Model Pengambilan Keputusan Meningkatkan Akseptor Keluarga Berencana Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Decision Making Model for Increasing Acceptors Family Planning Long-Term Contraception Method

Suryani Manurung

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta I

Abstrak

Pada periode 2002 – 2012, tren angka fertilitas total mengalami stagnasi sekitar 2,6. *Millenium Development Goals* (MDGs) menunjukkan kemajuan yang baik, tetapi masih memerlukan kerja keras untuk mencapai target tahun 2015. Khususnya upaya untuk mencapai target 102 per 100.000 kelahiran hidup. Metode keluarga berencana (KB) yang banyak digunakan pasien pascapersalinan saat ini adalah metode kontrasepsi jangka pendek seperti pil dan suntik. Sedangkan metode kontrasepsi jangka panjang seperti *intra uterine device* dan *implant* cenderung turun satu poin dari tahun 2002 hingga 2007. Upaya mengatasi masalah yang sedang dialami masyarakat Indonesia saat ini meningkatkan akseptor KB metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP). Model pengambilan keputusan adalah alat yang dikembangkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB di tingkat pelayanan kesehatan primer dan sekunder. Alat tersebut dapat membantu meningkatkan kepuasan pasien, penggunaan jasa konseling, dan pemilihan penggunaan KB MKJP yang aman dan efektif. Model *shared decision making* adalah model pengambilan keputusan yang banyak digunakan, bermanfaat dalam memotivasi pasien memilih perawatan yang tepat dan mempertahankan hubungan terapeutik. Diharapkan jumlah akseptor KB MKJP dapat memenuhi target MDGs 2015.

Kata kunci: Akseptor keluarga berencana, metode kontrasepsi jangka panjang, *millenium development goals*, tingkat kesuburan

Abstract

Trends in total fertility rate from the year 2002-2012, amounting to 2.6 stagnated. Targets of the Millennium Development Goals (MDGs) have shown good progress but still needs to work hard to achieve in 2015. MDGs particular purpose, efforts are needed to achieve the 2015 target of 102 per 100,000 live births. Family planning method that is widely used today are short-term contraceptive methods such as pills or injections. Being a long-term contraceptive methods (LTM) such as *intra uterine device* and *implants* tend to go down one point from the year 2002 to 2007. Efforts to address

the problems being experienced by the people of Indonesia is currently improving family planning acceptors LTM. Decision making model is a tool developed to improve the quality of family planning services at the level of primary and secondary health care. This tool can help increase the patient satisfaction, using counseling services, and the selection use is safe and effective of contraceptive LTM. Model of shared decision making is a decision making model that is widely used, useful in motivating patients choose the proper care and maintain a therapeutic relationship. Expected number of family planning acceptors LTM can meet MDGs targets by 2015.

Keywords: Family planning acceptor, long-term contraception, millenium development goals, fertility rate

Pendahuluan

Tren angka fertilitas total pada periode 2002 – 2012 mengalami stagnasi yaitu sebesar 2,6 (angka kelahiran per 1.000 wanita).¹ Penyebaran angka fertilitas menunjukkan wanita yang tinggal di perkotaan mempunyai total *fertility rate* (TFR) 0,4 lebih rendah dibandingkan dengan wanita di perdesaan yang tersebar pada kelompok usia 25 – 29 tahun, 30 – 34 tahun dan 40 – 44 tahun. Gambaran peningkatan ibu hamil tahun 2010 adalah 4.809.850 yang tersebar di seluruh Indonesia.¹⁻³ Kondisi ini berdampak pada peningkatan jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 sebesar 237.641.326 jiwa, lebih 3,4 juta dari proyeksi sekitar 234,2 juta jiwa.^{1,3} Pada periode 2000 – 2010, terjadi peningkatan laju pertumbuhan penduduk sekitar 1,49% dibandingkan laju pertumbuhan penduduk periode tahun 1990 – 2000 sekitar 1,45%.³

Alamat Korespondensi: Suryani Manurung, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta I, Jl. Wijayakusuma Raya No. 47-48 Cilandak Jakarta Selatan, Hp. 081219969292, e-mail: yani_manru@yahoo.co.id

Di Indonesia, peningkatan jumlah penduduk berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat. Angka kematian ibu dan bayi masih tergolong tinggi. Angka kematian ibu, tahun 2007, sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi sekitar 34 per 1.000 kelahiran hidup, lebih tinggi dibandingkan negara ASEAN yang lain.^{2,3} Angka kematian ibu dipengaruhi oleh proporsi tinggi ibu melahirkan dengan risiko terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat, dan terlalu banyak. Namun, risiko melahirkan terlalu tua memperlihatkan kecenderungan yang meningkat 3,4% dari 1,3%. Pada tahun 2014, diharapkan proporsi melahirkan dengan risiko empat terlalu, menurun 50% dari kondisi yang ada.^{1,4} Berdasarkan target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang telah disepakati tahun 2015, Indonesia diharapkan mampu menurunkan angka kematian ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup.² Dilihat dari pencapaian keberhasilan penurunan angka kematian ibu dan bayi, indikator keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia diharapkan dapat dicapai jika persentase akseptor metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dapat meningkat.⁴

Penyebaran pemakaian alat kontrasepsi pada wanita muda cenderung menggunakan cara keluarga berencana (KB), seperti suntik, pil, dan susuk, sedangkan wanita yang lebih tua cenderung memilih menggunakan kontrasepsi jangka panjang, seperti *intra uterine device* (IUD) dan sterilisasi. Penggunaan kontrasepsi jangka pendek menyebabkan angka kelangsungan pemakaian kontrasepsi cenderung menurun yang berdampak pada peningkatan *fertility rate*.^{3,4} Metode KB yang banyak digunakan pasien pascapersalinan saat ini adalah metode kontrasepsi jangka pendek, seperti pil dan suntik.^{3,4} Pemakaian metode suntik dari tahun 2002 – 2007 cenderung naik empat poin, dari 28% menjadi 32%, sedangkan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implan cenderung menurun satu poin meliputi implan 4% menjadi 3%, dan IUD dari 6% menjadi 5%.⁵ Hal tersebut menunjukkan bahwa pola penggunaan kontrasepsi di Indonesia semakin didominasi oleh metode kontrasepsi hormonal dan bersifat jangka pendek. Salah satu faktor yang dianggap berkontribusi terhadap kecenderungan pemilihan metode kontrasepsi jangka pendek jenis hormonal adalah faktor penerimaan atau *image* terhadap kontrasepsi tersebut.

Pada periode 2002 – 2007, tingkat *drop out* pasien yang menggunakan kontrasepsi jangka pendek jenis hormonal seperti, pil, suntik terus mengalami peningkatan dari 4,2% menjadi 4,5%.^{3,4} Untuk mengatasi permasalahan penduduk saat ini, pemerintah mencanangkan program kontrasepsi MKJP yang merupakan metode kontrasepsi dengan masa efektif yang relatif lama. Metode tersebut dapat digunakan oleh wanita meliputi

metode operasi wanita, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau IUD dengan masa berlaku sampai 10 tahun, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) atau implan dengan masa berlaku tiga tahun.^{5,6} Dalam menjamin hak hidup sehat seluruh bangsa Indonesia, pemerintah bertanggung jawab pada ketersediaan sumber daya yang adil dan merata untuk memperoleh derajat kesehatan tinggi, termasuk pelayanan keluarga berencana. Upaya meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi dan menurunkan *unmet need* dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Hal tersebut diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana, dan penyebarluasan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada masyarakat.⁷

Model pengambilan keputusan dalam kesehatan dapat memengaruhi keputusan yang diberikan oleh pasien dalam pemilihan metode kontrasepsi. Model *shared decision making* adalah salah satu model yang digunakan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam membantu pasien membuat keputusan kesehatan.⁸ Menurut model tersebut, tenaga kesehatan wajib memberikan informasi pasangan keluarga dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat salah satu pilihan keputusan terbaik.^{8,9}

Keputusan pasien dilakukan setelah mendapatkan informasi model kontrasepsi jangka panjang melalui konseling.⁹ Hasil penelitian hubungan pengetahuan dengan pendidikan, konseling, dan konselor, menemukan 60% responden tidak mengetahui model kontrasepsi yang benar. Penelitian ini menunjukkan banyak ruang untuk meningkatkan kualitas keluarga berencana. Wanita berpendidikan lebih tinggi secara bermakna lebih mungkin mengetahui metode kontrasepsi yang digunakan.¹⁰ Penggunaan alat pengambilan keputusan oleh penyedia kesehatan, dan pemberian informasi tentang keluarga berencana, menunjukkan keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan. Komunikasi pasien menjadi meningkat serta kontribusi tenaga kesehatan mengalami pergeseran yang didominasi pada penerapan model *shared decision making*.¹¹

Pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh pelayanan keluarga berencana rumah sakit (PKBRS) dengan media konfirmasi, informasi, dan edukasi (KIE), tetapi tidak menyampaikan cara dan alat yang digunakan untuk pengambilan keputusan IUD *postpartum* atau MKJP.^{12,13} Pemberian KIE dilakukan pada saat calon akseptor hendak menggunakan alat kontrasepsi IUD *postpartum* periode melahirkan. Penerapan model pengambilan keputusan diharapkan dapat membantu pasien memilih alat kontrasepsi MKJP sesuai dengan kebutuhan. Dengan demikian, *total fertility rate* dapat berkurang dan diharapkan dapat mencapai tujuan MDGs pada tahun

2015, antara lain menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Lebih dari 95% pasien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit dua tahun lagi atau tidak ingin menambah anak lagi.⁵ Metode yang dapat digunakan ibu pascapersalinan meliputi metode amenore laktasi (MAL), AKDR, metode operasi wanita (MOW), dan metode KB hormonal (*implant/susuk*) yang tidak mengganggu ASI, suntik (hanya mengandung progesterin), minipil (hanya mengandung progesterin).^{5,6} Kontrasepsi pilihan ibu pascapersalinan adalah metode kontrasepsi jangka panjang yang sesuai prioritas meliputi MOW, AKDR, IUD, dan AKBK.^{5,6} Metode tersebut dapat digunakan jangka panjang sehingga menunda masa kehamilan dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Namun, saat ini, proporsi masyarakat yang menggunakan kontrasepsi jangka panjang memperlihatkan kecenderungan yang menurun, antara lain disebabkan oleh KIE belum mampu menyampaikan informasi kontrasepsi jangka panjang dan konseling yang belum sesuai dengan prosedur.

Konseling MKJP yang sering dilakukan ketika pasien memasuki persalinan sebaiknya dilakukan pada periode kehamilan sehingga pasien dan keluarga dapat mempertimbangkan kebutuhan. Dengan demikian, keputusan yang tepat pasien dan keluarga adalah memilih kontrasepsi jangka panjang. Banyak masyarakat pengguna alat kontrasepsi hanya mendapatkan informasi dari orang terdekat dan mencoba alat kontrasepsi sesuai dengan informasi dari orang lain.¹ MKJP sering dianggap masyarakat sebagai alat kontrasepsi dengan efek samping yang berbahaya. Faktor-faktor tersebut merupakan pemicu masyarakat untuk memilih alat kontrasepsi jangka pendek.⁴ Upaya pengambilan keputusan bersama antara petugas kesehatan dan pasien dalam pemilihan MKJP sesuai dengan prosedur belum maksimal. Sementara, penerapan pengambilan keputusan dalam memilih perawatan yang dibutuhkan dapat membimbing pasien memilih metode yang tepat.^{14,15} Pengambilan keputusan pelayanan kontrasepsi yang diterima pasien mencerminkan prinsip etika dalam pelayanan kesehatan yang termasuk hak menerima atau menolak salah satu kontrasepsi yang ditawarkan dan untuk mengubah keputusan.⁹ Pasien berhak memutuskan alat kontrasepsi yang sesuai, dengan mempertimbangkan keadaan fisik, mental, keyakinan, dan prioritas sesuai dengan usia.¹⁵

Model Pengambilan Keputusan

Pada mulanya, hubungan dokter-pasien dalam memutuskan pelayanan yang diberikan berpusat pada dokter, pasien berperan pasif menerima tindakan medis dan keputusan dokter secara otoritas. Bersamaan dengan

perkembangan standar pelayanan dan penerapan etika kesehatan, hak pasien untuk menerima, menolak atau mengubah keputusan kesehatan tertentu diakui.⁸ Taylor,¹⁶ mengidentifikasi tiga model dalam *health care decision making* meliputi, *paternalism model*, *patient sovereignty model*, dan *shared decision making model*. Dalam *paternalism model*, pemberi pelayanan kesehatan adalah pengambil keputusan utama, dengan pertimbangan pasien tidak mempunyai pemahaman yang memadai tentang perawatan dan pengobatan untuk membuat keputusan yang lebih baik. Profesional tidak menangani secara kompleks dan baik keputusan pasien tentang tindakan pemeriksaan diagnostik dengan teknologi modern saat ini. Pasien seharusnya memahami tindakan diagnostik yang bervariasi sesuai dengan perawatan dan alat teknologi yang digunakan, sehingga pasien dituntut dapat membuat pilihan informasi yang tepat sesuai dengan pilihan sendiri.¹⁶

Pada *patient sovereignty model*, pasien adalah pengambil keputusan utama dalam pelayanan kesehatan. Alasan model ini adalah bahwa dalam memutuskan hal utama tidak ada yang mengetahui lebih baik tentang keseluruhan kesehatan kecuali pasien. Bahaya penerapan model ini adalah tidak ada satu pun yang dapat melindungi pasien dari kelemahan dan penyakit yang perlu dipertimbangkan.¹⁶ Pada *shared decision making model* pasien dan petugas kesehatan bekerja secara bersama-sama dalam pengambilan keputusannya.¹⁶ Dasarnya pasien memerlukan dukungan dan informasi untuk membuat keputusan terbaik yang berhubungan dengan perawatan kesehatan dan tindakan medis. Dari ketiga model tersebut menurut *President's Commission*, penelitian untuk problem etik kedokteran dan *biomedical* dan perilaku tahun 1980, *paternalism model*, *patient sovereignty model* menolak untuk menerapkan model tersebut dan merekomendasikan *shared decision making model*.¹⁶

Penerapan Shared Decision Making Model

Kunci keberhasilan pelaksanaan program keluarga berencana adalah penerapan pengambilan keputusan (*shared decision making model*) yang menjalankan konseling kontrasepsi.^{17,18} Keberhasilan penerapan *shared decision making model* meningkatkan akseptor KB MKJP berada di setiap elemen model, meliputi bertanya, prioritas, menilai, menasihati, pengakuan, membantu, membuat keputusan, dan evaluasi.^{19,20}

Langkah pertama, bertanya adalah wawancara motivasi terpusat pasien yang mengidentifikasi isu empati, pemahaman situasi nyata yang berkembang, efikasi bantuan pemecahan masalah orang lain, resistansi untuk tidak membuat perubahan dan tidak memberi informasi sebelum waktu tanpa izin pasien.^{17,19} Langkah kedua, eksplorasi kebutuhan dan harapan pasien dengan tetap

mempertahankan masalah utama pasien selama fase bertanya. Petugas menolong pasien untuk fokus pada kebutuhan kontrasepsi yang sesuai kondisi.^{17,19} Langkah ketiga, identifikasi hambatan penerapan *shared decision making model* dari petugas dan dari pasien. Langkah keempat, menasihati, bersiap menunda proses kunjungan ulang untuk meminimalkan kesalahpahaman petugas dengan pasien dan keluarga. Petugas menyarankan keuntungan dan risiko informasi yang disampaikan serta memberi waktu untuk berkonsultasi dengan anggota tim, anggota keluarga dan sumber daya masyarakat.^{18,19} Langkah kelima, persetujuan pilihan kontrasepsi pasien sesuai kriteria yang berorientasi bukti pada pasien, nilai *shared decision making* yang dirasakan pasien, berbagai sumber kekuatan dan harapan pasien pada hasil akhir masalah yang dihadapi.^{18,19} Langkah keenam, menyediakan alat bantu pembuat keputusan KB MKJP untuk membantu pertimbangan pilihan dan konfirmasi informasi orang lain. Tahap ini menyajikan pilihan pasien dengan beberapa alternatif meliputi, pro dan kontra pilihan, risiko dan manfaat, suka atau tidak suka, mudah atau penuh tantangan serta penggunaan pilihan jangka pendek atau jangka panjang. Petugas memfasilitasi proses dengan menawarkan alat pembuat keputusan pasien atau *patient decision aids* (PDAs).^{19,20} Langkah ketujuh, membuat keputusan, setelah pasien dan keluarga memahami dan mengenal pilihan, pilihan alat kontrasepsi yang sesuai dengan fisik dan mental.^{19,20} Langkah kedelapan, mengevaluasi proses berupa meninjau ulang keputusan yang dibuat, jika muncul kekhawatiran pada pilihan pasien. Harapan pasien terhadap alat kontrasepsi pilihan perlu dievaluasi, pengalaman menggunakan dan tingkat kepuasan dalam membatasi dan menunda kehamilan.¹⁹

Hambatan petugas kesehatan meliputi pengalaman kurang nyaman, tidak terbiasa dengan kasus yang dihadapi, akses sumber daya terbatas, kendala waktu, keyakinan, dan nilai, dan ketidakmampuan menjalin hubungan. Berbagai kendala tersebut diatasi dengan pertimbangan konsultasi atau rujukan, peninjauan catatan sebelum atau sekarang penjadwalan kunjungan ulang, komunikasi semua keterbatasan dan fokus kembali pada tujuan. mengalihkan perawatan sesuai kenyamanan dan nilai serta memberi waktu untuk membina hubungan yang saling percaya.¹⁹ Hambatan pasien meliputi penafsiran dan kesadaran yang salah terhadap kesehatan. Kesulitan dalam bahasa gangguan persepsi penglihatan, pendengaran, keterbatasan kognitif, gangguan emosional, depresi, gaya pengambilan keputusan, keyakinan dan nilai yang pasien anut, kesenjangan pengetahuan, gangguan transmisi kebisingan atau gangguan fisik. Berbagai hambatan tersebut menggunakan bahasa sederhana yang dapat dipahami, pelayanan interpretasi bahasa melalui kerja sama tim, menanyakan dan menggunakan alat bantu, melibatkan anggota keluarga, identifikasi

emosi kuat selama wawancara, identifikasi tingkat depresi dan kolaborasi pengobatan depresi, penetapan peran pasien dan keluarga serta bantuan pilihan tepat, pemastian pengaruh praktek budaya pasien dan keluarga terhadap pilihan dan keputusan alat kontrasepsi MKJP, perhatian lingkungan internal dan eksternal pasien, penggunaan waktu sebaik mungkin, menilai tingkat pendidikan, pekerjaan dan merujuk jika diperlukan.^{18,19}

Kegiatan penerapan pengambilan keputusan alat kontrasepsi MKJP dalam pelayanan KB di fasilitas pelayanan rumah sakit belum terlihat penerapan di berbagai elemen tersebut serta penerapan konseling MKJP yang maksimal.^{12,13} Seperti yang dinyatakan penelitian sebelumnya, banyak cara meningkatkan kualitas pelayanan keluarga berencana antara lain meningkatkan dan mempertahankan hubungan terapeutik antara pasien dan petugas kesehatan, meningkatkan komunikasi dan memperbaiki alat bantu pengambilan keputusan MKJP.¹⁰ Semua unsur tersebut telah ada dalam *shared decision making model* yang menjalankan kegiatan konseling. Bentuk komunikasi interpersonal khusus membantu membuat keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman klien meliputi fakta-fakta, harapan, kebutuhan, dan perasaan klien merupakan kegiatan konseling.^{10,17}

Konseling Keluarga Berencana

Konseling KB mencakup transfer pengetahuan tentang model dan cara kerja kontrasepsi yang memungkinkan pasien mempunyai pilihan informasi dan meningkatkan kepatuhan penggunaan metode kontrasepsi efektif.¹⁰ Informasi yang lengkap dan cukup memberikan keleluasaan kepada pasien dan keluarga dalam memutuskan pilihan kontrasepsi (*informed choice*) yang digunakan sehingga menurunkan angka *dropout* akseptor KB, menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan dan meningkatkan konsistensi dan ketepatan penggunaan alat kontrasepsi.^{18,19} Selama pemberian konseling, konselor diharapkan mampu mentransfer pengetahuan tentang model kontrasepsi yang tepat, cara kerja metode kontrasepsi terpilih. Dengan demikian, peran konselor dalam konseling KB adalah memastikan pilihan informasi kontrasepsi sudah tepat, membantu klien mempertimbangkan semua aspek masalah untuk pilihan yang cocok dan terbaik.¹⁴

Konseling yang dapat mengubah perilaku pemilihan kontrasepsi diharapkan sesuai dengan prinsip konseling.¹⁹ Konseling menerapkan komunikasi yang diawali dengan interaksi saling percaya pada klien.¹⁷ Nada suara rendah digunakan, kritik dan penilaian dihindari dan dengar dan cermati perasaan atau pesan di balik ucapan, dan hormati kerahasiaan klien. Topik pada konseling harus logis dan sesuai urutan sehingga keseluruhan masalah mampu diidentifikasi. Pertanyaan tertutup yang

tidak memfasilitasi komunikasi harus dibatasi. Dengan pertanyaan terbuka, himpunan informasi kebutuhan pasien yang mengungkap harapan dan kekhawatiran. Informasi yang menarik membantu klien membuat dan melaksanakan keputusan. Pilihan metode KB relatif mudah, tetapi upaya penguatan kebiasaan penggunaan metode terpilih perlu dilakukan secara berkesinambungan. Masalah dan keprihatinan klien perlu diperhatikan tanpa mengabaikan informasi pasien. Pengakuan pasien membina hubungan saling percaya sehingga petugas mendapat informasi kontrasepsi yang diinginkan pasien. Pikiran positif juga diperlukan untuk mendiagnosis masalah terkait pilihan kontrasepsi pasien. Pasien yang defensif mungkin merasa terancam atau tidak nyaman, karena petugas belum memperlihatkan rasa hormat, tidak menerima, atau tidak nyaman. Informasi objektif dan benar harus disediakan. Penggunaan kontrasepsi dengan mendorong pertanyaan pasien, meluangkan waktu, menjawab semua pertanyaan dan kekhawatiran pasien, dan memahami semua informasi harus didukung.

Prinsip konseling yang berikutnya adalah pengidentifikasian hambatan pemilihan dan penggunaan kontrasepsi dengan pertanyaan terbuka dan gunakan bahasa yang mudah dimengerti. Kebenaran isu dengan dikonfirmasi dengan menanyakan asal rumor metode kontrasepsi yang beredar untuk membantu pasien melihat logika rumor tersebut dan pengaruh pada diri sendiri. Kerahasiaan pasien dihormati dengan menjaga kerahasiaan dan memelihara catatan pasien tanpa menilai perilakunya. Alat bantu visual dan perlengkapan kontrasepsi digunakan untuk memahami metode kontrasepsi. Komunikasi nonverbal pasien diperhatikan dengan cermat dengan membatasi penjelasan yang tidak perlu dan penekanan pada yang penting. Sebelum mengembangkan konsep keseluruhan, istilah didefinisikan dan gagasan dikembangkan. Contoh digunakan untuk mengulang informasi penting atau konsep yang sulit. Pasien tidak diperbolehkan diyakini dari pandangan penyedia pelayanan atau memberikan solusi kecuali saran klinis/medis.^{17,18}

Pencapaian Tujuan MDGs 2015

MDGs menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan yang mencakup semua komponen kegiatan dengan tujuan akhir kesejahteraan masyarakat.⁷ KB merupakan salah satu indikator pencapaian target ke-5 MDGs 2015, meningkatkan kesehatan ibu dengan meningkatkan akses wanita usia 15 – 49 tahun yang kawin menjadi akseptor KB dengan MKJP. Sampai tahun 2010, Indonesia mencapai target MDGs yang dikelompokkan dalam tiga kategori, meliputi sasaran yang dicapai, sasaran yang dapat tercapai pada tahun 2015, dan sasaran yang pencapaiannya perlu upaya keras.⁷

Sasaran dari tujuan MDGs yang cenderung maju,

tetapi masih memerlukan kerja keras antara lain adalah MDGs ke-5, angka kematian ibu menurun dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 dan perlu upaya keras untuk mencapai target tahun 2015 sekitar 102 per 100.000 kelahiran hidup.⁷ Program pembangunan kependudukan dan keluarga berencana dalam rangka pencapaian penurunan laju pertumbuhan menjadi 1,1%, *total fertility rate* menjadi 2,1 tahun 2014 dengan strategi salah satunya adalah intensifikasi dan ekstensifikasi pelayanan KB MKJP.^{3,7,8}

Untuk itu perlu upaya mengarahkan pasien menjadi akseptor KB MKJP dengan memperhatikan hak dan psikologis pasien. Proses mengarahkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan sebaiknya dilakukan sejak dini misalnya sejak hamil trimester III dan berakhir pada saat menjelang persalinan. *Shared decision making model* mampu mengubah perilaku dan mengarahkan pasien mengambil keputusan yang tepat dalam perawatan diri.¹¹ Apabila pasien aktif ambil bagian dalam mengelola kesehatan dan perawatan, dia akan berperilaku lebih baik.^{21,22} *Shared decision making* juga dapat mengurangi sejumlah orang memilih perawatan tertentu karena telah mengetahui risiko terkait.²¹⁻²³ Pengukuran bukti pelaksanaan *shared decision making model* menjadi acuan pengembangan *shared decision making model* dalam intensifikasi dan ekstensifikasi pelayanan KB MKJP. Pengukuran dilakukan terhadap penerapan elemen proses pengambilan keputusan, termasuk kesiapan dan kualitas keputusan, serta tindakan yang diberikan.²¹ Strategi meningkatkan *shared decision making* model menciptakan komunikasi dan partisipasi aktif.^{17,23} Dengan demikian, terdapat dua strategi utama yang digunakan untuk membuat orang menjadi aktif meliputi meningkatkan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan dan menyediakan alat bantu keputusan.^{17,20} Mempertahankan hubungan terapeutik yang telah terjalin antara petugas kesehatan dan calon akseptor serta keluarga, memberikan kepercayaan pada pasien untuk memilih KB MKJP yang disarankan sesuai kebutuhan pasien, sehingga diharapkan jumlah akseptor KB MKJP dapat memenuhi target MDGs di tahun 2015.

Kesimpulan

Berbagai upaya dilakukan pemerintah untuk mencapai tujuan MDGs 2015, khususnya tujuan MDGs kelima antara lain menetapkan kebijakan pembangunan kependudukan dan KB, menyusun strategi program KB, memperkuat sumber daya manusia operasional KB serta meningkatkan dukungan sarana dan prasarana program KB. Namun, evaluasi pelaksanaan program pencapaian peserta aktif KB MKJP di tahun 2012 belum sesuai dengan sasaran yang diharapkan. Pelaksanaan program KB MKJP salah satunya adalah IUD *Post Placenta* di

rumah sakit, cara memotivasi pasien untuk menjadi akseptor belum maksimal. Kunci keberhasilan dalam mendorong pasien menjadi akseptor KB adalah kepuasan calon akseptor terhadap informasi KB yang diterima dan proses pengambilan keputusan. Model pengambilan keputusan KB dapat membantu meningkatkan kepuasan pasien dan kualitas pelayanan KB. *Shared decision making* model adalah model pengambilan keputusan yang menjadi pilihan, direkomendasikan dalam pelayanan kesehatan primer dan dapat dikembangkan di Indonesia. Penerapan *shared decision making model* mengarahkan pasien dalam pemilihan alat kontrasepsi dengan memperhatikan aspek psikologis dengan mengarahkan dan menghargai keputusan pasien menjadi akseptor KB MKJP. Dengan demikian, proporsi akseptor KB MKJP diharapkan meningkat, peserta KB yang *drop out* menurun, jumlah kehamilan yang tidak diinginkan menurun dan *fertility rate* menurun, sehingga tujuan MDGs kelima tahun 2015 dapat tercapai.

Saran

Saran untuk pemangku kebijakan dan petugas kesehatan yang menjalankan program KB perlu mengevaluasi model pengambilan keputusan yang dilakukan saat ini. Hal lainnya yakni perlu untuk tetap mempertahankan pasien yang telah menjadi akseptor KB agar terhindar dari adanya *drop out*. Perlu dimaksimalkan semua sumber daya manusia (petugas kesehatan) yang ada di Indonesia untuk dapat menjaring semua penduduk wanita yang masih reproduktif agar ikut menjadi akseptor KB. Perlu adanya penelitian dalam pengembangan dan penerapan *shared decision making* dalam pelayanan kontrasepsi di Indonesia.

Daftar Pustaka

1. Badan Pusat Statistik, BKKBN, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, USAID. Laporan pendahuluan, survei demografi dan kesehatan Indonesia 2012. Calverton, Maryland, USA. Indonesia: BPS dan Macro International; 2012.
2. Pusat Data dan Informasi . Data dan informasi [homepage on the internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: 2011 [diakses tanggal 22 Juli 2012]. Diunduh dari: www.depkes.go.id.
3. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Rakernas pembangunan kependudukan dan KB tahun 2012. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2013.
4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Evaluasi pelaksanaan program kependudukan dan KB tahun 2012. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2013.
5. Affandi A, Gunardi K. Buku panduan praktek pelayanan kontrasepsi. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
6. Direktorat Kesehatan Reproduksi. Keluarga berencana pasca persalinan dan pasca keguguran. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2011.
7. Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional, Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Laporan pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia 2010. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, Badan Perencanaan Pembangunan Nasional; 2010.
8. Légaré F, Stacey D, Graham ID, Elwyn G, Pluye P, Gagnon MP. Open access study protocol advancing theories, models and measurement for an interprofessional approach to shared decision making in primary care: a study protocol. *Journal BMC Health Services Research*. 2009; 8(2): 1472
9. Akerr YA, Melanie GA, Borero S, Santucci A, Schwarz BE. Providers perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care setting. *Journal of Women's Health*. 2010; 19(6): 1163-70.
10. Topsever P, Filiz M, Aladag N, Topalli R, Cigerli O, Gorpelioglu S. Counselling and knowledge about contraceptive mode of action among married women. *Journal BMC Women's Health*. 2006; 6(12): 1-6.
11. Kim YM, Kols A, Martin A, Silva D, Rinehart W, Johnson S, et al. Promoting informed choice: evaluating a decision-making tool for family planning clients and providers in Mexico. *Journal International Family Planning Perspectives*. 2010; 31(4): 162-71.
12. Pusat Penelitian dan Pengembangan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera. Operasional research (OR) IUD pasca plasenta RSUD Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal BKKBN*. 2011; 1(1).
13. Pusat Penelitian dan Pengembangan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera. Operasional research (OR) IUD pasca plasenta RSUD Abdoel Moeloek Lampung. *Jurnal BKKBN*. 2011; 1(2).
14. Hodson P, Seber P. A woman's right to choose counselling. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2009; 28(4): 174-5.
15. Clark NM, Nelson BW, Valerio MA, Gong ZM, Taylor-Fishwick JC, Fletcher M. Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *Journal the Open Nursing*. 2009; 3: 65-75.
16. Nichols HF, Humenick SS. *Childbirth education: practice, research and theory*. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 2000.
17. Epstein RM, Brian AS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *Journal American Medical Association*. 2010; 291(19): 2359-66.
18. World Health Organization. Decision-making tool for family planning clients and providers technical adaptation guide. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; 2006.
19. Departement of Health London. Key element of shared decision making. London: NHS; 2012 [cited 2013 Feb 12]. Available from: <http://healthyquality.va.gov>.
20. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, Collaboration IPDAS. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal*. 2006; 333: 417-9.
21. CAPITA group. Measuring shared decision making a review of research evidence. [cited 2012 Feb 8]. Available from: www.capita.co.uk.
22. Coulter. Implementing shared decision making in the UK a report for the Health Foundation. London: the Health Foundation; 2010.
23. Jared JR, Drake RE. Shared decision-making and evidence-based practice. *Journal Community Mental Health*. 2006; 42 (1): 87-105.