatuhan dalam terapi pengobatan yang diberikan. Untuk mengukur keberhasilan efikasi diri dalam pengobatan jangka panjang diperlukannya beberapa instrumen, salah satunya dengan kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS) (Risser dkk., 2007).

Kuesioner SEAMS versi asli Bahasa Inggris terdiri dari 21 butir pertanyaan yang kemudian dikembangkan dan divalidasi menjadi 13 butir pertanyaan yang dijadikan skala untuk menilai efikasi diri pasien yang memiliki berbagai penyakit kronis dengan berbagai tingkat kemampuan membaca, menulis dan memecahkan masalah pasien terkait penggunaan obat yang tepat (Risser dkk., 2007). Kuesioner SEAMS telah divalidasi dan digunakan pada beberapa penelitian dalam beberapa bahasa seperti Tiongkok (Polsook dkk., 2014), Thailand (Dong dkk., 2016), Inggris (Bozada-gutiérrez dkk., 2019) dan Indonesia (Aulia, 2020). Salah satunya dilakukan pada penelitian Aulia (2020) untuk pasien stroke dalam bahasa Indonesia, dimana dari 13 butir pertanyaan direduksi menjadi 12 pertanyaan. Kuesioner SEAMS versi bahasa Indonesia menunjukkan hasil validitas konvergen baik ditunjukkan dari nilai Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,815; $p < 0,01$; dan reliabilitas baik dilihat dari nilai *Cronbach's alpha* yang memenuhi syarat yaitu 0,851. Perbedaan negara dapat memengaruhi validitas suatu kuesioner, karena akan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengetahuan, budaya, dan kepercayaan di negara tertentu.

Di Indonesia, Bahasa Indonesia merupakan identitas bangsa yang dijadikan untuk alat komunikasi dan alat penyampai ekspresi, dimana setiap daerah di Indonesia memiliki bahasa daerah khas daerah tersebut sebagai alat komunikasi, alat penyampai ekspresi dan sebagai identitas dari daerah tersebut (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2020). Sebuah bahasa daerah atau bahasa lokal sangat erat dengan keberadaan dari suku bangsa yang menggunakan dan tempat bahasa tersebut terlahir. Di seluruh daerah yang ada di Indonesia, bahasa menjadi unsur pendukung utama dalam tradisi dan adat-istiadat, menjadi unsur pembentuk sastra, seni, kebudayaan, peradaban sebuah suku bangsa, hingga digunakan dalam berbagai upacara adat dan percakapan sehari-hari di daerah tersebut. Salah satunya yaitu di daerah Bali yang masih memiliki tingkat penggunaan bahasa daerah yang tinggi dalam percakapan sehari-hari dalam situasi formal maupun non formal. Saat ini, Bahasa Bali masih dipergunakan oleh sebagian besar orang Bali dalam berkomunikasi di dalam keluarga, tetangga, adat, agama, pendidikan, dan bahkan media (Suastra, 2004). Diketahui dari beberapa hasil penelitian terkait pemakaian

Bahasa Bali, sebanyak 95% penutur masih memilih menggunakan bahasa Bali untuk berkomunikasi sesama anggota keluarga (Suteja 2006). Hingga saat ini, bahasa Bali masih menjadi bahasa yang lebih banyak digunakan oleh orang dewasa dalam lingkungan keluarga dan sosial (Suweta, 2021). Bahasa Bali memiliki fungsi utama terkait dengan budaya Bali dan juga sekaligus menjadi simbol identitas manusia Bali (Suastra, 2004).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang uji validasi dan reliabilitas kuesioner SEAMS dalam versi bahasa daerah khususnya daerah asal peneliti yaitu bahasa Bali. Sehingga hasil dari penelitian ini nantinya dapat digunakan untuk mengukur *self efficacy* terkait kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat stroke di Bali. Kepatuhan pasien stroke mengonsumsi obat diukur dengan menggunakan kuesioner *Self-Efficacy For Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS) versi bahasa Bali yang akan dilakukan di salah satu Rumah Sakit yang ada di Bali yaitu RSUD Negara. Hal tersebut dikarenakan RS tersebut merupakan salah satu RSUD terbesar di Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur. Selain itu juga, karena pasien stroke yang ada di RSUD Negara memenuhi jumlah sampel dan kriteria inklusi yang diperlukan pada penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan bahwa permasalahan pada penelitian ini sebagai berikut:

- a. Bagaimana validitas penggunaan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali pada pasien stroke di RSUD Negara?
- b. Bagaimana reliabilitas penggunaan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali pada pasien stroke di RSUD Negara?
- c. Bagaimana profil kepatuhan pasien stroke mengonsumsi obat stroke di RSUD Negara?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini sebagai berikut:

- a. Untuk mengetahui validitas penggunaan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali pada pasien stroke di RSUD Negara.
- b. Untuk mengetahui reliabilitas penggunaan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali pada pasien stroke di RSUD Negara.
- c. Untuk mengetahui profil kepatuhan pasien stroke mengonsumsi obat stroke di RSUD Negara.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini sebagai berikut:

- a. Bagi peneliti selanjutnya, dapat memperoleh hasil validitas dan reliabilitas penggunaan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali pada pasien stroke sehingga dapat digunakan untuk penelitian lanjutan.
- b. Bagi mahasiswa, kuesioner ini dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya karena sudah di uji validitas dan reliabilitas.
- c. Bagi instansi terkait, dapat digunakan sebagai salah satu bahan masukan dalam mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pasien stroke di Indonesia, khususnya di Bali.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Pada akhir abad ke-17, istilah stroke diciptakan dan mulai diperkenalkan dalam dunia kedokteran oleh William Cole Stroke secara fisiologis merupakan cedera fokal akut yang terjadi di Sistem Saraf Pusat (SSP) pada sistem vaskular yang berdampak pada gangguan neurologis lokal maupun sistemik (Puthenpurakal dan Crussell, 2017). Stroke merupakan kondisi terjadinya defisit neurologis fokal akut yang disebabkan karena lesi vaskular, memiliki tanda-tanda klinis yang berkembang cepat dengan waktu lebih dari 24 jam dan dapat menyebabkan kematian karena pembuluh darah atau tanpa adanya penyebab yang jelas (World Health Organization, 2012).

Terjadinya stroke karena kerusakan pada otak secara progresif, mendadak, serta cepat dikarenakan terjadinya gangguan peredaran darah otak non traumatik yang memunculkan beberapa gejala berikut: kelumpuhan anggota badan, kelumpuhan sisi wajah, bicara tidak jelas (pelo), bicara tidak lancar, gangguan penglihatan, perubahan kesadaran, dan yang lain (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Seseorang yang mengalami stroke pada umumnya memiliki gejala seperti tangan, wajah atau kaki yang tiba-tiba mati rasa atau kaku pada satu sisi tubuh, kesulitan berbicara dan mengerti perkataan, kesulitan melihat baik dengan satu mata ataupun kedua mata, kesulitan berjalan karena kehilangan keseimbangan, kehilangan kesadaran hingga koma, dan sakit kepala berat yang penyebabnya tidak diketahui (Kuriakose dan Xiao, 2020)

2.1.2 Etiologi

Stroke berdasarkan penyebabnya dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Mehndiratta dkk., 2015). Gambar 2.1 menunjukkan stroke iskemik umumnya terjadi sebanyak 88% kasus, sedangkan pada stroke hemoragik sebanyak 12% kasus (DiPiro J.T., *et al.*, 2015). Stroke iskemik

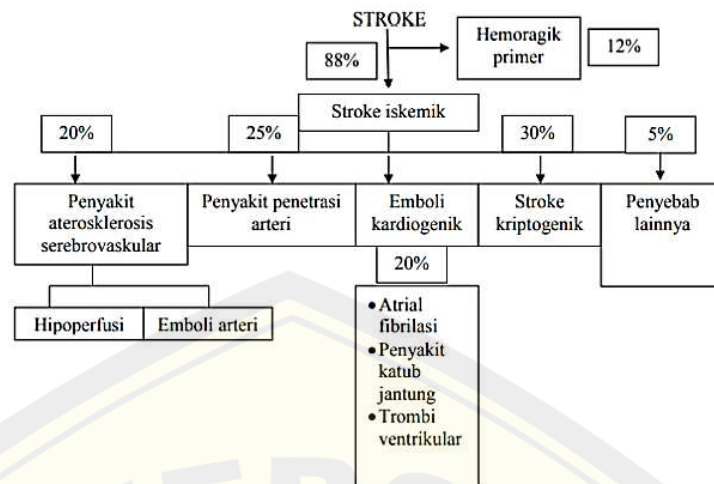
terjadi ketika suplai oksigen dan darah ke otak berkurang, sedangkan stroke hemoragik dikarenakan terjadinya kebocoran atau pendarahan pembuluh darah (Kuriakose dan Xiao, 2020).

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik karena terjadinya penyumbatan pada arteri serebral akibat pembentukan trombus lokal atau emboli pada arteri intrakranial atau ekstrakranial. Kasus stroke iskemik umumnya disebabkan karena aterosklerosis serebral. Plak aterosklerotik karotis dapat pecah dan mengakibatkan terjadinya paparan kolagen, agregasi trombosit, dan pembentukan trombus. Agregasi trombosit dapat menyebabkan oklusi lokal dan menyumbat pembuluh darah otak. Selain itu, stroke iskemik dapat disebabkan adanya emboli. Pada emboli kardiogenik, aliran darah di ventrikel atau atrium yang tidak bergerak menjadikan terbentuk gumpalan. Pembentukan emboli dan trombus mengakibatkan penurunan aliran darah otak, oklusi arteri, serta menyebabkan terjadinya iskemia (DiPiro J.T., *et al.*, 2015).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik termasuk *subarachnoid hemorrhage* (SAH), hematoma subdural, dan perdarahan intraserebral. SAH terjadi karena ruptur pada aneurisma intrakranial (AVM), perdarahan intraserebral bisa terjadi pembuluh darah yang pecah di otak dan menjadikan hematoma. Hematoma terjadi karena trauma yang menjadikan penumpukan darah pada lapisan otak (DiPiro J., *et al.*, 2015). Darah di parenkim otak bisa menyebabkan kerusakan jaringan yang ada di sekitarnya, hal ini disebabkan efek neurotoksisitas komponen darah dan produk degradasinya dan akhirnya stroke hemoragik meningkatkan tekanan intrakranial dengan tiba-tiba sehingga terjadi kematian dan herniasi (DiPiro J.T., *et al.*, 2015).



Gambar 2.1 Klasifikasi stroke berdasarkan mekanisme
(Sumber: DiPiro J.T., *et al.*, 2008)

2.1.3 Faktor Risiko

Terdapat beberapa faktor risiko seseorang mengalami penyakit stroke yakni faktor yang tidak dapat dimodifikasi (*nonmodifiable*), dapat dimodifikasi (*modifiable*), dan berpotensi untuk dimodifikasi. Fagan (2017) merangkum faktor-faktor pada pasien stoke tersebut meliputi faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi seperti jenis kelamin, usia, ras riwayat stroke dalam keluarga, dan berat badan lahir rendah; faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterol, penyakit jantung, obesitas, merokok, mengkonsumsi alkohol, gaya hidup yang tidak sehat, dan stress; dan faktor risiko yang berpotensi untuk dimodifikasi seperti migrain, penyalahgunaan narkoba dan alkohol, faktor hemostatik dan inflamasi, homosistein, dan gangguan pernapasan saat tidur. Selain itu, ada beberapa faktor risiko stroke yang terjadi pada umumnya seperti penggunaan obat-obatan terlarang, cedera kepala dan leher, dan infeksi. Faktor risiko stroke yang khususnya terjadi wanita seperti penggunaan kontrasepsi oral, kehamilan dan melahirkan, dan menopause. Kasus stroke spesifik terhadap usia akan meningkat dengan bertambahnya usia, dimana kasus akan meningkat dua kali lipat setelah usia 55 tahun (Kuriakose dan Xiao, 2020).

2.1.4 Patofisiologi

Stroke terjadi karena terjadi ledakan neurologis yang berlangsung mendadak karena adanya gangguan perfusi yang melalui pembuluh darah ke otak. Aliran darah yang menuju ke otak diatur oleh dua arteri vertebralis di posterior dan dua arteri karotis interna. Stroke iskemik berhubungan dengan keadaan emboli dan kondisi trombotik yang ada di otak dengan kontribusi sebanyak 85% pada pasien stroke dan yang lainnya dikarenakan adanya perdarahan intraserebral (Musuka dkk., 2015). Aliran darah pada trombosis mengalami penyempitan pembuluh darah, hal ini terjadi karena adanya aterosklerosis yang menjadikan penumpukan plak dan akhirnya membentuk gumpalan dan menyempitkan ruang vaskular yang menyebabkan stroke trombotik terjadi. Terjadinya stroke emboli karena aliran darah ke otak menjadi berkurang, hal ini menjadi penyebab terjadinya stres berat sampai sel mati tidak pada waktunya (nekrosis) dengan diikuti membran plasma yang rusak, kebocoran isi seluler ke dalam ruang ekstraseluler, pembengkakan organel, dan fungsi saraf yang hilang (Kuriakose dan Xiao, 2020).

Stroke hemoragik memberikan sumbangan sejumlah 10-15% dari seluruh stroke serta mempunyai angka kematian tinggi. Hal tersebut dikarenakan stres di jaringan otak dan cedera internal yang menjadikan menimbulkan efek toksik di sistem vaskular dan pembuluh darah pecah sampai menimbulkan infark (Kuriakose dan Xiao, 2020). Stroke hemoragik diklasifikasikan menjadi *intracerebral hemorrhage* (ICH) dan *subarachnoid hemorrhage* (SAH) (Hemphill, 2017). Menurut Hemphill (2017), ICH terjadi karena pembuluh darah yang pecah serta menjadikan akumulasi abnormal darah di otak yang biasanya disebabkan karena kondisi-kondisi berikut: gangguan pembuluh darah, hipertensi, penggunaan agen trombolitik dan antikoagulan secara berlebihan. Darah pada SAH terakumulasi pada subarachnoid di otak yang dikarenakan mengalami cedera kepala atau aneurisma serebra. Selain itu, terdapat beberapa peristiwa penting yang lain yang berkontribusi bagi patologi stroke seperti kehilangan homeostasis, terjadinya peradangan, meningkatnya kalsium intraseluler, eksitotoksisitas, aktivasi komplemen, sitotoksisitas yang dimediasi sitokin, aktivasi sel neuroglia, gangguan sawar darah-otak dan stres oksidatif (Woodruff dkk., 2011).

2.1.5 Tatalaksana

Tatalaksana stroke harus dilakukan secara komprehensif dengan tujuan menurunkan kecacatan serta angka kematian. Tatalaksana stroke harus dilaksanakan dengan optimal, dengan tujuan mencapai kualitas hidup prima dan efisiensi biaya. Menurut Keputusan KEMENKES RI No. HK.01.07/MENKES/394/2019 diawali dengan pencegahan primer sebagaimana fase hiperakut yang dilaksanakan dengan pemberian penanganan pra-rumah sakit, pemberian penanganan di UGD, rencana rehabilitasi/pemulihan pasien agar mempunyai kualitas hidup baik, fase akut perawatan di sudut/unit stroke, dan pencegahan stroke sekunder yang ditujukan untuk pasien pasca-stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

2.1.6 Terapi Stroke

Terapi stroke dilakukan dengan tujuan menurunkan angka kecacatan jangka panjang dan mortalitas, mengurangi cedera neurologis, mencegah stroke kambuh secara berulang, dan mencegah terjadinya komplikasi sekunder karena disfungsi neurologis dan akibat imobilitas (DiPiro J.T., *et al.*, 2015). Beberapa terapi farmakologi yang dapat diberikan kepada pasien stroke:

1. Terapi Trombolitik

Terapi trombolitik dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Trombolitik Intravena

Terapi trombolitik atau alteplase atau rtPA secara intravena pertama kali dikenalkan di tahun 1995 oleh NINDS (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*) sebagai terapi stroke akut yang menunjukkan keberhasilan dalam 3 jam onset stroke iskemik akut pada 30% penderita dengan disabilitas minimal dalam jangka waktu waktu 3 bulan setelah terapi (Catanese, Tarsia and Fisher, 2017). rtPA sangat direkomendasikan pada pasien stroke dan harus diberikan dengan segera sesudah diagnosis stroke iskemik akut dalam rentang waktu 3 jam (Ashish R. Panchal dkk., 2018).

b. Trombolitik Intraarteri

Tujuan dari terapi intraarteri yaitu memaksimalkan manfaat terapi

stroke yang dilakukan melalui perbaikan kanal *Middle Cerebral Artery* (MCA). Terapi trombolisis secara intraarteri masuk di terapi alternatif pada pasien stroke berat, penyumbatan arteri serebri media yang terjadi tidak bisa menerima pemberian trombolisis intravena dengan onset <6 jam (PERDOSSI, 2011).

2. Antiplatelet

FDA telah mengakui bahwa obat antiplatelet seperti aspirin, kombinasi aspirin/dipyridamole, clopidogrel, dan ticlopidine dapat digunakan untuk mencegah kerusakan vaskuler pada pasien stroke atau TIA. Obat antiplatelet bekerja dengan mengurangi *Respiratory Rate* (RR) yang tinggi pada stroke dan kejadian infark miokard ataupun kematian (Kernan dkk., 2014). Aspirin 160-325 mg/hari dimulai antara 24 dan 48 jam setelah penyelesaian alteplase dapat mengurangi kematian dan kecacatan jangka panjang (DiPiro J.T., *et al.*, 2015). Menurut Furie, K. L. *et al.* (2011), pengobatan antiplatelet dianjurkan untuk pasien dengan stroke iskemik atau TIA yang disertai dengan penyakit katup aorta atau penyakit katup mitral nonremarik dan tidak menderita fibrilasi atrial (AHA/ASA, *Class IIB, Level of Evidence C*).

3. Terapi Antikoagulan

Terapi antikoagulan bertujuan untuk mencegah timbulnya stroke berulang awal, menghentikan terjadinya keparahan defisit neurologi, dan memperbaiki keluaran setelah stroke iskemik akut. Contoh agen antikoagulan adalah heparin, *unfractionated* heparin, *Low Molecular-Weight Heparins* (LMWH) (PERDOSSI, 2011).

Menurut DiPiro J.T., *et al.*, (2015), terdapat beberapa terapi non farmakologi seperti untuk stroke iskemik akut dengan dekompresi bedah untuk mengurangi tekanan intrakranial, pendekatan tim interprofessional rehabilitasi dini untuk mengurangi kecacatan jangka panjang, serta endarterektomi karotis dan pemasangan stent mungkin efektif saat pencegahan sekunder untuk mengurangi kejadian stroke dan kekambuhan pada pasien. Sedangkan pada pasien dengan stroke hemoragik dapat

dilakukan intervensi bedah untuk meminimalisir kelainan vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan intraserebral primer, evakuasi bedah, hingga penyisipan drainase ventrikel eksternal dengan pemantauan tekanan intrakranial.

2.2 Kepatuhan Pasien Minum Obat

2.2.1 Definisi

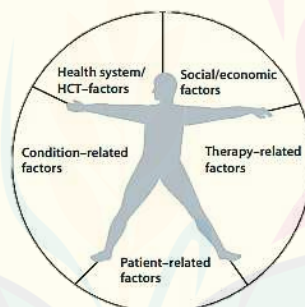
Kepatuhan merupakan kecenderungan pasien dalam mengikuti/melakukan instruksi medikasi yang dianjurkan dalam pengobatan (World Health Organization, 2003). WHO mendefinisikan kepatuhan terhadap terapi jangka panjang sebagai perilaku seseorang dalam minum obat, mengikuti diet, dan melakukan perubahan gaya hidup (Brown dan Bussell, 2011). Menurut Kardas dkk. (2013), kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat terdiri dari tiga komponen yaitu inisiasi, implementasi dan diskontinuitas. Inisiasi merupakan kepatuhan pasien yang dapat menerima pengobatan pertama kali sesuai dengan yang diresepkan (Zeber dkk., 2013). Implementasi merupakan kesesuaian rejimen obat yang digunakan pasien mulai dari tahap inisiasi sampai dosis terakhir yang digunakan, termasuk perubahan yang mungkin terjadi saat pengobatan (Vrijens dkk., 2012). Diskontinuitas atau dikenal dengan *continued adherence* merupakan kepatuhan pasien saat melanjutkan terapi selanjutnya yang diperoleh oleh dokter (Zeber dkk., 2013). Dalam mengukur kepatuhan pasien dapat digunakan beberapa metode seperti metode secara langsung maupun tidak langsung dengan wawancara, rekam medis, laporan dari pasien melalui pengisian kuesioner dan dengan menggunakan alat pencatatan elektronik (Jeffrey dkk., 2012).

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Kepatuhan yang buruk dalam terapi jangka panjang sangat membahayakan efektivitas dari pengobatan pasien. Menurut O'Carroll dkk. (2011), ketidakpatuhan seorang pasien diklasifikasikan menjadi yang tidak disengaja (*unintentional non*

compliance) atau disengaja (*intentional non compliance*). Ketidakpatuhan yang tidak disengaja seperti saat pasien berniat untuk minum obat tetapi ada sesuatu hal yang mencegahnya, misalnya lupa minum obat, kesalahan dalam membaca etiket, atau mengalami cacat fisik sehingga kesulitan dalam minum obat. Ketidakpatuhan yang disengaja terjadi saat pasien benar-benar memilih untuk tidak meminum obat atau meminumnya dengan cara yang berbeda dari cara yang direkomendasikan tergantung pada persepsi pasien mengenai kondisi dan pengobatan penyakitnya, misalnya pasien mungkin tidak menyukai efek samping obat, keterbatasan biaya pengobatan, atau sikap acuh pasien terhadap penyakit.

Menurut World Health Organization (2003), terdapat lima dimensi hambatan yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat dalam pengobatan jangka panjang dapat dilihat pada Gambar 2.2. Lima dimensi meliputi faktor sosial dan ekonomi, faktor sistem kesehatan/tim perawat kesehatan, faktor terapi, faktor sistem, faktor kondisi/karakteristik penyakit dan faktor yang berhubungan dengan pasien.



Gambar 2.2 Lima Dimensi yang mempengaruhi kepatuhan (World Health Organization, 2003)

Selain itu, keluarga, komunitas dan organisasi pasien berperan aktif dan menjadi faktor kunci sukses dalam meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan yang efektif untuk kondisi kronis. Beberapa faktor terkait lima dimensi yang dijelaskan oleh World Health Organization (2003) dalam *Adherence To Long Terms Therapies* meliputi:

1. Faktor sosial dan ekonomi yang signifikan berpengaruh terhadap kepatuhan yaitu rendahnya kondisi sosial-ekonomi, buta huruf, tingkat pendidikan yang rendah, pengangguran yang tinggi, kondisi hidup yang tidak stabil, jarak tempat tinggal yang jauh dari pusat pengobatan sehingga biaya transportasi

tinggi, biaya pengobatan yang tinggi, serta pemahaman yang masih awam terkait penyakit dan pengobatan yang dilakukan.

2. Tim perawatan kesehatan dan faktor sistem dapat mempengaruhi kepatuhan seorang pasien, dimana terdapat beberapa hambatan seperti kurangnya pengetahuan dan pelatihan untuk penyedia layanan kesehatan dalam mengelola penyakit kronis, sistem distribusi obat yang buruk kurangnya kemampuan untuk membantu pasien mengembangkan perilaku kesehatan adaptif atau untuk mengubah perilaku pasien yang maladaptif, kesenjangan dalam penyediaan perawatan untuk kondisi kronis, dan kurangnya komunikasi suboptimal antara pasien dengan profesional kesehatan.
3. Faktor terkait terapi yang mempengaruhi kepatuhan seperti kompleksitas regimen dalam pengobatan, durasi dari pengobatan, kegagalan pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya, sering dilakukannya perubahan dalam pengobatan, efek samping dari pengobatan, dan ketersediaan fasilitas medis dalam pengobatan.
4. Faktor kondisi terkait penyakit tertentu yang dihadapi pasien, misalnya tingkat keparahan gejala, tingkat kecacatan (fisik, psikologis, atau sosial), tingkat perkembangan dan tingkat keparahan penyakit, dan ketersediaan pengobatan yang efektif. Semua hal tersebut tergantung pada bagaimana persepsi pasien dalam pentingnya mengikuti pengobatan,
5. Faktor yang berhubungan dengan pasien seperti kurangnya pengetahuan dan keyakinan pasien tentang penyakit, sifat pelupa, kecemasan tentang efek samping yang mungkin muncul, rendahnya motivasi untuk sembuh, pengetahuan dan keterampilan yang tidak memadai dalam mengelola penyakit dan pengobatan, keyakinan yang rendah tentang kemanjuran pengobatan, ketidakpercayaan pada diagnosis, kesalahpahaman tentang instruksi perawatan, kurangnya penerimaan dan pemantauan penyakit, keputusan dalam menjalankan pengobatan, takut ketergantungan akibat kompleksitas regimen obat, dan perasaan distigmatisasi oleh penyakit.

2.3 Kuesioner SEAMS

Kuesioner dapat digunakan sebagai instrumen dalam menilai tingkat kepatuhan pasien mengonsumsi obat. Kuesioner yang digunakan yaitu *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS), kuesioner ini termasuk instrumen yang dapat dimanfaatkan untuk menilai patuh tidaknya pasien dalam meminum obat dan bisa diterapkan bagi pasien dengan penyakit kronis untuk pasien dengan literasi yang rendah (Risser dkk., 2007). Versi asli dari kuesioner SEAMS dalam Bahasa Inggris dengan 21 pertanyaan ditunjukkan pada Tabel 2.1; kuesioner SEAMS versi Bahasa Inggris yang telah direduksi menjadi 13 pertanyaan ditunjukkan pada Tabel 2.2; dan kuesioner SEAMS versi bahasa Indonesia dengan 12 butir pertanyaan ditunjukkan pada Tabel 2.3.

Tabel 2.1 Versi asli Kuesioner SEAMS dalam Bahasa Inggris dengan pertanyaan sebanyak 21 butir (Risser dkk., 2007).

Kuesioner SEAMS		<i>Not confident</i>	<i>Somewhat confident</i>	<i>Very confident</i>
1.	<i>How confident are you that you will keep all your medical appointments as scheduled?</i>			
2.	<i>How confident are you that you will be able to take all or most of your medicines as directed?</i>			
<i>How confident are you that you can take your medicines correctly.....</i>				
3.	<i>....When you take several different medicines eachday?</i>			
4.	<i>....When you take medicines more than once a day?</i>			
5.	<i>....When you are away fromhome?</i>			
6.	<i>....When you have a busyday planned?</i>			
7.	<i>....When they cause someside effects?</i>			
8.	<i>....When no one reminds you to take the medicine?</i>			
9.	<i>....When the schedule to take the medicine is not convenient?</i>			
10.	<i>....When your normal routine gets messed up?</i>			
11.	<i>....When you are not sure how to take the medicine?</i>			
12.	<i>....When you are not sure what time of the day to take your medicine?</i>			
13.	<i>....When you are feeling sick (like having a cold or the flu)?</i>			
14.	<i>....When you are feeling fine?</i>			
15.	<i>....When you get a refill of your old medicines and some of the pills look different than usual?</i>			
16.	<i>....When a doctor changes your medicines?</i>			
17.	<i>....Get refills for your medicines before you run out?</i>			

18.	.....<i>Fill your prescriptions whatever they cost?</i>			
19.	.....<i>Make taking your medicines part of your routine?</i>			
20.	.....<i>Always remember to take your medicines?</i>			
21.	.....<i>Take your medicines for the rest of your life?</i>			

Keterangan: pertanyaan yang direduksi pada versi asli kuesioner SEAMS adalah pertanyaan nomor 1,2, 14,17,18,19,20,21.

Tabel 2.2 Reduksi kuesioner SEAMS versi Bahasa Inggris dengan jumlah pertanyaan sebanyak 13 butir (Risser dkk., 2007).

Kuesioner SEAMS		<i>Not confident</i>	<i>Somewhat confident</i>	<i>Very confident</i>
<i>How confident are you that you can take your medicines correctly.....</i>				
1.	.....<i>When you take several different medicines eachday?</i>			
2.	.....<i>When you take medicines more than once a day?</i>			
3.	.....<i>When you are away fromhome?</i>			
4.	.....<i>When you have a busyday planned?</i>			
5.	.....<i>When they cause someside effects?</i>			
6.	.....<i>When no one reminds you to take the medicine?</i>			
7.	.....<i>When the schedule to take the medicine is not convenient?</i>			
8.	.....<i>When your normal routine gets messed up?</i>			
9.	.....<i>When you are not sure how to take the medicine?</i>			
10.	.....<i>When you are not sure what time of the day to take your medicine?</i>			
11.	.....<i>When you are feeling sick (like having a cold or the flu)?</i>			
12.	.....<i>When you get a refill of your old medicines and some of the pills look different than usual?</i>			
13.	.....<i>When a doctor changes your medicines?</i>			

Tabel 2.3 Terjemahan kuesioner SEAMS versi Bahasa Indonesia dengan 12 butir pertanyaan (Aulia, 2020).

Kuesioner SEAMS		Tidak yakin	Agak yakin	Sangat yakin
Seberapa yakin Anda bisa minum obat dengan benar ...				
1.	... ketika Anda minum beberapa obat yang berbeda setiap hari?			
2.	... ketika Anda minum obat lebih dari satu kali dalam sehari?			
3.	... ketika Anda sedang bepergian?			
4.	... ketika jadwal Anda padat seharian?			
5.	... ketika obat tersebut menyebabkan efek samping?			
6.	... ketika jadwal untuk minum obat merepotkan?			
7.	... ketika rutinitas Anda menjadi berantakan?			
8.	... ketika Anda tidak yakin bagaimana caranya minum obat?			
9.	... ketika Anda tidak yakin pada jam berapa saja waktunya minum obat?			
10.	... ketika Anda merasa sakit (seperti meriang atau flu)?			
11.	... ketika Anda membeli lagi obat-obat lama Anda dan beberapa obat terlihat berbeda dari biasanya.			
12.	... ketika dokter mengganti obat Anda?			

Kuesioner SEAMS dikembangkan oleh Risser dkk. (2007) yang dilakukan untuk mengevaluasi kepatuhan pengobatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner dan kondisi komorbiditas lain dengan berbagai tingkat keterampilan pasien dalam membaca. Menurut Risser dkk. (2007), analisis kepatuhan minum obat pasien menggunakan kuesioner SEAMS diukur dari dua dimensi efikasi, dimensi pertama dengan melihat kepatuhan minum obat pada pasien yang mengalami keadaan sulit seperti padatnya aktivitas yang dilakukan oleh pasien, mengkonsumsi jumlah obat yang banyak, dan jarak rumah yang jauh dengan fasilitas kesehatan. Kemudian dimensi yang kedua dengan melihat kepatuhan minum obat pasien yang memiliki kondisi tidak pasti seperti ketidakpastian pasien dalam penggunaan obat atau saat terjadi perubahan regimen obat.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Dong dkk. (2016), kuesioner SEAMS dalam versi Bahasa Cina telah digunakan untuk menguji validitas beberapa penyakit kronis yang salah satunya yaitu penyakit stroke. Kuesioner SEAMS terdiri

dari 13 butir pertanyaan yang terbagi menjadi 5 pertanyaan untuk menanyakan kepatuhan minum obat pasien yang mengalami keadaan sulit dan 8 pertanyaan untuk menanyakan kepatuhan minum obat pasien yang memiliki kondisi tidak pasti (Risser dkk., 2007). Penilaian data yang diperoleh dengan menggunakan kuesioner SEAMS dilakukan dengan cara skoring menggunakan tiga skala yaitu sangat yakin bernilai 3, agak yakin bernilai 2, dan tidak yakin bernilai 1, sehingga dalam 13 butir pertanyaan tersebut memiliki nilai rata-rata minimal yaitu 1 dan maksimal 3 (Risser dkk., 2007). Nilai rata-rata yang lebih tinggi kemudian dapat menunjukkan tingkat kepatuhan dan efikasi diri pasien yang lebih baik dalam menjalankan pengobatan (Risser dkk., 2007).

2.4 Penelitian Terkait Kuesioner SEAMS

Uji validitas dan reliabilitas dari Kuesioner SEAMS pernah dilakukan di beberapa negara. Penelitian pertama di Thailand oleh Polsook dkk. (2014) kepada 100 pasien dengan penyakit serangan jantung. Pada penelitian, kriteria inklusi responden yaitu pasien yang berusia lebih dari 20 tahun dan sedang dalam pengobatan minimal 3 bulan, mengerti bahasa Thailand, tidak memiliki gangguan kognitif ataupun komplikasi terhadap penyakit, dan bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Dilakukan uji analisis faktorial eksplorasi dan analisis nilai *Cronbach's alpha* pada penelitian ini, dan diperoleh nilai Cronbach's alpha 0,89 yang berarti memenuhi nilai KMO (0,67) dan nilai *Bartlett's test* ($p=0,000$). Sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kuesioner SEAMS versi Thailand terbukti reliabel dan valid digunakan dalam penelitian (Polsook dkk., 2014).

Penelitian kedua dilakukan di Tiongkok oleh Dong dkk. (2016) kepada 400 pasien stroke di empat departemen neurologi Rumah Sakit Afiliasi Pertama Universitas ZhengZhou. Pada penelitian kriteria inklusi responden yaitu pasien yang berusia lebih dari 18 tahun dan telah didiagnosa stroke, setidaknya mengonsumsi satu obat untuk mencegah stroke berulang, dan bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Dilakukan beberapa uji dalam penelitian ini seperti

construct validity, convergent validity, internal consistency, reliability. Dari data kemudian diperoleh nilai validitas konvergen dengan $r = 0,531$ $p = 0,01$, nilai *Cronbach's alpha* 0,826-0,915, dan nilai koefisien korelasi Pearson $r = 0,642$ $p = 0,01$. Sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kuesioner SEAMS versi Tiongkok terbukti valid dan reliabel digunakan dalam penelitian (Dong dkk, 2016).

Penelitian ketiga dilakukan di Spanyol oleh Bozada-gutiérrez dkk. (2019) kepada 149 pasien dengan penyakit peradangan usus. Kriteria inklusi responden pada penelitian yaitu pasien yang berusia lebih dari 18 tahun dan telah didiagnosis peradangan usus, sedang menjalani pengobatan minimal enam bulan, dapat membaca serta menulis, dan bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Dilakukan uji analisis faktorial eksplorasi dan analisis nilai *Cronbach's alpha* pada penelitian ini, dan diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,92. Sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kuesioner SEAMS versi Spanyol terbukti reliabel digunakan dalam penelitian (Bozada-gutiérrez dkk., 2019).

Kemudian penelitian yang keempat dilakukan di Indonesia oleh Aulia (2020) kepada 114 pasien dengan penyakit stroke. Kriteria inklusi responden pada penelitian yaitu pasien laki-laki atau perempuan yang berusia lebih dari 18 tahun dengan atau tanpa pendamping yang bisa menulis dan membaca, didiagnosis stroke dengan atau tanpa komplikasi, setidaknya mengonsumsi satu obat untuk mencegah stroke berulang, dan bersedia terlibat dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent* untuk mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner. Kuesioner SEAMS-13 dalam versi asli Bahasa Inggris diterjemahkan ke Bahasa Indonesia, dimana dilakukan reduksi menjadi SEAMS-12 yang hanya berisikan 12 pertanyaan. Reduksi pertanyaan tersebut dilakukan saat melakukan uji *construct validity* pada soal di nomor 6 terkait keyakinan pasien bisa minum obat dengan benar ketika tidak ada orang yang mengingatkan untuk minum obat. Soal nomor 6 tersebut membentuk faktor sendiri sehingga tidak relevan dengan butir pertanyaan lain dalam kuesioner (Aulia, 2020). Apabila tetap digunakan 13 butir pertanyaan akan terbentuk 4 faktor dengan menghasilkan pemisahan yang tidak teratur, namun ketika analisis faktor dilakukan pada 12 butir pertanyaan (tanpa pertanyaan butir 6)

terbentuk sebanyak 3 faktor dengan pemisahan yang teratur (Aulia, 2020). Sehingga versi final dari kuesioner SEAMS versi Bahasa Indonesia yaitu berisikan 12 butir pertanyaan dengan 3 faktor. Pada analisis nilai *Cronbach's alpha* dan analisis deskriptif kuesioner SEAMS-12. Dari data diperoleh nilai *Cronbach's alpha* 0,851 yang berarti memenuhi syarat nilai KMO (0,815) dan *Bartlett's test* ($p=0,000$), dan hasil analisis deskriptif total sebesar 2,80 dari total nilai minimal 1 dan maksimal 3. Sehingga dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kuesioner SEAMS-12 versi Indonesia terbukti valid dan reliabel digunakan dalam penelitian (Aulia, 2020).

2.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Messick (1989) menerangkan jika validitas adalah kebijakan evaluatif terintegrasi mengenai alasan teoritis dan fakta empiris yang bisa mendukung kesesuaian referensi, kecukupan referensi, serta Tindakan yang dilakukan berdasarkan skor tes atau skor yang diperoleh dari penggunaan instrument yang lain. Validitas dapat memperlihatkan dukungan antara alasan teoritis dan fakta empiris terhadap interpretasi skor yang didapatkan terkait kecermatan pengukuran (Retnawati, 2016). Uji validitas dilakukan guna mengevaluasi kelayakan terkait tingkat akurasi dari suatu instrumen dalam pengukuran konsep yang akan diukur.

Pengujian validitas ditujukan untuk melihat apakah suatu instrumen sudah dapat menjadi pengukur parameter yang ingin diukur (Tsang dkk., 2017). Validitas dikelompokkan menjadi tiga tipe, yaitu validitas kriteria (*criterion-related*), validitas yang berdasarkan kriteria (*criterion-related validity*), dan validitas konstruk (*construct validity*) (American Educational Research Association, 1999). *Construct validity* di uji menggunakan *Exploratory Factor Analysis* (EFA), dan untuk menilai ketepatan sampel yang akan digunakan untuk uji EFA perlu ditentukan nilai Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) dan *Bartlett's test* (Dong dkk., 2016). Menurut Dong dkk. (2016), nilai KMO yang dapat diterima yaitu $>0,5$ dan nilai *Bartlett's test* yang dapat diterima yaitu $p<0,001$ sehingga *Exploratory Factor Analysis* (EFA) menunjukkan dua komponen dengan nilai Eigen yang sama yaitu ≥ 1 .

Reliabilitas merupakan derajat konsistensi diantara dua skor hasil pengukuran pada objek suatu penelitian yang sama meski menggunakan alat pengukur dan skala yang berbeda (Tsang dkk., 2017). Konsistensi hasil survei untuk dapat memberikan hasil yang sama secara berulang dipengaruhi pada pengambilan sampel, perubahan responden, dan perbedaan antar penilai (Tsang dkk., 2017). Suatu kuesioner dikatakan reliabel jika jawaban dari kuesioner stabil atau konsisten dari waktu ke waktu. Metode yang digunakan untuk mengukur reliabilitas kuesioner adalah dengan metode *Cronbach's Alpha* (Retnawati, 2016). Menurut Risser dkk. (2007), instrumen yang dapat dikatakan memadai dan dianggap reliabel jika memiliki nilai *Cronbach's alpha* $\geq 0,70$.

2.6 Bahasa Bali

Bahasa Bali termasuk bahasa daerah yang dipelihara masyarakat penuturnya di Indonesia (etnis Bali). Bahasa Bali merupakan bahasa pertama dan Bahasa ibu kebanyakan orang Bali sekaligus menjadi alat komunikasi masyarakat Bali dalam bersisial. Bahasa Bali menjadi salah satu pendukung budaya Bali berkembang di Bali dan masih dilestarikan (Suweta, 2021). Di Bali, terdapat tingkatan berbahasa (*angguh-ungguhin basa*), yang mengarah pada klasifikasi sosial masyarakat Bali. Di daerah Bali masih memiliki tingkat penggunaan bahasa daerah yang tinggi dalam percakapan sehari-hari dalam situasi formal maupun non formal. Hingga saat ini, bahasa Bali masih menjadi bahasa yang lebih banyak digunakan oleh orang dewasa dalam lingkungan keluarga, sosial, adat-istiadat hingga acara keagamaan. Kemampuan seseorang untuk menggunakan bahasa Bali menunjukkan kedudukan sosial dan etika orang tersebut dalam berbahasa (Suardiana, 2012). Tingkatan-tingkatan bahasa Bali disesuaikan dengan strata masyarakat dengan *sor singgih* yang ditentukan oleh pembicara, lawan bicara, dan hal-hal lain yang dibicarakan (Suweta, 2021).

Menurut Suardiana (2012), *sor singgih basa bali* didalamnya yang disebut yaitu :

1. Basa Alus

- a. Bahasa Alus yang digunakan pada saat *ngastawa* (berdoa) kepada Ida Sang Hyang Widhi, seperti: “Titiang ngaturang bakti majeng ring Ida Sang Hyang Widhi.
- b. Digunakan saat berbicara dengan Guru Loka (Sulinggih, Nabe, guru di sekolah), seperti: “Majeng ring para guru, titiang nunas mangda ledang ngambil linggih genah sane sampun cumawis.
- c. Digunakan saat berbicara dengan para sesepuh Pakraman, Dinas, orang yang lebih tua dan tokoh-tokoh masyarakat.
- d. Digunakan untuk berbicara dengan orang yang baru dikenal.

2. Basa Madia

Basa Madia umumnya digunakan saat berbicara dilingkungan keluarga seperti berbicara kepada anak, suami, dan saudara-saudara lainnya, contohnya: “Dinane buin mani semengan, beli luas ka gunung me”.

3. Basa Kasar

Basa Kasar merupakan kata yang bahasanya kurang baik dan dipakai untuk berkomunikasi secara kasar. Basa kasar digunakan saat marah, bertengkar, atau mencaci-maki. Contoh basa kasar seperti: “Cicing iba, ngenken iba mai ngleklek!” dan “Madak pang bangsa polone!”

Basa alus memiliki nilai rasa halus yang bersifat menghormati dan dipakai untuk menghormati golongan terhormat tergantung status sosial orang yang berbicara, yang diajak berbicara maupun yang dibicarakan. Kosakata basa alus, menurut Suwija dkk., (2018) dibedakan atas: (1) Kruna Alus Mider (AMI), (2) Kruna Alus Madia (AMA), (3) Kruna Alus Singgih (ASI), dan (4) Kruna Alus Sor (ASO).

a. Kruna Alus Mider (AMI)

Kruna alus mider merupakan kata bahasa Bali yang memiliki nilai rasa halus dan memiliki dua fungsi dipakai menghormati (*nyinggihang sang singgih*) dan juga merendahkan golongan bawah (*ngesorang sang sor*).

Berikut contoh Kruna Alus Mider (AMI) seperti: “Ida Bagus sampun rauh saking Bali”, “Rabin Ratune kantung eling taler ring titiang” dan “Ida sampun makarya ring Bale Banjar”.

b. Kruna Alus Madia (AMA)

Kruna Alus Madia (AMA) merupakan kata yang bahasanya berada di antara Alus Singgih (ASI) dan Alus Sor (ASO). Berikut contoh Kruna Alus Madia (AMA) seperti “Tiang ampun madaar wawu” dan “Ipun ten wenten drika”.

c. Kruna Alus Singgih (ASI)

Kruna Alus Singgih (ASI) merupakan kata-kata alus yang dipakai menghormati orang yang patut dihormati, seperti: “Praragan Ratu rauh meriki?” dan “Titiang pireng okandane sane istri maparab Gusti Ayu Candra”

d. Kruna Alus Sor (ASO)

Kruna Alus Sor (ASO) merupakan kata yang memiliki nilai rasa halus atau menghormati, dipakai merendahkan diri atau merendahkan orang lain yang status sosialnya lebih rendah. Sehingga yang akan berbahasa alus sor dalam pergaulan yaitu semua masyarakat Bali yang menganggap diri mempunyai status sosial lebih rendah dalam berbicara. Berikut contoh Kruna Alus Sor (ASO), seperti: “Titiang mewasta Komang Ayu” dan “Okandane sampun dumunan padem”.

2.7 Rumah Sakit Umum (RSU) Negara

Pemberian pelayanan secara maksimal ke masyarakat dengan menyediakan prasarana kesehatan yang berupa puskesmas dan rumah sakit yang ada di setiap kecamatan. Salah satu rumah sakit pemerintah yang berada di Kecamatan Negara yaitu RSU Negara. Secara historis RSU Negara awalnya merupakan sebuah poliklinik yang berdiri pada tahun 1934. Poliklinik kemudian berkembang dan memperoleh tambahan bangsal, dengan demikian jadi sebuah RSUD, menurut Surat Keputusan KEMENKES tanggal 15 Desember 1993 Nomor 1167/Menkes/SK/XII/1993 dan Keputusan Gubernur Kepala daerah Tingkat I Bali

Nomor 307/1994, tanggal 15 Juli 1994 RSUD Negara ditetapkan menjadi RSU Negara tipe C, hingga sekarang.

RSU Negara memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dilaksanakan delapan poliklinik dan dokter spesialis didalamnya. Beberapa unit penunjangnya lainnya yaitu: radiologi, unit laboratorium, farmasi fisioterapi, dan instalasi rawat darurat yang memberikan layanan dalam waktu 24 jam. Jenis-jenis pelayanan di RSU Negara mencakup

1. Ruang Rawat Inap
 - a. Ruang Bakung (ditujukan untuk Penyakit kandungan dan Kebidanan)
 - b. Ruang Anggrek (ditujukan bagi penyakit syaraf dan penyakit dalam)
 - c. Ruang Cempaka (ditujukan bagi penyakit anak)
 - d. Ruang Pudak (ditujukan untuk Prinatologi)
 - e. Ruang Falboyon (Untuk Bedah)
 - f. Ruang Dahlia (Untuk Bedah)
 - g. Ruang Paviliun/VIP (ditujukan bagi perawatan VIP Rawat Jalan)
2. Poliklinik Umum
 - a. Poliklinik Penyakit Dalam
 - b. Poliklinik Umum
 - c. Poliklinik Anak
 - d. Poliklinik Penyakit Kandungan dan kebidanan
 - e. Poliklinik Syaraf
 - f. Poliklinik Bedah
 - g. Poliklinik THT
 - h. Poliklinik Gigi
3. Rawat Darurat
 - a. IRD buka selama 24 jam
 - b. Memberikan pelayanan terhadap kasus darurat medis
 - c. Dilengkapi dengan kamar operasi
4. Penunjang Medis
 - a. Bedah sentral, meliputi bedah umum, bedah kebidanan dan penyakit kandungan dan 3 kamar operasi.

- b. Laboratorium, mencakup mikrobiologi, parasitologi, patologi klinik dan sistem komputerisasi.
 - c. Farmasi 24 jam yang melayani resep dokter dalam dan luar rumah sakit.
 - d. Radiologi terkait foto tulang, foto thorax (dada), foto Gigi, foto abdomen (perut), USG, dan panoramic foto.
5. Pelayanan Konsultasi Gizi
 6. Rehabilitasi medis sebagaimana Fisioterapi.
 7. Pelayanan lain, seperti *Medical Check Up*, *ambulance* jenazah, perawatan jenazah serta pelayanan ASKES.

Dalam LKjIP Rumah Sakit Umum Negara (2016), dijelaskan tugas pokok dan fungsi dari RSUD Negara sesuai Peraturan Bupati No. 67 Tahun 2011 mengenai Rincian Tugas Pokok dan Fungsi RS Umum Negara seperti:

1. Tugas pokok:
 - a. Menjalankan pelayanan kesehatan yang sesuai standar dan bermutu.
 - b. Melaksanakan upaya di bidang kesehatan dengan efektif dan efisien dengan memprioritaskan upaya pemulihan dan penyembuhan secara terpadu dan serasi melalui upaya pencegahan, peningkatan, serta rujukan.
2. Fungsi
 - a. Mengatur pelaksanaan pelayanan kesehatan.
 - b. Membuat rumusan kebijakan teknis pada bidang pelayanan Kesehatan RS.
 - c. Menjalankan tugas kedinasan yang lain sesuai fungsi dan tugas dari Bupati.
 - d. Menjalankan tugas dan membina pada bidang pelayanan kesehatan.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode observasional yang dilakukan dengan pendekatan deskriptif analitik menggunakan desain *cross-sectional*. Pada penelitian dilakukan penerjemahan kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS) menjadi bahasa Bali yang mana sebelumnya sudah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia (Aulia, 2020). Kuesioner yang sudah diterjemahkan kemudian digunakan untuk mengumpulkan sampel pada waktu dan tempat tertentu sebanyak satu kali. Hasil dari kuesioner ini digunakan untuk melihat nilai validitas dan reliabilitas serta mengamati profil kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat..

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Poli Saraf RSUD Negara selama satu bulan mulai bulan April-Mei 2022. Setelah didapatkan data kemudian dilakukan pengolahan dan analisis data.

3.3 Populasi dan Jumlah Sampel

Populasi sampel dalam penelitian yakni pasien stroke yang mendapatkan pelayanan rawat jalan di Poli Saraf RSUD Negara. Jumlah rasio responden mengacu pada Tsang dkk. (2017) terkait perbandingan antara butir pertanyaan dengan responden untuk analisis yaitu 1:5; 1:10; 1:20; dan 1:30. Pada penelitian digunakan perbandingan butir pertanyaan dengan responden minimal 1:5 karena untuk menyesuaikan dengan jumlah sampel yang tersedia di RSUD Negara. Pada kuesioner SEAMS terdapat 12 pertanyaan, sehingga jumlah sampel yang diperlukan minimal 60 responden.

3.4 Metode Pencuplikan/Sampling

Sampel pada penelitian ditentukan menggunakan metode *non-probability sampling* yaitu *convenience sampling*. *Convenience sampling* mengutamakan kenyamanan bagi peneliti dalam menentukan responden yang biasanya terdiri dari orang-orang yang ditemui oleh peneliti di tempat penelitian (Özdemir, St dan Topbas, 2011). Penelitian ini dilakukan dengan peneliti yang mengajukan kuesioner kepada calon partisipan pasien stroke atau pendamping pasien yang ditemui di ruang tunggu Poli Saraf RSUD Negara.

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Pada penelitian terdapat beberapa kriteria inklusi seperti:

1. Pasien rawat jalan baik perempuan atau laki-laki yang didiagnosis stroke dengan atau tanpa komplikasi dan mengonsumsi setidaknya satu obat untuk mencegah stroke berulang atau komplikasi.
2. Pasien stroke minimal menggunakan obat golongan antihipertensi dan antiplatelet untuk mencegah stroke berulang atau komplikasi selama 30 hari terakhir.
3. Berusia lebih dari 18 tahun dengan atau tanpa pendamping yang bisa menulis dan membaca dalam bahasa Bali
4. Bersedia menandatangani *informed consent*.
5. Mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner.

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah pasien stroke yang tidak dapat memahami pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner dan yang tidak mengisi pertanyaan kuesioner dengan lengkap.

3.6 Definisi Operasional

Definisi operasional dibuat untuk memperjelas variabel-variabel yang akan diteliti sehingga dapat memberikan penjelasan lebih mendetail. Berikut definisi operasional pada penelitian ini:

1. Kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali berisi 12 pertanyaan yang merupakan hasil terjemahan dari kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Indonesia yang digunakan untuk memperoleh informasi tentang *self efficacy* terkait kepatuhan pasien stroke dalam mengonsumsi obat dengan benar di RSUD Negara.
2. Tingkat keyakinan pasien stroke dalam mengonsumsi obat dengan benar di RSUD Negara dievaluasi menggunakan kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS) yang melihat tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatannya.
3. Karakteristik sosiodemografi pasien yang dianalisis meliputi:
 - a. Kelompok pendidikan terakhir pasien pada analisis data yaitu tidak sekolah, SD/ sederajat, SMP/ sederajat, SMA/ sederajat, dan perguruan tinggi (Diploma, Strata1, Strata2, Strata3).
 - b. Jenis pekerjaan pasien pada analisis data penelitian ini meliputi anggota TNI dan Kepolisian Negara RI, tenaga profesional dan asisten profesional, manajer, teknisi, tenaga tata usaha, tenaga usaha jasa dan tenaga penjualan, pekerja terampil pertanian, kehutanan, dan perikanan, pekerjaan pengolahan dan kerajinan dan yang bersangkutan dengan itu (Ybdi), operator dan perakitan mesin, pekerja kasar, dan pensiunan (Kementerian Ketenagakerjaan dan Badan Pusat Statistik, 2014)
4. *Face validity* dilakukan dengan cara menyebar kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Bali kepada 30 responden untuk mengukur bagaimana responden dapat menafsirkan dan memahami setiap butir-butir pertanyaan.
5. *Construct validity* dilakukan pada *actual survey* menggunakan *Exploratory Factor Analysis* (EFA) dengan melihat nilai *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) dan *Bartlett's test*. Kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Bali dapat dikatakan valid

apabila memiliki nilai KMO $>0,5$ dan nilai *Bartlett's test* yaitu $p < 0,001$ (Dong dkk, 2016)

6. Uji reliabilitas kuesioner SEAMS-12 versi Bahasa Bali menggunakan *Cronbach's alpha* dengan pendekatan konsistensi internal responden dalam menjawab kuesioner, dikatakan reliabel apabila nilai *Cronbach's alpha* $\geq 0,7$ (Risser dkk., 2007).

3.7 Cara dan Instrumen Pengambilan Data

Pada penelitian digunakan instrumen berupa kuesioner SEAMS yang berisi 12 butir pertanyaan tentang tingkat kepatuhan pasien stroke dalam minum obat. Kuesioner SEAMS akan diterjemahkan ke bahasa Bali yang sebelumnya telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan telah divalidasi di beberapa negara seperti Tiongkok (Polsook dkk., 2014), Thailand (Dong dkk., 2016), dan Spanyol (Bozada-gutiérrez *et al.*, 2019). Proses penerjemahan kuesioner menjadi versi bahasa Bali telah mendapatkan izin dari pemilik asli kuesioner (Lampiran 3.1) Penerjemahan dan penyesuaian kuesioner *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use in Scale* (SEAMS) melalui empat langkah yang mengacu pada pedoman WHO yaitu *forward translation, expert panel, pre-testing and cognitive interviewing*, dan *final version*. Alur penerjemahan kuesioner SEAMS versi bahasa Bali dapat dilihat pada Gambar 3.1. Berikut penjelasan masing-masing tahap yang dilakukan dalam penerjemahan kuesioner:

1. Tahap pertama

Pada tahap pertama dilakukan *forward translation*, diperlukan dua penerjemah independen dengan latar belakang tenaga kesehatan (apoteker) untuk menerjemahkan kuesioner SEAMS Bahasa Indonesia ke dalam bahasa Bali. Diutamakan tenaga kesehatan apoteker karena diasumsikan lebih familiar dengan istilah-istilah yang akan digali dari instrumen yang digunakan.

2. Tahap kedua

Pada tahap kedua yaitu *expert panel* yang melibatkan penerjemah *forward translation* dan dosen pembimbing. Pada tahap ini hasil dari penerjemahan tahap pertama didiskusikan kembali oleh panel ahli yang mahir dalam Bahasa Indonesia dan bahasa Bali agar mengatasi permasalahan translasi yang dirasa tidak mencukupi seperti perbedaan antara *forward translation* dengan pertanyaan-pertanyaan yang ada sehingga diperoleh parafrase yang sesuai dengan konteks bahasa tujuan. Hasil terjemahan kuesioner SEAMS versi Bahasa Indonesia ke dalam bahasa Bali dapat dilihat pada Tabel 3.1.

3. Tahap ketiga

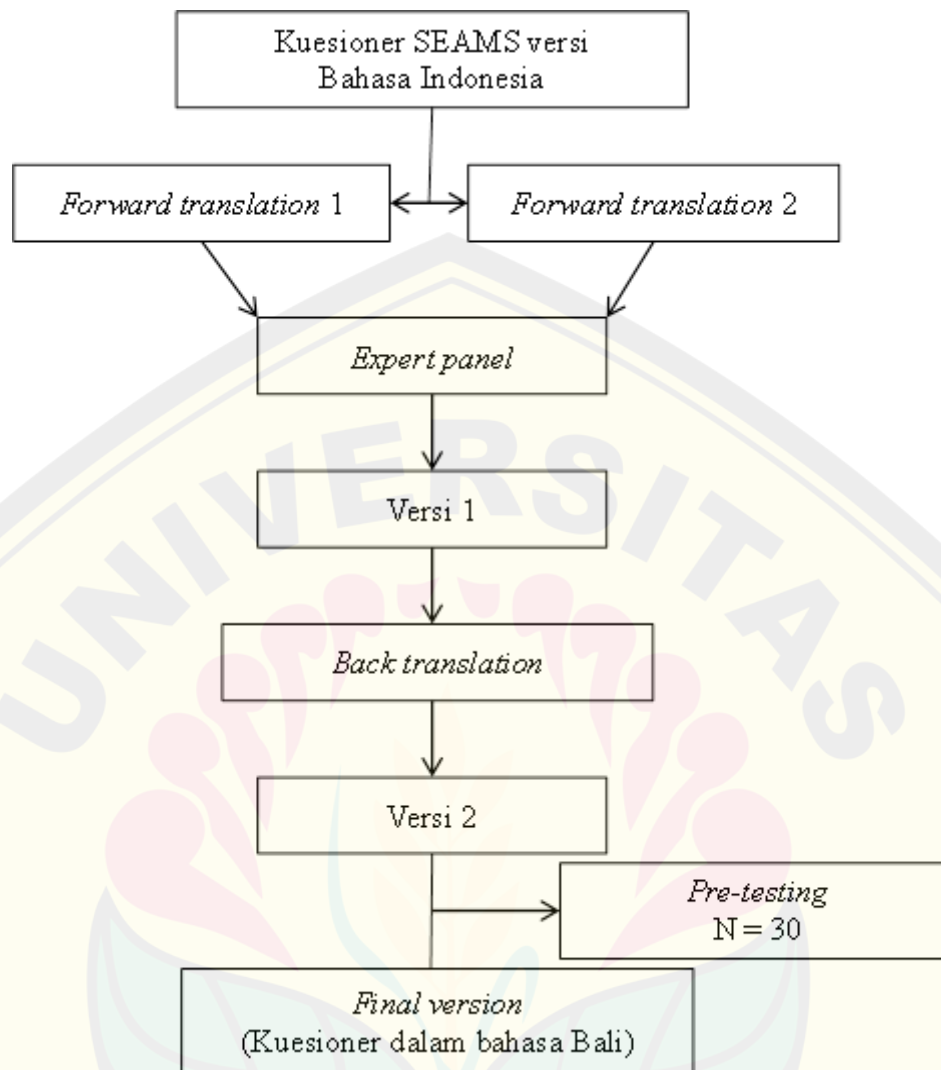
Pada tahap ketiga dilakukan *back-translation* dengan cara menerjemahkan kembali hasil terjemahan dari *expert panel* ke Bahasa Indonesia oleh satu penerjemah independen yang memiliki bahasa ibu Bahasa Indonesia dan belum pernah mengenali kuesioner yang diterjemahkan.

4. Tahap keempat

Pada tahap keempat dilakukan *pre-testing and cognitive interviewing*. Pada tahap ini dilakukan uji coba kuesioner yang telah diterjemahkan ke bahasa Bali pada perwakilan populasi target dalam jumlah kecil (30 responden) dan diberi pertanyaan secara sistematis terkait pemahaman responden terhadap pertanyaan pada kuesioner, mengulang pertanyaan dengan bahasa responden sendiri, dan bagaimana pemikiran responden saat mendengar suatu istilah atau frase tertentu pada kuesioner tersebut.

5. Tahap kelima

Tahap kelima yaitu *final version* yang merupakan penyusunan versi terakhir dari instrumen dalam bahasa Bali yang diperoleh dari proses interaktif dengan proses translasi, panel ahli dan uji coba yang dilakukan lebih dari satu kali.



Gambar 3.1 Alur Penerjemahan

Tabel 3.1 Terjemahan kuesioner SEAMS versi Bahasa Bali

No.	Butir pertanyaan dalam Bahasa Indonesia	Butir pertanyaan dalam bahasa Bali
	Respon: Tidak yakin, Agak yakin, Sangat yakin Pertanyaan (Bahasa Indonesia) Seberapa yakin Anda bisa minum obat dengan benar ...	Respon: nénten pasti, pasti, pasti pisan. Petaken (bahasa Bali) Amunapi ragané maresidayang ngajeng tamba sané patut...
1.	... ketika Anda minum beberapa obat yang berbeda setiap hari?	... yening ragané ngajeng makudang tamba sané matiosan serahina?
2.	... ketika Anda minum obat lebih dari satu kali dalam sehari?	... yening ragané ngajeng tamba luwihan tekén asiki serahina?
3.	... ketika Anda sedang bepergian?	.. yening ragané sedek luas?
4.	... ketika jadwal Anda padat seharian?	.. yening ragané meduwe pikobetan
5.	... ketika obat tersebut menyebabkan efek samping?	... yening tambané ngeranayang /ngawinang efek samping?
6.	... ketika jadwal untuk minum obat merepotkan?	... yening galahé ngajeng tamba ngawinang pikobetan?
7.	... ketika rutinitas Anda menjadi berantakan?	... yening geginané serahine ngemanggihan keruwetan?
8.	... ketika Anda tidak yakin bagaimana caranya minum obat?	... yening ragané nénten pasti antuk carané ngajeng tamba?
9.	... ketika Anda tidak yakin pada jam berapa saja waktunya minum obat?	... yening ragané nenten pasti antuk galah kali napi manten ngajeng tamba?
10.	... ketika Anda merasa sakit (seperti meriang atau flu)?	... yening ragané merasa sungkan (sekadi panas dingin utawi pilek)?
11.	... ketika Anda membeli lagi obat-obat lama Anda dan beberapa obat terlihat berbeda dari biasanya.	... yening ragané numbas tamba sané dumun kaanggen nanging wenten sané nénten pateh sekadi biasané
12.	... ketika dokter mengganti obat Anda?	... yening dokter ngentosing tamba ragané?

3.8 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di RSUD Negara dengan mendekati pasien atau pendamping pasien yang masuk dalam kriteria inklusi di Poli Saraf. Dalam pengisian kuesioner, pasien atau pendamping pasien yang bersedia diberikan informasi terkait *informed consent* untuk diisi dan diberi sedikit penjelasan tentang isi dari kuesioner yang kemudian diminta untuk menandatangani *informed consent* (Lampiran 4.1)

3.9 Teknik Pengolahan Data

Tahap pengolahan data dilakukan setelah tahap pengumpulan data, dilakukan penilaian kuesioner menggunakan cara *skoring* dengan tiga skala penilaian berdasarkan pada penelitian oleh Risser dkk. (2007) yaitu sangat yakin bernilai tiga, agak yakin bernilai dua, dan tidak yakin bernilai satu. Pada kuesioner SEAMS terdapat 12 butir pertanyaan sehingga rata-rata skor minimal yaitu 1 dan skor maksimal 3, sehingga tingkat kepatuhan dan efikasi diri pasien stroke yang baik dilihat dari rata-rata skor yang tinggi.

3.10 Teknik Analisis Data

Analisis data pada penelitian menggunakan teknik statistik deskriptif berdasarkan kelompok jenis kelamin (laki-laki dan perempuan), usia, status perkawinan (belum menikah, duda, janda, menikah), pendidikan terakhir, dan jenis pekerjaan yang akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi, persentase, rerata, frekuensi, atau standar deviasi.

Dilakukan analisis data terkait dengan uji validitas dan uji reliabilitas menggunakan *face validity*, *construct validity*, dan *Cronbach's alpha*. *Face validity* merupakan penilaian yang dilakukan secara subjektif terhadap kuesioner yang telah diterjemahkan ke bahasa Bali. *Face validity* memerlukan 30 responden yang dipilih secara acak dengan metode *convenience sampling* sebagai sampel kecil untuk mengisi kuesioner SEAMS. Kemudian responden dimintai untuk menafsirkan dan

merespon setiap butir pertanyaan pada kuesioner yang telah diterjemahkan tersebut.

Dilakukan uji pada *construct validity* menggunakan *Exploratory Factor Analysis* (EFA), sebelumnya ketepatan sampel yang akan digunakan untuk uji EFA dihitung dari nilai *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) dan *Bartlett's test* (Dong dkk., 2016). Nilai minimal KMO yang dapat diterima yaitu $>0,5$ dan nilai minimal *Bartlett's test* yang dapat diterima yaitu $p < 0,001$ sehingga *Exploratory Factor Analysis* (EFA) menunjukkan dua komponen dengan nilai Eigen yang sama yaitu ≥ 1 (Dong dkk., 2016). Nilai Eigen ≥ 1 kemudian dapat menunjukkan banyaknya faktor yang terbentuk pada kuesioner. Selanjutnya dilakukan uji *varimax* untuk mengetahui penggolongan pertanyaan berdasarkan faktor pada kuesioner dalam tiga dimensi. Setelah itu diamati nilai *loading factor*, pertanyaan pada kuesioner dapat dihapuskan jika memiliki nilai *loading factor* $< 0,4$ karena dianggap tidak relevan dengan pertanyaan-pertanyaan lainnya. Suatu kuesioner dapat dikatakan valid jika seluruh proses dan syarat pada validasi telah terpenuhi.

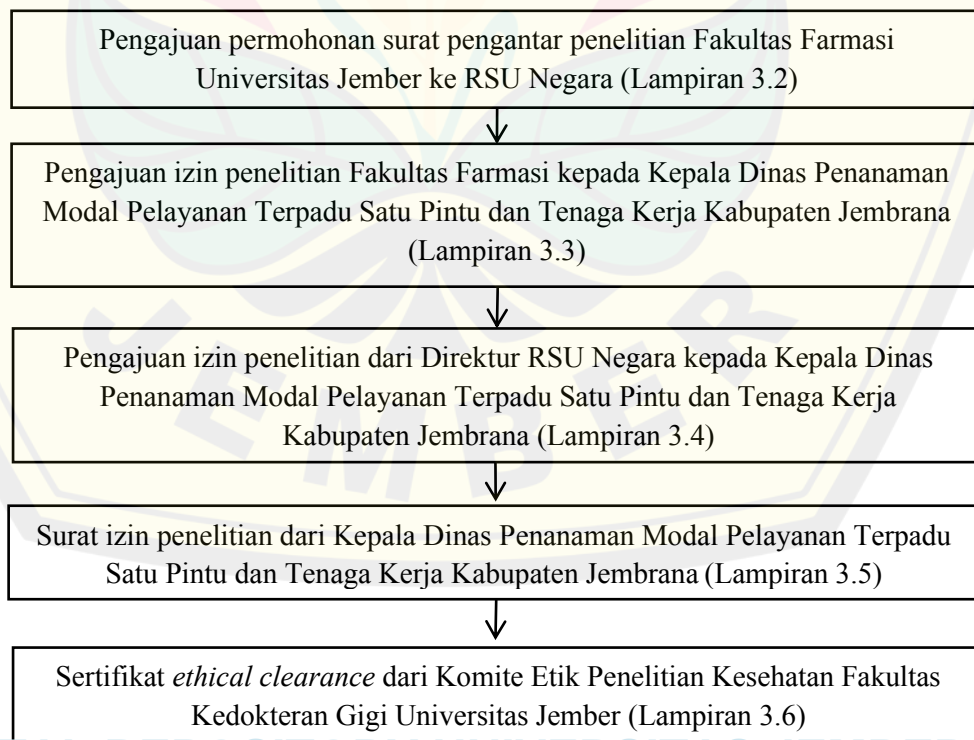
Uji reliabilitas pada penelitian ditentukan dengan menghitung *cronbach's alpha* dan mengevaluasi nilai *item-total correlation coefficient*. *Cronbach's alpha* digunakan sebagai ukuran untuk menunjukkan hubungan antara item skala dengan item pengukur dalam konstruk yang sama. Jika diperoleh nilai *Cronbach's alpha* $\geq 0,70$ maka kuesioner tersebut memadai dan dianggap reliabel (Risser dkk., 2007). Kemudian dilakukan evaluasi terkait *item-total correlation coefficient* untuk mengetahui keterkaitan setiap item dengan skala total sehingga dapat ditentukan butir pertanyaan yang cocok atau yang perlu dilakukan perubahan (Risser dkk., 2007). Butir pertanyaan yang cocok dan dapat dipertahankan jika memiliki nilai *item-total correlations* $\geq 0,3$ karena secara konseptual dianggap serupa dan juga kuesioner yang memiliki konsistensi internal yang baik jika memiliki nilai *Cronbach's alpha* $\geq 0,7$ (Risser dkk., 2007).

3.11 Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi kerahasiaan data yang dimiliki oleh responden (seperti nama, usia, tingkat pendidikan, dan informasi lainnya) dan juga menjaga agar peneliti tidak melanggar kode etik *Nuremberg* yang berdasarkan Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM). Sebelum dilakukannya penelitian dan wawancara, responden harus mengisi *informed consent* yang telah disiapkan oleh peneliti. Data responden yang diperoleh dari hasil penelitian akan dijaga selama penelitian dan tidak akan dilakukan invasi diluar batas yang diperlukan dalam penelitian. Data yang disajikan seperti dari identitas pasien akan diubah kedalam bentuk dan angka, kemudian kuesioner asli yang hanya diketahui oleh peneliti dan dosen pembimbing akan disimpan. Setifikat *Ethical Clearance* dengan No. 1469/UN25.8/KEPK/DL/2022 diperoleh dari bagian Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember (Lampiran 3.4).

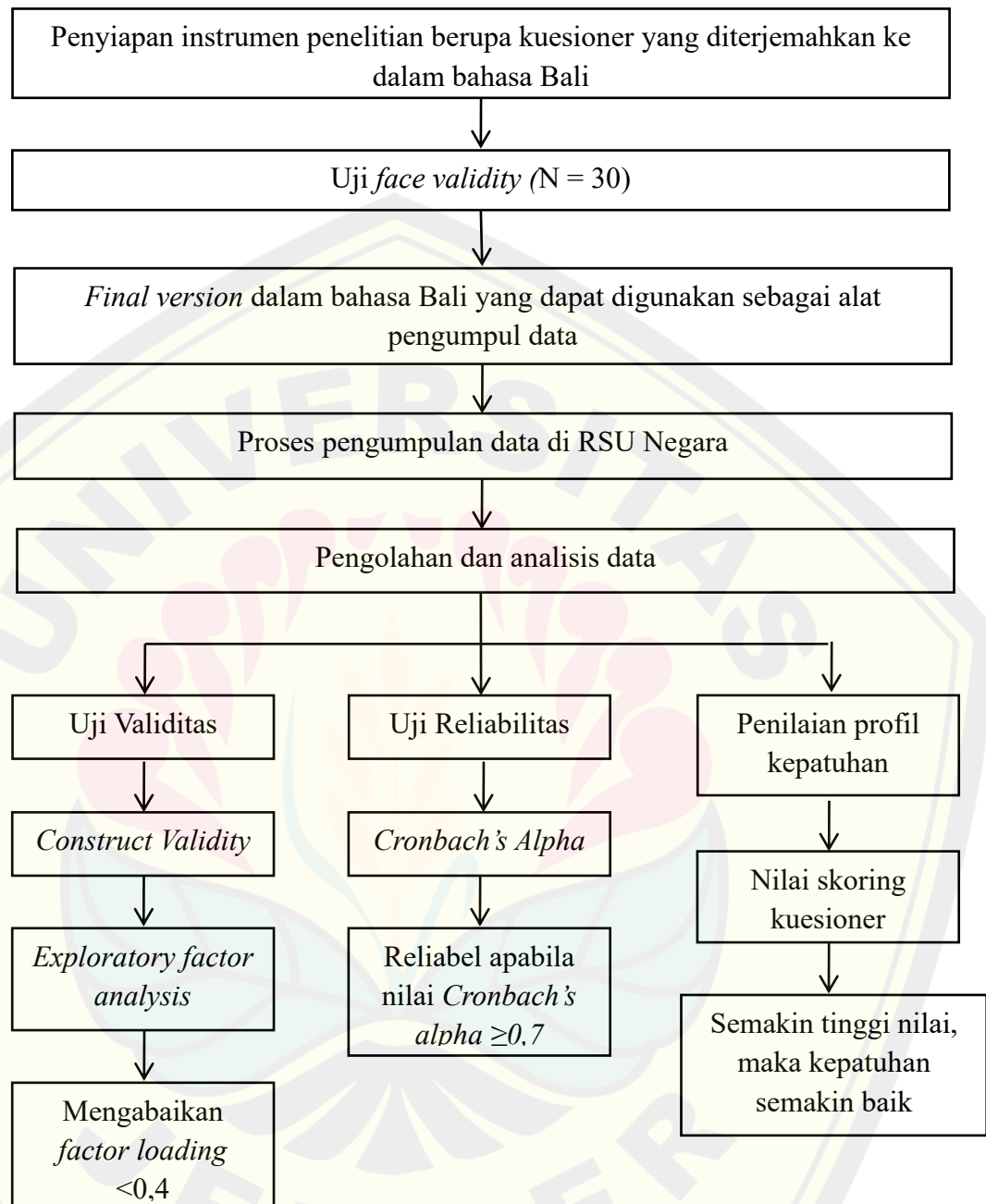
3.12 Kerangka Penelitian

a. Alur Perizinan



Gambar 3.2 Diagram alur perizinan

b. Alur Penelitian



Gambar 3.3 Diagram alur penelitian