

KEPATUHAN PASIEN YANG MENDERITA PENYAKIT KRONIS DALAM MENGGUNAKAN OBAT HARIAN

Siti Noor Fatmah Lailatushifah

Fakultas Psikologi Universitas Mercu Buana Yogyakarta

ABSTRAK

Kesembuhan pasien yang menderita penyakit kronis memerlukan kerja sama antara penyedia jasa layanan kesehatan, khususnya dokter yang memberikan resep obat, dan pasien selaku seseorang yang menunjukkan perilaku kesehatan. Hasil kerja sama di antara kedua belah pihak ditunjukkan oleh kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat harian. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mendapatkan pemahaman secara teoritis tentang konsep kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian adalah perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien dengan dokter sebagai penyedia jasa kesehatan. Beberapa aspek yang digunakan untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian adalah frekuensi, jumlah pil/obat lain, kontinuitas, metabolisme dalam tubuh, aspek biologis dalam darah, serta perubahan fisiologis dalam tubuh. Sedangkan faktor-faktor penentu munculnya kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian di antaranya adalah: persepsi dan perilaku pasien, interaksi antara pasien dan dokter dan komunikasi medis antara kedua belah pihak, kebijakan dan praktek pengobatan di publik yang dibuat oleh pihak yang berwenang dan berbagai intervensi yang dilakukan agar kepatuhan dalam mengkonsumsi obat terjadi.

Hasil tulisan ini diharapkan dapat menjadi pemahaman bagi pihak-pihak yang sedang menangani kesembuhan pasien-pasien yang menderita penyakit kronis, khususnya dokter dan perawat serta keluarga pasien, agar kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat harian meningkat, sehingga tingkat kesembuhan pasien juga meningkat.

Kata kunci : kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian, penyakit kronis

Pendahuluan

Penyakit kronis adalah gangguan atau penyakit yang berlangsung lama (berbilang bulan atau tahun), contohnya hipertensi, diabetes melitus, kusta, epilepsi, TBC, AIDS, leukimia, dan sebagainya. Agar proses kesembuhan pasien yang menderita penyakit kronis cepat terwujud, kerja sama antara pasien dan keluarganya dengan penyedia layanan kesehatan, khususnya dokter harus terjalin dengan baik. Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya, misalnya penelitian Schaffer, dkk. (2004), Malbasa, dkk. (2007), Hayers, dkk. (2009) menunjukkan bahwa pada berbagai penyakit kronis, pasien yang tergolong tidak patuh dalam mengkonsumsi

obat lebih dari 50 %, bahkan dalam penelitian Jarbose (2002) menunjukkan bahwa pasien yang tidak patuh pada akhirnya akan diikuti dengan berhentinya pasien untuk mengkonsumsi obat. Ketidapatuhan minum obat dapat dilihat terkait dengan dosis, cara minum obat, waktu minum obat dan periode minum obat yang tidak sesuai dengan aturan. Jenis-jenis ketidapatuhan meliputi ketidapatuhan yang disengaja (*intentional non compliance*) dan ketidapatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non compliance*). Ketidapatuhan yang disengaja (*intentional non compliance*) disebabkan karena keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien, dan ketidakpercayaan pasien akan

efektivitas obat. Ketidaktepatuhan yang tidak disengaja (*unintentional non compliance*) karena pasien lupa minum obat, ketidaktepatuhan akan petunjuk pengobatan, kesalahan dalam hal pembacaan etiket.

Beberapa dampak ketidaktepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat antara lain dikemukakan oleh Hayers, dkk. (2009), yaitu: terjadinya efek samping obat yang dapat merugikan kesehatan pasien, membengkaknya biaya pengobatan dan rumah sakit. Selain hal tersebut, pasien juga dapat mengalami resistensi terhadap obat tertentu. Ada sebagian obat yang bila penggunaannya berhenti sebelum batas waktu yang ditentukan justru dapat berakibat harus diulang lagi dari awal. Untuk penyakit HIV/AIDS, ketidaktepatuhan dapat berakibat pada penekanan virus menjadi tidak sempurna, infeksi terus berlanjut, munculnya jenis virus yang resisten, dan pilihan pengobatan di masa datang menjadi terbatas. Contoh lain pada penyakit TBC, ketidaktepatuhan dalam minum obat yang seharusnya diminum secara berturut-turut selama enam bulan, dapat berakibat penderita TBC harus mengulang pengobatan lagi dari awal meskipun pasien sudah minum selama 1 – 2 minggu berturut-turut. Hal tersebut tentu saja akan memakan waktu dan biaya yang lebih banyak lagi dan kesembuhan pasien menjadi terhambat/lebih lama. Pada kasus hipertensi, kepatuhan minum obat juga akan menurunkan risiko kematian, risiko kerusakan organ penting tubuh dan risiko penyakit jantung. Berdasarkan hal tersebut, beberapa penelitian menunjukkan bahwa agar kepatuhan obat dapat meningkatkan tingkat kesembuhan pasien secara signifikan, tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi obat oleh pasien harus minimal 80% (Schaffer, dkk, 2004), bahkan untuk penyakit tertentu, misalnya pasien yang terkena infeksi HIV/AIDS, tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi obat minimal 90%, sedangkan untuk penyakit leukimia harus minimal 95% (Malbasa, dkk., 2007).

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis. Memperhatikan kondisi tersebut di atas, kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus

dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku ini dapat dilihat dari sejauhmana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik (Frain, dkk., 2009).

Kepatuhan dalam Mengkonsumsi Obat Harian

1. Pengertian Kepatuhan dalam Mengkonsumsi Obat

Terdapat beberapa terminologi yang menyangkut kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, seperti yang dikemukakan oleh Horne (2006), yaitu: *compliance*, *adherence* dan *concordance*. *National Council on Patient Informations & Educations* menambahkan satu istilah lagi, yaitu *persistence*. Menurut *National Council on Patient Informations & Educations*, perbedaan terminologi tersebut berkaitan dengan perbedaan cara pandang dalam hal hubungan antara pasien dan penyedia jasa kesehatan (dokter), termasuk terjadi kebingungan dalam hal bahasa untuk menggambarkan perilaku mengkonsumsi obat yang diputuskan oleh pasien.

Lutfey & Wishner (1999) mengemukakan konsep *compliance* dalam konteks medis, sebagai tingkatan yang menunjukkan perilaku pasien dalam mentaati atau mengikuti prosedur atau saran ahli medis. Horne (2006) mengemukakan *compliance* sebagai ketaatan pasien dalam mengkonsumsi obat sesuai dengan saran pemberi resep (dokter). Horne, dkk. (2005) sebelumnya mengemukakan bahwa istilah *compliance* menunjukkan posisi pasien yang cenderung lemah karena kurangnya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan mengenai obat yang dikonsumsi. Dalam pengertian *persistence*, pasien menunjukkan perilaku yang secara kontinyu/rutin mengkonsumsi obat, yang dimulai dari resep pertama sampai resep berikutnya, dan seterusnya.

Lutfey & Wishner (1999) menjelaskan bahwa dalam pengertian *adherence* lebih tinggi kompleksitasnya dalam *medical care*, yang dicirikan oleh adanya kebebasan, penggunaan inteligensi,

kemandirian oleh pasien yang bertindak lebih aktif dan perannya lebih bersifat suka rela dalam menjelaskan dan menentukan sasaran-sasaran dari treatment pengobatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dalam pengertian *adherence* pasien menjadi lebih kontinyu dalam proses pengobatan. Horne (2006) mendefinisikan *adherence* sebagai perilaku mengkonsumsi obat yang merupakan kesepakatan antara pasien dengan pemberi resep. Dalam pengertian ini, kelebihanannya adalah adanya kebebasan dari pasien dalam memutuskan apakah akan menyetujui rekomendasi dari dokter atau tidak, dan jika terjadi kegagalan dalam proses ini, seharusnya bukan alasan untuk menyalahkan pasien. Pengertian *adherence* berkembang dari pengertian *compliance*, hanya saja dalam *adherence* lebih menekankan pada kebutuhan akan kesepakatan. *National Council on Patient Informations & Educations* (2007) selanjutnya menegaskan bahwa dalam *adherence* perilaku mengkonsumsi obat oleh pasien cenderung mengikuti perencanaan pengobatan yang dikembangkan bersama dan disetujui antara pasien dan profesional.

Selanjutnya Horne, dkk. (2005) dan Horne (2006) menjelaskan pengertian *concordance*, yaitu perilaku dalam mematuhi resep dari dokter yang sebelumnya terdapat hubungan yang bersifat dialogis antara pasien dan dokter, dan merepresentasikan keputusan yang dilakukan bersama, yang dalam proses ini kepercayaan dan pikiran dari pasien menjadi pertimbangan. Dalam *concordance* terjadi proses konsultasi, yang di dalamnya terdapat komunikasi dari dokter dengan pasien untuk mendukung keputusan dalam pengobatan.

Horne, dkk. (2006), lebih merekomendasikan pengertian kepatuhan

dalam mengkonsumsi obat dengan istilah *adherence*, dan hal ini banyak didukung oleh peneliti-peneliti lain, karena adanya keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang pasien inginkan atau harapkan dan keputusan yang wajar tentang pengobatan yang dibuat oleh dokter. Osterberg & Blaschke (2005) juga menyarankan penggunaan istilah *adherence*, karena di dalam pengertian *adherence* juga terdapat pengertian *compliance*, dengan tambahan pengertian bahwa di dalam *adherence* peran pasien cenderung aktif dan terdapat kontrak terapeutik yang terjadi setelah melalui proses komunikasi dan akhirnya terjadi kesepakatan antara kedua belah pihak.

Dari beberapa pengertian yang telah dikemukakan di atas, pengertian kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dalam penelitian ini juga mengacu pada istilah *adherence*, yang dapat disimpulkan sebagai perilaku untuk mentaati saran-saran atau prosedur dari dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului oleh proses konsultasi antara pasien (dan atau keluarga pasien sebagai orang kunci dalam kehidupan pasien) dengan dokter sebagai penyedia jasa medis.

2. Aspek-aspek dan Metode untuk Mengukur Kepatuhan dalam Mengkonsumsi Obat Harian

Sebagai sebuah perilaku, aspek-aspek kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Horne (2006) merangkum beberapa metode untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, seperti yang terdapat dalam Tabel 1. Berikut.

Tabel 1.
Metode-metode untuk Mengukur Kepatuhan dalam Mengonsumsi Obat

Metode	Kekuatan	Kelemahan
a. Metode Langsung		
Observasi langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin
Mengukur tingkat metabolisme dalam tubuh	Objektif	Variasi-variasi dalam metabolisme bisa membuat impresi yang salah, mahal
Mengukur aspek biologis dalam darah	Objektif, dalam penelitian klinis, dapat juga digunakan untuk mengukur placebo	Memerlukan penghitungan kuantitatif yang mahal
b. Metode Tidak Langsung		
Kuesioner kepada pasien/pelaporan diri pasien	Simpel, tidak mahal, paling banyak dipakai dalam seting klinis	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu antar kunjungan dapat terjadi distorsi
Jumlah pil/obat yang dikonsumsi	Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan	Data dapat dengan mudah diselewengkan oleh pasien
Rate beli ulang resep (kontinuitas)	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup
Assesmen terhadap respon klinis pasien	Simpel, umumnya mudah digunakan	Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan
Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui	Mahal
Mengukur ciri-ciri fisiologis (misal detak jantung)	Sering mudah untuk dilakukan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak nampak karena alasan-alasan tertentu
Catatan harian pasien	Membantu untuk mengoreksi ingatan yang rendah	Sangat mudah dipengaruhi kondisi pasien
Kuesioner terhadap orang-orang terdekat pasien	Simpel, objektif	Terjadi distorsi

Berdasarkan Tabel 1. di atas, nampak bahwa untuk mengukur kepatuhan sebagai perilaku, aspek-aspek yang diukur sangat tergantung pada metode yang digunakan, seperti frekuensi, jumlah pil/obat lain, kontinuitas, metabolisme dalam tubuh, aspek biologis dalam darah, serta perubahan fisiologis dalam tubuh.

Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang dinamakan *MMAS* (*Morisky Medication Adherence Scale*),

dengan delapan aitem yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky & Muntner, P, 2009).

Metode lain dikemukakan oleh Krousel-Wood, dkk. (2009), yang membuat formula untuk menghitung kepatuhan dalam mengonsumsi obat yang disebut sebagai *CSA* (*Continuous Single-Interval Medication*

Availability), *MPR (Medication Possession Ratio)* dan *CMG (Continuous Multiple-Interval Medication Gaps)*. *CSA* dihitung dengan membagi jumlah hari diberi obat oleh dokter dengan jumlah hari sebelum mengkonsumsi obat baru pada saat pengobatan berikutnya. *MPR* dihitung dengan membagi jumlah hari yang diberikan oleh dokter antara hari pertama diberi obat sampai hari terakhir obat dikonsumsi dengan total jumlah hari yang secara aktual digunakan untuk minum obat oleh pasien. *CMG* dihitung dengan membagi total jumlah hari tanpa minum obat antara hari pertama dan terakhir minum obat dengan jumlah hari dalam periode yang diberikan oleh dokter.

Coudhry, dkk (2009) mengembangkan *PDC (Proportion of Days Covered)*, yang diperoleh dengan membagi jumlah hari yang diberikan oleh dokter antara hari pertama dan terakhir dengan jumlah hari aktual yang digunakan oleh pasien antara hari pertama sampai terakhir ditambah dengan jumlah hari yang diberikan oleh dokter antar hari pertama sampai terakhir pada saat pemberian resep selanjutnya dibagi dengan jumlah hari aktual yang digunakan oleh pasien untuk mengkonsumsi obat pada periode pemberian resep periode ini, dikalikan 100 persen.

Baik *CSA*, *MPR*, *CMG* maupun *PDC*, nampak bahwa aspek perilaku kepatuhan dalam mengkonsumsi obat adalah mengenai jumlah hari, dengan beberapa variasinya. Berdasarkan beberapa pertimbangan (antara lain kemudahan, metode yang sering digunakan oleh peneliti sebelumnya dan faktor teknis serta biaya), maka dalam penelitian ini aspek-aspek dan metode yang digunakan untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat menggunakan metode skala, yaitu dengan mengadaptasi *MMAS* dari Morisky.

3. Teori-teori Munculnya Kepatuhan dalam Mengkonsumsi Obat Harian

Terdapat tiga teori utama yang dapat menjelaskan munculnya perilaku patuh dalam mengkonsumsi obat, yaitu *Health Belief Model*, *Theory of Planned Behavior*

(Weinman & Horne, 2005) dan *Model of Adherence* (Morgan & Horne, 2005).

a. Health Belief Model (HBM)

HBM menjelaskan model perilaku sehat (misal memeriksakan diri) merupakan fungsi dari keyakinan personal tentang besarnya ancaman penyakit dan penularannya, serta keuntungan dari rekomendasi yang diberikan petugas kesehatan. Ancaman yang dirasakan berasal dari keyakinan tentang keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit dan kerentanan orang tersebut. Individu kemudian menilai keuntungan tindakan yang diambil (misal: berobat akan memperingan simptom), meskipun dibayang-bayangi oleh risiko-risiko dari tindakan yang diambilnya, seperti: takut akan efek samping atau pun biaya perobatan. Berdasarkan dinamika tersebut dapat dipahami bahwa kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan proses yang diawali oleh keyakinan seseorang akan keseriusan penyakitnya, yang berujung pada tindakan untuk berobat ke petugas kesehatan, termasuk kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, walaupun dibayang-bayangi oleh risiko atau efek samping dari tindakan tersebut.

b. Theory of Planned Behaviour (TPB)

Teori ini berusaha menguji hubungan antara sikap dan perilaku, yang fokus utamanya adalah pada intensi (niat) yang mengantarkan hubungan antara sikap dan perilaku, norma subjektif terhadap perilaku, dan kontrol terhadap perilaku yang dirasakan. Sikap terhadap perilaku merupakan produk dari keyakinan tentang hasil akhir (misal: frekuensi kekambuhan epilepsi berkurang) dan nilai yang dirasakan dari hasil akhir tersebut (kondisi jarang kambuh sangat penting bagi orang tersebut). Norma subjektif berasal dari pandangan orang-orang di sekitar tentang perilaku berobat (misal: istri atau suami ingin agar orang

tersebut mengikuti rekomendasi dari dokter), dan motivasi untuk mendukung pandangan-pandangan orang-orang di sekitar tersebut (misal: orang tersebut ingin menyenangkan pasangannya dengan mengikuti rekomendasi dokter). Kontrol perilaku yang dirasakan menggambarkan tentang seberapa jauh orang tersebut merasakan bahwa berperilaku patuh dapat dikendalikannya. Hal ini tergantung keyakinan orang tersebut bahwa dirinya mampu untuk mengontrol tindakannya, misal: persepsi bahwa terdapat sumber internal seperti kecukupan ketrampilan atau informasi, serta sumber eksternal seperti dukungan-dukungan dan hambatan-hambatan yang berasal dari lingkungan sekitarnya.

c. **Model of Adherence**

Morgan & Horne (2005) mengemukakan model *Unintentional Nonadherence* & *Intentional Nonadherence*. *Unintentional Nonadherence* mengacu pada hambatan pasien dalam proses pengobatan. Hambatan-hambatan dapat muncul dari kapasitas dan keterbatasan-keterbatasan sumber-sumber dari pasien, meliputi defisiensi memori (misal: lupa instruksi atau lupa untuk berobat), ketrampilan (misal: kesulitan dalam membuka kemasan/penutup obat atau menggunakan peralatan dalam berobat seperti jarum suntik dan penghisap), pengetahuan (misal: tidak menyadari akan kebutuhan untuk minum obat secara teratur) atau kesulitan-kesulitan dengan rutinitas-rutinitas normal harian.

Intentional Nonadherence menggambarkan cara pasien yang terlibat dalam pengambilan keputusan dalam pengobatan. Pada proses ini tindakan rasional berasal dari keyakinan-keyakinan, kondisi-kondisi, prioritas-prioritas, pilihan-pilihan, dan latihan-latihan, meskipun persepsi dan

tindakan berbeda antara harapan dalam pengobatan dan rasionalitasnya. Barber (2002) lebih lanjut menjelaskan bahwa melalui *Theory of Human Error* dalam organisasi, tindakan *unintentional* dan *intentional* dari pasien, faktor- lokal/internal dan eksternal/organisasional sebagai penyebab *adherence* dan *nonadherence*.

Di samping tiga model tersebut di atas, beberapa peneliti mengemukakan beberapa faktor penyebab seseorang untuk patuh atau tidak patuh dalam mengkonsumsi obat. Misalnya Horne (2006), yang menyampaikan bahwa secara umum terdapat empat hal yang mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, yaitu:

- a. Persepsi dan perilaku pasien (misal: persepsi berat ringannya penyakit, variabel sosiodemografis, trait kepribadian, termasuk keyakinan, sikap dan harapan-harapan yang akhirnya mempengaruhi motivasi pasien untuk mulai dan menjaga perilaku minum obat selama proses pengobatan berlangsung),
- b. Interaksi antara pasien dan dokter dan komunikasi medis antara kedua belah pihak (misal ketrampilan dalam memberi konsultasi dapat memperbaiki kepatuhan, dan pesan-pesan yang berbeda dari sumber yang berbeda ternyata dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam minum obat),
- c. Kebijakan dan praktek pengobatan di publik yang dibuat oleh pihak yang berwenang (misal: sistem pajak dalam resep, deregulasi tentang resep dan hak-hak konsumen dalam proses pembuatan resep),
- d. Berbagai intervensi yang dilakukan agar kepatuhan dalam mengkonsumsi obat terjadi (misal: intervensi yang menggunakan model Teori ASE atau *Attitude-Social Influence-Self efficacy*, yang diterapkan dalam rumah sakit saat perawat kunjungan ke bangsal, perawat meminta pasien mengingat tentang peraturan dalam mengkonsumsi obat,

untuk mengecek ingatan dan juga pemahaman pasien akan informasi yang diberikan, dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan stimulan).

Cara-cara meningkatkan kepatuhan:

- a. Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.
- b. Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- c. Menunjukkan kepada pasien kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya.
- d. Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
- e. Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan.
- f. Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan
- g. Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya.
- h. Adanya dukungan dari pihak keluarga teman dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- i. Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

Kesimpulan Dan Saran

Perilaku kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian merupakan factor psikologis penting dalam menentukan tingkat kesembuhan pasien yang menderita penyakit kronis, sehingga para penyedia jasa layanan kesehatan, khususnya dokter dan perawat serta keluarga pasien harus berusaha keras agar perilaku patuh yang ditunjukkan oleh

pasien muncul berdasarkan atas komitmen yang sebelumnya telah disepakati oleh dokter dan pasien.

Saran yang dapat diajukan adalah dilakukannya berbagai intervensi, baik melalui pendekatan kognitif maupun perilaku agar kesadaran pasien untuk patuh dalam mengkonsumsi obat harian terwujud.

Daftar Pustaka

- Barber, N. 2002. Should We Consider Non-Compliance a Medical Error? *Quality & Safety in Health Care*, 11 (1): 81-84
- Bravley, L. R. & Culos-Reed, S. N. 2000. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Controlled Clinical Trials*, 21: 156s-163s
- Choudry, N. K., Shrank, W. H., Levin, R. L., Lee, J. L., Jan, S. A., Phan, D. Brookhart, M. A. & Solomon, D. H. 2009. Measuring Concurrent Adherence to Multiple Related Medications. *The American Journal of Managed Care*, 15 (7): 457-464
- Frain, M. P., Bishop, M., Tschopp, M. K., Ferrin, M. J. & Frain, J. 2009. Adherence to Medical Regimens: Understanding the Effects of Cognitive Appraisal, Quality of Life & Perceived Fairly Resiliency. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52 (4): 237-250
- Gbenga, O. Mancuso, C. A., Allegrante, J. P. & Charlson, M. E. 2003. Development & Evaluation of a Medication Adherence: Self-Efficacy Scale in Hypertension African-American Patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56: 520-524
- Hayers, T. L., Larimer, N., Adami, A. & Kaye, J.A. 2009. Medication Adherence in Healthy Elders: Small Cognitive Changes Make a Big Differences. *Journal of Aging & Health*, 21 (4): 567-580
- Horne, R. & Kellar, I. 2005. Interventions to Facilitate Adherence. *Report for the*

- national Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery & Organisation R & D (NCCSDO)*. Centre for Health Care Research, University of Brighton, Falmer, Brighton
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliot, R., Morgan, M., Cribb, A. & Kellar, I. 2005. *Concordance, Adherence & Compliance in Medicine Taking*. Centre for Health Care Research, University of Brighton, Falmer, Brighton
- Horne, R. 2006. Compliance, Adherence & Concordance: Implications for Asthma Treatment. CHEST, *Official Publications of American College of Chest Physicians*, 130: 65-72
- Jarbose, K. S. 2002. Treatment Nonadherence: Cases & Potential Resolutions. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 8 (4): 18-25
- Krousel-Wood, M., Islam, T., Webber, L. S., Re, R. N., Morisky, D. E. & Muntner, P. 2009. New Medication Adherence Scale vs Pharmacy Fill Rates in Senior with Hypertension. *American Journal of Managed Care*, 15 (1): 59-66
- Lutfey, K. E. & Wishner, W. J. 1999. Beyond "Compliance" is "Adherence": Improving the Prospect of Diabetes Care. *Diabetes Care*, 22: 635-639
- Malbasa, T., Kodish, E. & Santacrose, S. 2007. Adolescent Adherence to Oral Therapy for Leukimia: A Focus Group Study. *Journal of Pediatric Ontology Nursing*, 24 (3), 139-151
- McAuley, J. W., McFadden, L. S., Elliot, J. O. & Shneker, B. F. 2008. An Evaluation of Self-Management Behaviors & Medication Adherence in Patients with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 13: 637-641
- Morgan, M. & Horne, R. Explaining patient's Behavior. 2005. *Report for the national Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery & Organisation R & D (NCCSDO)*. Centre for Health Care Research, University of Brighton, Falmer, Brighton
- Morisky, D. E. & Muntner, P. 2009. New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Senior with Hypertention. *American Journal of Managed Care*, 15 (1): 59-66
- Osterberg, L. & Blaschke, T. 2005. Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353: 487-497
- Schaffer, S. D. & Tian, L. 2004. Promotion Adherence: Effect of The Theory-Based Astma Education. *Clinical Nursing Research*, 13 (1): 69-89
- Weinman, R. & Horne, R. 2005. Patient Provider Interaction & Health Care Communication. *Report for the national Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery & Organisation R & D (NCCSDO)*. Centre for Health Care Research, University of Brighton, Falmer, Brighton.

