

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Jumlah penduduk dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, hal ini merupakan masalah yang cukup serius, tidak saja bagi negara-negara yang berkembang seperti Indonesia tetapi juga negara-negara lain di dunia ini. Di Indonesia laju pertumbuhan penduduk 1.49% per tahun angka setiap tahunnya akan terjadi pertumbuhan penduduk sekitar 3.5 juta lebih per tahun. Dengan demikian jika di tahun 2010 jumlah penduduk 236.6 juta jiwa maka di tahun 2011 bertambah 3.5 juta maka sekarang ada 241 juta jiwa lebih. Jika jumlah penduduk tidak bisa dikendalikan, diperkirakan tahun 2050 penduduk di Indonesia akan mencapai dua kali lipat dari jumlah sekarang dan angka ini melebihi jumlah penduduk Amerika bahkan Cina (BKKBN, 2011).

Tingkat kesejahteraan suatu bangsa ditentukan dengan seberapa jauh gerakan Keluarga Berencana dapat diterima di masyarakat (Manuaba, 1998). Oleh karena itu pemerintah merubah paradigma program Keluarga Berencana Nasional yang semula mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) menjadi visi untuk mewujudkan “Keluarga Berkualitas Tahun 2015”. Keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Saifuddin, 2003).

Gerakan Keluarga Berencana Nasional ini disebarkan ke seluruh daerah di Indonesia termasuk di Kecamatan Kandangan Kabupaten Temanggung. Dengan adanya program ini masyarakat diperkenalkan dengan berbagai jenis alat kontrasepsi, termasuk kontrasepsi oral dan suntik yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan diharapkan banyak kelahiran bayi dari tahun ke tahun dapat dikendalikan. Hal ini kontrasepsi sangat efektif dan memegang peranan penting dalam kontrol ledakan penduduk dunia.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) Jawa Tengah pada Bulan Juni 2011, pola pemakaian kontrasepsi terbesar yaitu

suntik sebesar 65,18%, pil sebesar 16,63%, IUD sebesar 7,68%, implant 13,05%, kondom sebesar 4,09% dan kontrasepsi mantap pria (Medis Operasi Pria/MOP) sebesar 0,23%, kontrasepsi mantap wanita (Medis Operasi Wanita/MOW) sebesar 2,15% (BKKBN, 2011). Dan berdasarkan Data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Kecamatan Kandangan pada Bulan Juni 2011 terdapat 8.059 peserta aktif KB yang terdiri dari akseptor KB suntik (3.692), implant (1.968), IUD (941), pil (760), MOW (461), kondom (142), MOP (95).

Melihat penggunaan kontrasepsi suntik dan oral menunjukkan angka yang banyak dipilih dan kedua metode tersebut memang harus digunakan secara rutin sehingga memungkinkan pengguna akseptor KB akan lupa atau malas, maka penggunaannya harus dipantau secara ketat. Salah satu efek samping kontrasepsi suntik yang ditimbulkan kurang menyenangkan yaitu penambahan berat badan, sehingga hal tersebut menyebabkan turunnya kepatuhan bahkan ada yang menghentikan pemakaian (Halpern & Grimes, 2007). Pentingnya pemantauan kepatuhan tersebut karena banyak perempuan aborsi disebabkan kegagalan kontrasepsi (95,7%) dan wanita yang melakukan aborsi adalah ibu-ibu yang sudah menikah dan 32,20% karena kegagalan penggunaan kontrasepsi yang diakibatkan dari ketidakpatuhan ibu dalam menggunakan kontrasepsi (Fisher & Black, 2007)

Menurut *Whitney HAK, Jr.1993*, ketidakpatuhan tertinggi di Amerika yaitu sebesar 90% adalah penggunaan kontrasepsi. Sedangkan di Kanada sebesar 62% pengguna kontrasepsi oral/pil tingkat kepatuhan penggunaannya jauh dari sempurna sehingga sekitar 28% dari mereka mengalami kehamilan yang tidak direncanakan (Fisher & Black, 2007). Mengingat kepatuhan penggunaan kontrasepsi itu penting untuk menekan angka kelahiran dan mengingat pentingnya penggunaan kontrasepsi yang benar, konsisten, berkelanjutan dan kepatuhan agar kegagalan dapat dihindari (Adams Hillard, 2010), maka peneliti tertarik untuk mengetahui tingkat kepatuhan penggunaan kontrasepsi tersebut.

B. Perumusan Masalah

Seberapa besarkah tingkat kepatuhan penggunaan kontrasepsi oral dan suntik pada ibu-ibu di Kecamatan Kandangan Kabupaten Temanggung?

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui tingkat kepatuhan penggunaan kontrasepsi oral dan suntik pada Ibu-ibu di Kecamatan Kandangan Kabupaten Temanggung.

D. Tinjauan Pustaka

1. Keluarga Berencana

Menurut UU nomer 10 tahun 1992, tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan keluarga sejahtera. Keluarga Berencana merupakan upaya kebijakan dalam rangka mewujudkan pembanguna keluarga sejahtera. Pertimbangan utama amandemen adalah UU No 10/1992 tidak mengakomodasi perubahan zaman, termasuk penanganan kependudukan dan Keluarga Berencana (KB) di era otonomi daerah dan globalisasi (Bappenas, 2004).

Menurut WHO pengertian Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan mengatur interval diantara kehamilan mengontrol waktu saat melahirkan (Hartanto, 2004).

Paradigma baru program Keluarga Berencana nasional telah diubah visinya dari mewujudkan NKKBS menjadi visi untuk mewujudkan “Keluarga Berkualitas Tahun 2015”. Keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan, bertanggung jawab, harmonis dan bertanggung jawab kepada Tuhan Yang Maha Esa. Dalam paradig baru program Keluarga Berencana ini, misinya sangat menekankan pentingnya upaya menghormati hak-hak reproduksi, sebagai upaya integral dalam meningkatkan kualitas keluarga. Keluarga adalah salah satu dari kelima matra kependudukan yang sangat mempengaruhi perwujudan

penduduk yang berkualitas(Saifuddin, 2003). Untuk mewujudkan visi tersebut ada 7(tujuh) prioritas yang akan dilaksanakan, yaitu:

- a. Memberdayakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil berkualitas.
- b. Menggalang kemitraan dalam peningkatan kesejahteraan, kemandirian, dan ketahanan keluarga.
- c. Meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan promosi, perlindungan dan upaya mewujudkan hak-hak reproduksi.
- e. Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan untuk mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender melalui program KB.
- f. Mempersiapkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan usia lanjut.
- g. Menyediakan data dan informasi keluarga berskala mikro untuk pengelolaan pembangunan, khususnya menyangkut upaya pemberdayaan keluarga miskin (Propenas BKKBN, 2003).

Salah satu aspek utama penilaian program KB adalah kualitas pelayanan yang diberikan. Perbaikan pelayanan akan memperbesar jumlah peserta KB yang puas, dan pada gilirannya akan meningkatkan angka prevalensi dan menurunkan tingkat fertilitas. Faktor yang menentukan dalam pelayanan KB yang berkualitas salah satunya adalah sumber daya manusia, baik pengelola, pelaksana maupun pemberi pelayanan KB di lapangan. Secara umum pengetahuan dan kemampuan sumber daya manusia masih bervariasi, sehingga salah satu upaya yang penting adalah meningkatkan keterampilan petugas klinik melalui pelatihan teknis yang berkesinambungan, penerbitan pedoman pelayanan dan *standard operational procedur* (SOP) (Saifuddin, 2003).

Untuk meningkatkan pelayanan keluarga berencana perlu diusahakan perbaikan penyediaan metode kontrasepsi dengan mempertimbangkan terdapat perbedaan kebutuhan pada pasangan dan pribadi berdasarkan usia, paritas, preferensi besarnya keluarga serta wanita dan pria mendapat informasi dan akses terhadap KB yang aman, efektif yang memungkinkan akseptor melakukan pemilihan yang bebas. Peningkatan mutu pelayanan KB menekankan pemberian

informasi dan kualitas hubungan interpersonal yang baik agar klien atau pasien dapat memilih metode efektif, terjangkau, aman, dan cocok (Propenas BKKBN, 2003).

2. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah terjadinya kehamilan, upaya tersebut dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen (Prawirohardjo, 2002). Jadi, pemilihan kontrasepsi adalah menentukan alat atau obat yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma baik yang bersifat sementara maupun bersifat permanen.

Kontrasepsi merupakan cara untuk mengatur kehamilan yang cukup efektif setelah program KB dilaksanakan. Menurut Mumtazah (2007) apabila pasangan usia subur tidak menggunakan kontrasepsi dalam berhubungan seksual dengan pasangannya, sekitar 90% wanita akan hamil dalam waktu 1 tahun. Di Indonesia alat yang telah dikembangkan yang menjadi program adalah: pil, suntik, IUD, implant, MOW serta kontrasepsi pria (BKKBN, 2003).

Menurut Abdul Bari Saifuddin (2003), cara atau metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi:

a. Metode Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Metode ini dilakukan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat atau memotong saluran telur wanita. Keuntungan metode ini yaitu aman, mudah dan hospitalisasi hanya sekali saja. Sedangkan kerugiannya terjadi risiko komplikasi, kejadian infeksi luka operasi.

2) Vasektomi

Metode ini dilakukan melalui tindakan operasi ringan dengan cara mengikat atau memotong saluran sperma pria. Keuntungan metode vasektomi efektif, aman, sederhana dan cepat. Adapun kerugian metode vasektomi memerlukan tindakan operasi yang kadang menyebabkan komplikasi dan biasanya timbul masalah psikologi.

b. Metode Kontrasepsi Efektif Terpilih

1) Kontrasepsi Pil

Kontrasepsi oral (Pil) adalah cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil di dalam stp yang berisi gabungan dari hormon *estrogen* dan *progesteron* atau hanya terdiri dari hormon *progesteron* saja. Macam-macam kontrasepsi pil:

a) Pil Kombinasi

Merupakan pil yang mengandung hormon *estrogen* dan hormon *progesteron*. Jenis dari pil kombinasi ada 3 macam, yaitu:

- (1) *Monofasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (2) *Bifasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- (3) *Trifasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Keuntungan metode pil kombinasi yaitu dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat, siklus haid menjadi teratur, tidak mengganggu hubungan seksual dan mudah dihentikan setiap saat. Tetapi kerugian yang ditimbulkan adalah mahal, akseptor jenuh karena harus setiap hari mengkonsumsi, mengganggu masa laktasi dan tidak dapat mencegah infeksi menular seksual. Metode pil kombinasi juga menyebabkan efek samping yaitu timbulnya jerawat, tidak haid (*amenorrhoe*), perdarahan bercak, mual, sakit kepala, payudara nyeri dan berat badan bertambah.

b) Pil progrestin (Pil Mini)

Berupa pil yang mengandung *progesteron sintetik* dengan dosis rendah. Jenis dari mini pil ada 2 macam, yaitu:

- (1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron.

(2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg norgestrel.

Keuntungan dari mini pil ini dapat mengurangi nyeri haid, dapat mengurangi keluhan *premenstruasi syndrome*, mencegah kanker *endometrium*, efek samping sedikit dan tidak mempengaruhi ASI. Adapun kerugiannya yaitu efektivitas rendah bila diminum bersama dengan obat *tuberculosis* atau obat *epilepsi*, peningkatan/ penurunan berat badan dan tidak melindungi dari infeksi menular seksual. Metode ini juga menimbulkan efek samping yaitu terjadi perdarahan bercak, lama dan volume darah haid berubah dan panjang siklus haid bervariasi.

2) Kontrasepsi Suntik

Pada kontrasepsi suntik terdapat dua senyawa yaitu:

a) DMPA (*Depo Medroxyprogesterone Asetat*) = *Depo Provera*
Mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan.

Keuntungan dari kontrasepsi suntik DMPA adalah efektif, tidak berpengaruh pada ASI, tidak mengganggu hubungan seksual dan dipakai dalam jangka panjang. Dan kerugiannya tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya dan tidak dapat mencegah/ melindungi dari infeksi menular seksual.

Efek samping yang ditimbulkan seperti timbulnya jerawat, terjadi gangguan haid dan peningkatan berat badan.

b) *Depo Noretisteron (Norethindrone Enanthate)* = *Noristerat*

Mengandung 200 mg noretindron enantat, yang diberikan setiap 1 bulan, yang keuntungannya kemungkinan *amenorrhoe* kecil, siklus haid menjadi teratur, perdarahan bercak sedikit dan efek samping lebih cepat menghilang setelah suntikan dihentikan. Sedangkan kerugiannya biaya keseluruhan lebih tinggi, penyuntikan lebih sering dan tidak dapat melindungi dari infeksi menular seksual. Adapun efek samping yang ditimbulkan seperti sakit kepala dan berat badan bertambah.

3) Kontrasepsi Implan

Keuntungan kontrasepsi implant yaitu efektivitas tinggi, tanpa kontrasepsi sementara selama pemakaian, jangka waktu pemakaian lama

dan efek samping segera berakhir setelah implant dikeluarkan, yang kerugiannya membutuhkan tindakan medis, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu dan kadang keluar nanah (pus) atau implant tampak keluar bila terjadi infeksi.

Efek samping yang ditimbulkan dari kontrasepsi implant adalah siklus menstruasi terganggu, terjadi perubahan pola haid dan timbul perdarahan bercak.

4) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Terdapat dua macam penggolongan AKDR atau yang sering disebut IUD (*Intra Uterine Devices*) yaitu yang pertama mengandung logam (Cu IUD), yang keuntungannya efektivitas tinggi, kontrasepsi jangka panjang, dapat dipakai sampai menopause dan tidak mengganggu produksi ASI, sedangkan kerugiannya perlu diganti setelah pemakaian beberapa tahun dan lebih mahal dari pada metode yang lainnya. Dan yang kedua mengandung hormon (*progesterone atau levonorgestrel*)/IUD hormonal. Keuntungannya efektivitas tinggi, berjangka panjang dan membantu mencegah kehamilan ektopik, adapun kerugiannya jauh lebih mahal dibanding Cu IUD, lebih sering menimbulkan perdarahan dan bercak darah.

Efek samping dari kedua jenis ini pada saat pemasangan terasa nyeri, mual muntah, bisa terjadi infeksi dan penyakit radang panggul pada perempuan yang menderita infeksi menular seksual.

c. Metode Kontrasepsi Sederhana

1) Kondom

Kerja dari kondom adalah menghalangi *spermatozoa* masuk ke dalam *traktus genitalia interna* wanita. Keuntungan dari kondom murah, mudah didapat, tidak membutuhkan tindakan medis dan dapat mencegah dari penyakit menular seksual. Sedangkan kerugiannya angka kegagalan relatif tinggi, harus selalu tersedia, perlu menghentikan spontanitas seksual sementara untuk pemasangan.

Efek samping yang ditimbulkan yaitu risiko kondom bocor, pada beberapa orang yang sensitif terhadap bahan karet dapat menimbulkan infeksi dan risiko kondom tertinggal di dalam vagina.

2) Spermisid

Spermisid adalah zat-zat kimia yang kerjanya melumpuhkan *spermatozoa* di dalam vagina sebelum *spermatozoa* bergerak ke dalam *traktus genetalia interna*.

Keuntungan dari spermisid aman, tidak membutuhkan tindakan medis dan dapat digunakan sebagai kontrasepsi cadangan untuk wanita dengan kontraindikasi pemakaian alat kontrasepsi hormonal. Sedangkan Kerugiannya angka kegagalan relatif tinggi, harus digunakan segera sebelum senggama dan pada wanita yang memiliki riwayat alergi dapat terjadi iritasi dan infeksi.

Efek samping yang ditimbulkan dari spermisid terjadi reaksi alergi, sediaan tidak meleleh atau tidak membentuk busa dalam vagina.

3) Diafragma

Merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual sehingga menutup serviks.

Keuntungan diafragma yaitu efektif bila sesuai prosedur pemakaian dan tidak mengganggu produksi ASI. Sedangkan kerugiannya angka kegagalan tinggi, risiko infeksi tinggi dan kepatuhan pasien menentukan keberhasilan.

Efek samping yang ditimbulkan berupa reaksi alergi diafragma, infeksi saluran uretra dan rasa nyeri terhadap tekanan kandung kemih dan rektum.

d. Metode Kontrasepsi Alamiah

1) Senggama Terputus

Adalah mengeluarkan kemaluan pria dari alat kelamin wanita menjelang ejakulasi, yang keuntungannya murah, tidak menggunakan zat kimia, tidak membutuhkan tindakan apapun, tersedia setiap saat dan tidak memiliki efek samping, adapun kerugiannya angka kegagalan cukup tinggi,

mempengaruhi sensasi seksual dan tidak dapat diterapkan pada pria dengan disfungsi seksual.

2) Pantang Berkala

Adalah tidak melakukan hubungan seksual saat istri sedang dalam masa subur. Keuntungannya murah, aman, dapat diterima berbagai kalangan dan menambah komunikasi pasangan suami-istri. Sedangkan kerugiannya kurang efektif, stres psikologis, menghambat spontanitas seksual dan tidak dapat dilakukan pada wanita dengan gangguan siklus menstruasi.

3) Metode Lendir Servik

Adalah metode kontrasepsi dengan melihat lendir dalam vagina untuk mengetahui masa subur pada seorang wanita. Keuntungan metode ini murah atau tanpa biaya dan kerugiannya angka kegagalan cukup tinggi, membutuhkan pengetahuan tentang alat reproduksi, perlu pencatatan setiap hari dan infeksi vagina akan mengganggu penilaian lendir.

3. Kepatuhan

Dalam banyak situasi, upaya memelihara atau menyempurnakan kesehatan tidak mencapai sasaran yang semestinya dapat dicapai dan dengan meningkatkan frekuensi kegagalan mencapai hasil yang diinginkan, merupakan akibat ketidakpatuhan pasien. Pasien tidak patuh pada pengobatan tertulis merupakan suatu masalah global. Beberapa studi menunjukkan bahwa tingkat ketidakpatuhan diatas 50% bahkan dalam situasi yang mengancam kehidupan (Siregar dan Kumulosasi, 2005).

Dalam hal kepatuhan terdapat pengambilan keputusan bersama antara pasien dan tenaga medis dalam terapi yang dijalani. Kepatuhan merupakan hubungan yang saling percaya dimana pasien dan tenaga medis berdiskusi untuk memutuskan pilihan penggunaan yang paling tepat untuk pasien (CMSA,2006).

Kontrasepsi hormonal yaitu oral dan suntik adalah salah satu metode yang efektif,tetapi untuk meningkatkan keefektifannya agar dapat mencegah kehamilan harus membutuhkan kepatuhan penggunaanya secara ketat serta

penggunaannya harus berkelanjutan dan digunakan secara rutin (Steinkellner, 2010).

Beberapa penyebab dari ketidakpatuhan pasien dalam penggunaan obat dapat disebabkan karena faktor pasien sendiri maupun faktor-faktor yang lain, diantaranya:

- a. Faktor penyakit
 - 1) Keparahan atau stadium penyakit, kadang orang yang merasa sudah lebih baik kondisinya tidak mau meneruskan pengobatan
 - 2) Lamanya terapi berlangsung, semakin lama waktu yang diberikan untuk terapi, tingkat kepatuhan semakin rendah
- b. Faktor terapi
 - 1) Regimen pengobatan yang kompleks baik jumlah obat maupun jadwal penggunaan obat
 - 2) Kesulitan dalam penggunaan obat, misalnya kesulitan menelan obat karena ukuran tablet yang besar
 - 3) Efek samping yang ditimbulkan, misalnya: mual, konstipasi dll
 - 4) Rutinitas sehari-hari yang tidak sesuai dengan jadwal penggunaan obat
- c. Faktor pasien
 - 1) Merasa kurang pemahaman mengenai keseriusan dari penyakit dan hasil yang didapat jika tidak diobati
 - 2) Menganggap pengobatan yang dilakukan tidak begitu efektif
 - 3) Motivasi ingin sembuh
 - 4) Kepribadian atau perilaku, misalnya orang yang terbiasa hidup teratur dan disiplin akan lebih patuh menjalani terapi
 - 5) Dukungan lingkungan sekitar atau keluarga
 - 6) Sosio-demografi pasien: umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dll
- d. Faktor komunikasi
 - 1) Pengetahuan yang kurang tentang obat dan kesehatan
 - 2) Kurang mendapat instruksi yang jelas tentang pebgobatannya
 - 3) Kurang mendapatkan cara atau solusi untuk mengubah gaya hidupnya

- 4) Ketidakpuasan dalam berinteraksi dengan tenaga ahli kesehatan
- 5) Apoteker tidak melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan (Siregar dan Kumulosasi, 2005).

4. Pengukur kepatuhan

MMS (*Modified Morisky Scale*) dan CMAG (*Case Management Adherence Guidelines*) adalah assesment yang dilakukan untuk menilai kepatuhan penggunaan obat.

a. MMS (*Modified Morisky Scale*)

Skala *Morisky* awalnya dibuat oleh *Morisky* dan rekan kerjanya pada pertengahan tahun 1980. Pada tahun 1983, skala tersebut dikembangkan berupa daftar pertanyaan singkat untuk membantu praktisi saat memprediksi kepatuhan pengobatan hipertensi. Selanjutnya instrument divalidasi pada sejumlah praktek dan penelitian supaya bisa menjadi alat ukur yang baik (CMSA, 2006).

Penelitian instrument berlanjut untuk diaplikasikan pada jenis terapi penyakit lain termasuk diabetes, paru-paru. Penambahan 2 pertanyaan baru terdiri dari pertanyaan pengetahuan dan motivasi ditambahkan sebagai kreasi MMS (CMSA, 2006).

Tabel 1. Tabel daftar pertanyaan *Modified Morisky Scale* (CMSA,2006)

No	Pertanyaan	Motivasi	Pengetahuan
1	Apakah anda pernah lupa minum/menggunakan obat?	Ya (0) Tidak (1)	
2	Apakah anda kurang begitu perhatian (Ceroboh) dalam menggunakan/meminum obat anda?	Ya (0) Tidak (1)	
3	Apakah anda berhenti menggunakan/meminum obat ketika anda merasa kondisi badan lebih baik/sehat?		Ya (0) Tidak (1)
4	Apakah anda pernah berhenti menggunakan/meminum obat ketika anda merasa bahwa obat yang anda minum/gunakan membuat tubuh merasa tidak enak/memburuk?		Ya (0) Tidak (1)
5	Apakah anda mengetahui manfaat jangka panjang dari obat yang anda gunakan sesuai dengan pemberitahuan dari doker, farmasi/apotek anda?		Ya (0) Tidak (1)
6	Apakah anda pernah kehabisan obat sebelum jadwal kontrol ke dokter berikutnya?	Ya (0) Tidak (1)	

Total skor

Motivasi

0-1 : motivasi rendah

2-3 : motivasi tinggi

Pengetahuan

0-1 : pengetahuan rendah

2-3 : pengetahuan tinggi

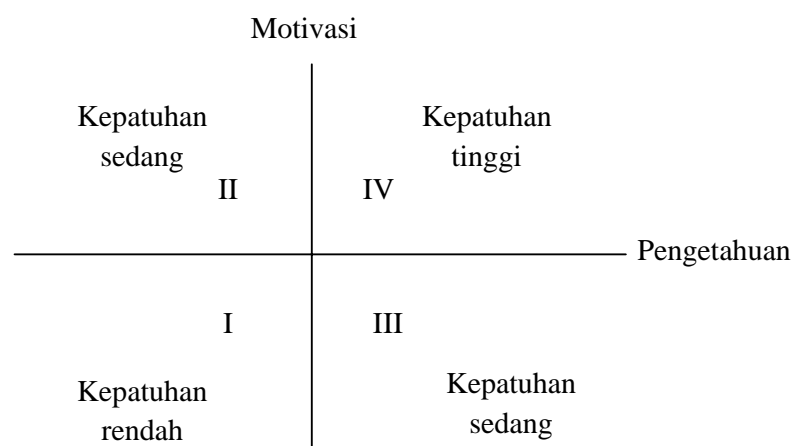
Pertanyaan no 1,2 dan 6 untuk memastikan lupa/kecerobohan yang berhubungan dengan motivasi aspek penggunaan obat. Pertanyaan no 3,4 dan 5 untuk memastikan pasien berhenti berobat, memahami keuntungan jangka panjang dan melanjutkan terapi, berhubungan dengan tingkat pengetahuan aspek kepatuhan penggunaan obat. Jika nilai antara 0-1 baik tingkat pengetahuan atau motivasi, maka tingkat pengetahuan dan motivasi dalam posisi rendah. Jika nilai antara 2-3 baik tingkat pengetahuan atau motivasi, maka tingkat pengetahuan dan motivasi dalam posisi tinggi (CMSA,2006).

b. *CMAG (Case Management Adherence Guidelines)*

Pengetahuan motivasi dan sikap perilaku terhadap terapi obat dapat mempengaruhi secara signifikan kepatuhan penggunaan obat. Baru-baru ini WHO telah mempublikasi suatu model dasar untuk menilai kepatuhan pengobatan yang didasarkan pada informasi pasien, motivasi dan perilaku yang dibutuhkan. CMAG dibuat dari konsep WHO untuk membantu saat menilai, merencanakan, memfasilitasi dan mengadvokasi kepatuhan pengobatan pasien. Seperti guideline memberikan suatu interaksi algoritma manajemen untuk menilai peningkatan pengetahuan pasien secara individu yang dapat dinilai (CMSA, 2006).

CMAG dan alat penyertanya didesain untuk mengidentifikasi motivasi pasien dan kurang pengetahuan yang dapat menghalangi kepatuhan pasien. Guideline akan menyarankan alat dan teknik interaksi yang dapat meminimalkan atau menghilangkan hambatan dan meningkatkan kepatuhan terapi (CMSA,2006^a).

Tujuan akhir dari CMAG adalah menciptakan suatu lingkungan dengan interaksi terstruktur, didasarkan kebutuhan dasar pasien yang menghasilkan tingkat pengetahuan yang tinggi dan motivasi pasien untuk melaksanakan terapi yang tepat. Walaupun CMAG secara khusus diaplikasikan untuk pengobatan, tetapi konsep dan alat yang digunakan dalam guideline dapat diterapkan pada setiap situasi dimana kepatuhan pasien terhadap rencana terapi misalnya latihan fisik, pengurangan berat badan, berhenti merokok, terapi psikologis dibutuhkan untuk mencapai tujuan tersebut (CMSA, 2006). Kepatuhan penggunaan obat terdiri dari 4 kuadran yang berbeda management pasiennya terdiri dari kuadran 1 motivasi rendah tingkat pengetahuan rendah, kuadran 2 motivasi tinggi tingkat pengetahuan rendah, kuadran 3 motivasi rendah tingkat pengetahuan tinggi, kuadran 4 motivasi tinggi tingkat pengetahuan tinggi. Management pasien didasarkan pada tingkat pengetahuan kesehatan pasien (tinggi atau rendah), status motivasi (tinggi atau rendah). Selama periode penilaian, interaksi pasien dan penggunaan alat untuk meningkatkan kepatuhan yang direkomendasikan, tujuannya adalah mempertahankan pasien dalam kuadran 4 dengan tingkat kepatuhan tinggi pada semua obat yang diresepkan (CMSA, 2006).



Gambar 1. Kuadran Case Management Adherence Guidelines (CMSA, 2006)