

Research Brief

Mau sampai kapan saya metadon?: Memperkuat layanan program terapi rumatan metadon

ABSTRAK

Permasalahan layanan program terapi metadon (PTRM) utama adalah Pembelajaran yang diperoleh dari penelitian operasional ini yaitu, kurang konsisten dilaksanakannya pedoman pelaksanaan program oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan, kejenuhan klien yang disebabkan karena tidak ada layanan psikososial dalam PTRM yang mengakibatkan tingginya penggunaan napza lain selain metadon, peran staf dan kader puskesmas belum optimal, dan adanya faktor eksternal yang sangat berpengaruh terhadap kapatuhan dalam terapi seperti ketersediaan narkoba, permasalahan keluarga, persoalan hubungan dengan teman. Untuk mengetahui strategi untuk memperkuat layanan PTRM, maka dilakukan sebuah penelitian operasional di empat puskesmas PTRM di DKI Jakarta selama 6 bulan. Penguatan layanan PTRM dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan pemahaman bahwa PTRM merupakan *corrective action* dari pada *curative action* sehingga akan membantu penyedia layanan dan klien untuk konsisten dengan prosedur terapi yang telah ditetapkan. Hasil intervensi dalam penelitian ini telah menunjukkan adanya kecenderungan perubahan kerangka pikir dan intensitas layanan sehingga mampu memberikan pengaruh positif dalam proses pelayanan dan hasil program.

PENGANTAR

Analisa Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) yang dilakukan Kementerian Kesehatan (Kemenkes), melaporkan prevalensi HIV pada kelompok ini berkurang dari 52,4% di tahun 2007 menjadi 42,4% di tahun 2011 (Kemenkes, 2012). Namun STBP 2009 dan 2013 melaporkan peningkatan prevalensi HIV, yaitu dari 27% menjadi 39,5% (Kemenkes, 2014). Hasil STBP 2011 juga menunjukkan bahwa belum semua penasun mengikuti program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*). Contohnya yang mengikuti layanan PTRM dalam satu tahun terakhir dan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) sebesar 50% and 53% di tahun 2011. Selain itu, mayoritas penasun yang menerima metadon dalam satu tahun terakhir masih menggunakan jarum suntik karena belum bisa menghilangkan sensasi menggunakan obat (Kemenkes, 2012).

Program PTRM diluncurkan secara resmi pada tahun 2006, dan pedoman nasional pelaksanaannya diatur dalam peraturan Kemenkes 494/Menkes/SK/VII/2006. Program PTRM diluncurkan dengan mempertimbangkan hasil evaluasi atas ujicoba yang telah dilakukan di dua rumah sakit di Indonesia yang menunjukkan bahwa adanya perubahan perilaku di mana penasun yang mengikuti PTRM berhenti menggunakan obat (Utami et al., 2005). Pada tahun 2013, ada 83 layanan PTRM di sejumlah PKM, rumah sakit, dan lembaga masyarakat di Indonesia (Kemenkes, 2013). Di DKI Jakarta sendiri, ada 18 layanan PTRM yang tersebar di 5 wilayah dengan jumlah penasun yang aktif mengakses layanan tersebut sejumlah 2.457 (Kemenkes, 2013).

Pelaksanaan PTRM di Indonesia belum maksimal dan telah didokumentasikan di beberapa penelitian. Salah satu kendala adalah pelaksanaan PTRM tidak selalu mengacu pada pedoman yang ada (Kemenkes, 2012; Sarasvita, 2009). Kendala yang lain adalah bahwa 83% penasun yang ikut PTRM masih menyuntik, pada saat terakhir menyuntik, 10% masih melakukan praktik menyuntik yang berisiko (Afriandi et al., 2010). Angka *drop out* bagi yang mengikuti PTRM dilaporkan masih tinggi yaitu sekitar 40-50% (Kemenkes, 2013). Isu *drop out* juga terjadi pada penasun yang mengakses PTRM di RSKO, dalam rentang waktu 6 bulan ada 38% penasun yang *drop out* dari program (RSKO, 2005).

Mempertimbangkan belum optimalnya pelaksanaan PTRM di Indonesia, Kemenkes RI Subdit PP & PL bekerja sama dengan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) Universitas Katolik Atma Jaya akan melakukan suatu penelitian operasional untuk memperkuat layanan PTRM dengan memilih sampel layanan di empat puskesmas PTRM di DKI Jakarta. Tahapan penelitian operasional yang dilaksanakan adalah kajian penjajakan

situasi terkini, pengembangan disain intervensi, pelaksanaan intervensi, implementasi rencana tindak lanjut dari intervensi, monitoring dan evaluasi serta pengembangan rekomendasi.

PERMASALAHAN POKOK LAYANAN TERAPI RUMATAN METADON

Hasil kajian penjajakan situasi layanan metadon di empat puskesmas di DKI Jakarta menunjukkan bahwa permasalahan yang muncul dalam penyediaan dan pemanfaatan layanan pada dasarnya bisa dikategorikan menjadi beberapa hal.

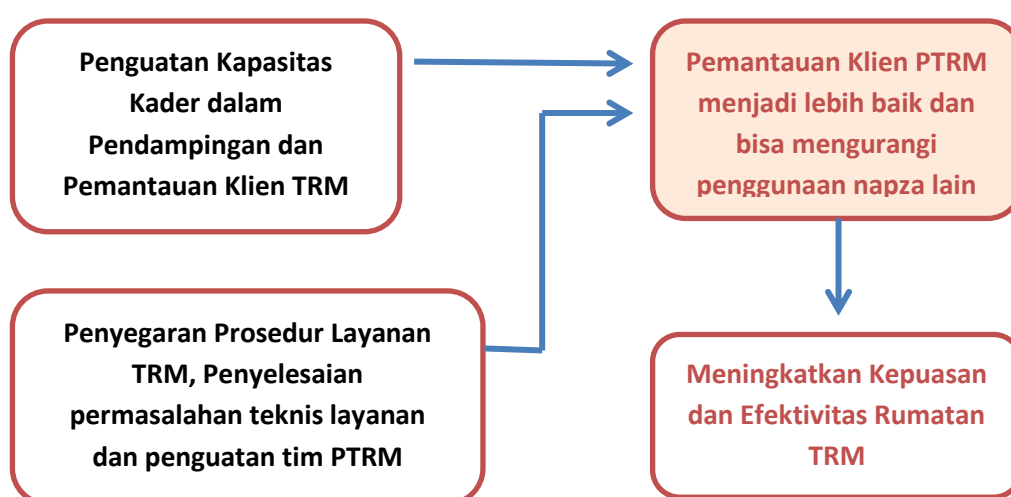
1. Prosedur layanan walaupun sudah disediakan buku pedoman pelaksanaannya ternyata dalam pelaksanaannya masih cenderung kurang konsisten dilaksanakan oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan.
2. Layanan konseling psikososial sebagai pendukung terapi yang diketahui memberikan dampak positif bagi kepatuhan klien mengikuti terapi tidak tersedia di layanan PTRM sehingga muncul permasalahan kejenuhan klien, ketidakpatuhan terhadap proses terapi dan tingkat yang tinggi penggunaan napza selain metadon diantara para klien rumanan.
3. Peran staf dan kader puskesmas belum optimal dilaksanakan dalam pelayanan rumanan metadon yang disebabkan karena terbatasnya staf, kejenuhan dalam memberikan layanan dan terjadinya pergantian staf puskesmas yang cukup sering.
4. Faktor eksternal penyedia layanan yang berpengaruh terhadap kepatuhan klien metadon dalam terapi sehingga terjadi drop out atau menggunakan napza selain metadon seperti ketersediaan napza di lingkungan tempat tinggal atau di sekitar puskesmas, dinamika psikologis dari klien dan meningkatnya operasi penangkapan terhadap pengguna napza di wilayah program.

PENGUATAN LAYANAN PTRM

Tiga permasalahan utama bisa disikapi dengan mengembangkan disain intervensi penelitian operasional yang berfokus pada penguatan kapasitas staf dan kader dalam pelayanan PTRM. Sementara permasalahan terkait faktor eksternal tidak bisa disikapi dalam penelitian ini karena melampaui tujuan dari penelitian ini. Pemahaman tentang PTRM sebagai *corrective action* dari pada sebuah *curative action* dari permasalahan adiksi menjadi dasar dalam pengembanangan kapasitas tersebut

sehingga diharapkan ada kesadaran bahwa penyediaan terapi metadon ini membutuhkan waktu yang lama (Josept et al, 2000; Farell M, et al, 2005; Tilson et al, 2007). Dengan memahami bahwa PTRM merupakan terapi jangka panjang maka diharapkan staf maupun pasien tidak berkehendak untuk secepatnya menyelesaikan terapi tetapi menyadari bahwa terapi tersebut perlu dalam jangka waktu yang tidak terbatas untuk memastikan bahwa klien bisa berfungsi secara sosial secara berkelanjutan. Selain itu, sebagai sebuah *corrective action*, layanan PTRM tidak bisa hanya menggantungkan keberhasilannya pada pemberian metadon semata-mata tetapi harus pula dilengkapi dengan intervensi lain yang berupa intervensi psikososial dan perilaku yang mendorong klien untuk bisa bertahan di dalam terapi dalam jangka waktu yang lama,

Mempertimbangkan bahwa intervensi perilaku dan psikososial merupakan komponen pokok di dalam PTRM maka penelitian operasional ini difokuskan untuk mengembangkan sebuah intervensi yang secara strategis bisa menyikapi keterbatasan layanan dan SDM yang tersedia di masing-masing puskesmas agar bisa melaksanakan fungsi penyediaan layanan yang lebih optimal. Selain itu intervensi ini juga bisa secara langsung berpengaruh terhadap proses pelayanan karena diarahkan untuk menjawab kebutuhan terhadap intervensi perilaku dan psikososial yang selama ini masih sangat minimal dilakukan. Oleh karena itu penguatan kapasitas staf dan kader merupakan langkah intervensi yang dinilai mampu laksana dan mampu hasil dalam meningkatkan retensi dan kepatuhan klien rumatan dan menurunkan penggunaan napza selain metadon. Gambaran intervensi untuk memperkuat layanan PTRM bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Hasil evaluasi intervensi telah mengindikasikan bahwa penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas telah mendorong terjadinya perubahan-perubahan awal di dalam layanan baik secara internal (koordinasi antar staf/kader) dan komunikasi dengan klien rumatan menjadi lebih terbuka. Hal ini misalnya tampak pada tumbuhnya kesadaran kader untuk lebih lebih bertanggung jawab terhadap pekerjaannya, muncul kesadaran untuk tidak hanya memberikan layanan sebagai kegiatan rutin tapi juga memikirkan apa yang dapat dilakukan untuk membuat layanan menjadi lebih baik, membantu klien PTRM, dan melihat pentingnya pemantauan yang lebih sistematis terhadap klien dengan melakukan pencatatan data & informasi penting terkait layanan setiap bulannya (jumlah pasien aktif, DO, rujuk masuk dan keluar, THD). Adanya perubahan awal ini menjadi penting untuk diinstitusionalisasikan ke prosedur layanan di masing-masing puskesmas agar berdampak pada kinerja layanan yang lebih optimal di masa yang akan datang.

Hasil evaluasi juga telah menunjukkan bahwa terapi rumatan metadon ini telah terbukti mampu untuk menekan penggunaan heroin pada klien rumatan yang merupakan tujuan utama dari PTRM. Hal ini tampak pada hasil tes urine dari klien rumatan yang menunjukkan kecilnya jumlah pasien yang menggunakan heroin. Meski demikian, penggunaan alkohol atau napza lain selama mengikuti terapi merupakan hal yang umum ditemukan pada klien rumatan metadon di berbagai tempat. Hasil dari urine tes yang dilakukan oleh puskesmas menunjukkan hal yang sama dimana sekitar 32 persen dari klien masih menggunakan napza selain metadon. Jika dibandingkan antara hasil tes urine sebelum dan sesudah intervensi, penggunaan napza selain metadon pada klien rumatan ini mengalami sedikit penurunan sebesar 7 persen. Meski bukan sebagai kriteria keberhasilan PTRM, penggunaan napza lain ini justru seringkali memperburuk hidup dari klien rumatan metadon karena menyebabkan kematian, masalah kriminal dan juga kestabilan secara psikologis

Beberapa pembelajaran penting telah diperoleh dari pelaksanaan penelitian operasional ini dan bisa digunakan untuk merencanakan program ke depan atau perluasan PTRM di tempat lain. Beberapa pembelajaran tersebut antara lain:

1. Permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan PTRM di empat puskesmas di DKI Jakarta seperti kejenuhan klien dan staf, ketidakpatuhan klien rumatan terhadap terapi yang dilakukan dan penggunaan napza lain merupakan permasalahan yang umum ditemukan dalam pelayanan PTRM di berbagai tempat sehingga upaya untuk melaksanakan intervensi penguatan kapasitas bagi staf dan kader puskesmas bisa diperluas di tempat lain.

2. Keterlibatan pemangku kepentingan seperti dinas kesehatan, KPAP, rumah sakit pengmapu dan puskesmas dalam pengembangan disain intervensi ini pada dasarnya merupakan bentuk kesadaran akan pentingnya untuk mengoptimalkan kinerja PTRM dan sekaligus kemauan untuk melakukan perubahan-perubahan. Penelitian operasional ini hanya bisa dilakukan jika ada kerja sama yang kuat antara peneliti dengan pengelola program.
3. Perlunya penguatan kapasitas semua staf yang terlibat dalam program PTRM untuk membangun sinergi dalam pelayanan PTRM. Penguatan ini bisa dilakukan secara sederhana dengan melakukan lokakarya internal yang diikuti oleh staf dan kader puskesmas yang terlibat dalam program. Narasumber dari luar puskesmas bisa membantu menyegarkan pemahaman staf dan kader atas prosedur layanan dan sekaligus bisa menyediakan alternatif strategi atau cara-cara untuk mengatasi permasalahan layanan yang muncul.
4. Peran kader sebagai fasilitator layanan PTRM bisa diperluas untuk melaksanakan peran dan fungsi manajemen kasus bagi klien metadon sehingga memungkinkan pemantauan yang lebih sistematis dan rutin terhadap perkembangan terapi dari setiap klien rumatan.
5. Institusionalisasi perubahan prosedur layanan khususnya penguatan peran kader menjadi penting untuk dilakukan karena perubahan peran ini menuntut sinkronisasi dan harmonisasi dengan peran dan fungsi staf layanan PTRM yang lain. Institusionalisasi perubahan prosedur ini bisa terlaksana jika ada komitmen yang lebih besar dari koordinator dan kepala puskesmas.
6. Meski secara langsung pengembangan kapasitas ini belum mampu meningkatkan kinerja program secara keseluruhan tetapi telah mampu mempengaruhi puskesmas untuk melakukan pembenahan-pembenahan dalam kerja sama staf dan prosedur layanan khususnya pemantauan klien melalui pencatatan yang lebih sistematis, kesediaan untuk membantu klien dengan menginisiasi intervensi perilaku dan psikososial serta pelaksanaan tes urine yang lebih sering.

REKOMENDASI KEBIJAKAN

Berdasarkan pembelajaran dari proses penelitian operasional tersebut, sejumlah ruang untuk perbaikan program layanan PTRM di masa depan yang bisa diidentifikasi adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan Program

- Kebutuhan layanan penunjang yang mendesak untuk dipenuhi adalah layanan intervensi perilaku dan psikososial yang terbukti meningkatkan efektivitas

intervensi farmakologi. Solusi jangka pendek untuk memenuhi kebutuhan ini adalah meningkatkan kapasitas SDM yang tersedia di puskesmas khususnya kader untuk melakukan intervensi perilaku dan psikososial. Alternatif yang lain adalah mengembangkan kerja sama antara dinas kesehatan dengan fakultas psikologi atau kesehatan masyarakat untuk menempatkan secara terjadwal mahasiswa yang berminat di puskesmas yang menyediakan layanan PTRM. Dalam perencanaan program di masa depan, perlu untuk ditugaskan seorang staf puskesmas untuk bertanggung jawab untuk intervensi ini dengan membekalinya dengan pengembangan kapasitas yang memadai.

- Upaya untuk meningkatkan efektivitas program akan lebih memungkinkan jika melibatkan pemangku kepentingan kunci seperti dinas kesehatan, rumah sakit pengampu dan kelompok klien rumatan. Adanya pembiayaan dari Jamkesda untuk program PTRM ini memungkinkan berbagai perubahan dilakukan. Oleh karenanya advokasi kepada pemerintah daerah terhadap anggaran yang dilakukan untuk melakukan memperkuat layanan PTRM menjadi hal yang prioritas bagi dinas kesehatan. Ketergantungan dari donor seperti dari Global Fund perlu diantisipasi sejak awal sehingga tidak terjadi perubahan layanan ketika bantuan dana ini berhenti.

2. *Prosedur Layanan*

- Secara umum prosedur layanan sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pelaksanaan yang tersedia. Tetapi tidak semua prosedur ini dilaksanakan secara konsisten karena berbagai alasan seperti pemahaman yang berbeda antara staf satu dengan staf yang lain demikian pula antara staf dengan klien. Untuk itu pembahasan berbagai masalah terkait dengan prosedur layanan perlu dikoordinasikan secara rutin diantara staf puskesmas melalui media yang tersedia di puskesmas seperti lokakarya mini bulanan.
- Prosedur pemantauan klien merupakan prosedur yang relatif masih lemah dalam pelaksanaan PTRM. Penilaian terhadap indikator yang digunakan dalam pemantauan klien seperti derajat keparahan gejala putus obat, intoksikasi, penggunaan obat lain, efek samping, persepsi pasien terhadap kecukupan dosis, kepatuhan terhadap regimen obat yang diberikan, kualitas tidur atau nafsu makan perlu dilakukan setiap bulan. Oleh karena dokter cenderung sibuk dengan pelayanan kesehatan yang lain maka perlu adanya upaya untuk melakukan *task shifting* ke perawat atau tenaga kesehatan yang lain atau kepada kader puskesmas. Pemantauan yang seharusnya dilakukan setiap bulan perlu dilakukan secara konsisten agar permasalahan kejenuhan, penggunaan napza lain atau permasalahan psikologi dari klien bisa secara cepat direspon.

3. Peran Staf dan Kader Puskesmas

Staf dan kader puskesmas dalam PTRM perlu memperoleh pengembangan kapasitas secara terus menerus dan konsisten mengingat potensi terjadinya rotasi diantara mereka dan perubahan permasalahan pelayanan yang selalu berkembang. Pentingnya kompetensi ini dirasakan oleh klien rumatan terutama bagi staf baru ditempatkan di PTRM. Secara umum pengembangan kapasitas bagi staf dan kader ini mencakup dua bidang yaitu pemahaman program yang mencakup filosofi, tujuan dan manfaat program dan pengembangan profesionalitas yang mencakup aspek-aspek teknis dari penyediaan layanan PTRM.

4. Monitoring dan Evaluasi

- Monitoring dan evaluasi program yang dilakukan hingga saat ini lebih berfokus pada pelaporan kegiatan layanan ke penyedia dana, rumah sakit pengampu dan dinas kesehatan. Monitoring dan evaluasi yang berfokus pada perkembangan program cenderung tidak dilakukan sehingga upaya perubahan yang diwujudkan dalam perencanaan kerja tahunan juga tidak dilakukan karena tidak tersedianya data tentang kebutuhan dan prioritas layanan yang saat ini muncul. Perencanaan program cenderung hanya mengikuti target-target atau ketersediaan dana yang dialokasikan untuk program tersebut. Untuk itu, maka kapasitas monitoring dan evaluasi dari staf program dan komitmen untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi perlu diperhatikan agar pelayanan menjadi tidak berkembang yang mengakibatkan kejenuhan diantara staf puskesmas.
- Mekanisme lokakarya mini bulanan yang dilakukan oleh puskesmas bisa menjadi media untuk mendiseminasikan hasil monitoring dan evaluasi di tingkat puskesmas. Untuk itu diperlukan instrumen atau panduan untuk melakukan monitoring dan evaluasi secara praktis dan mudah dilakukan oleh staf yang memiliki beban pekerjaan ganda. Instrumen ini diharapkan tidak hanya semata-mata memotret capaian tetapi juga bisa menggali aspek-aspek kualitatif program seperti dinamika klien, kondisi layanan dan kualitas layanan.

RUJUKAN

- Afriandi, I., Istiqomah, AN., Hidayat, T., Saputra, L. (2010). Individual and organizational determinants of risk injecting practice among clients of methadone maintenance treatment program in Indonesia. Bandung: Faculty of Medicine-University Padjajaran.
- Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy* 2005;16:67-75.

- Joseph, H, Stancliff S, Langrod, J, Methadone Maintenance Therapy (MMT): A review of Historical dan Clinical Issues, The Mount Sinai Journal of Medicine, Vol.67 Nos 5 & 6, October/November 2000
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Laporan kasus HIV dan AIDS Triwulan III tahun 2013. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) tahun 2011. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Rumah Sakit Ketergantunga Obat (RSKO). (2005). Laporan Kegiatan Tahunan 2005. Jakarta: RSKO.
- Sarasvita, R. (2009). Treatment retention in methadone maintenance programs in Indonesia: towards evidence-informed drug policy (Thesis). Adelaide: University Adelaide.
- Tilson H, Aramrattana A, Bozzette S. Preventing HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: Institute of Medicine 2007.
- Utami, D.S., et al. (2005). Final report of WHO collaborative study on substitution therapy of opioid dependency and HIV/AIDS: Indonesia site. Jakarta: MOH RI.

PENULIS:

Th. Puspoarum Kusumoputri (arum.theresia@gmail.com)

Gracia Simanullang (gracia2510@gmail.com)

Ignatius Praptoraharjo (praptoraharjo@gmail.com)

Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya

Gedung St. Fransiskus Asisi (K2), lantai 1, ruang K21.08

Jl. Jendral Sudirman Kav. 51 Jakarta 12930 Indonesia

Phone/fax: +62-21-578-54227

<http://www.arc-atmajaya.org>