



UNIVERSITAS KATOLIK INDONESIA
ATMA JAYA

Laporan

PENELITIAN OPERASIONAL: Evaluasi dan Intervensi Pengobatan Terapi Rumatan Metadon (PTRM)

Kerjasama

Ditjen PP&PL Kementerian Kesehatan RI dan
Pusat Penelitian HIV/AIDS (PPH)-Universitas Katolik Atma Jaya

Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya
Jl. Jenderal Sudirman 51 Jakarta
Telp/Fax: (021) 57854227
Website: [www. arc-atmajaya.org](http://www.arc-atmajaya.org)
Email: pph.atmajaya@gmail.com

Daftar Isi

Bab I. Pendahuluan	4
A. Latar belakang	4
B. Tujuan	6
C. Kerangka Penelitian	6
D. Metode penelitian	14
E. Sistematika Laporan	16
Bab II. Situasi Layanan Program Terapi Rumatan Metadon	17
A. Pengantar.....	17
B. Tujuan Kajian Penjajakan	18
C. Metode penelitian	18
A. <i>Desain</i>	18
B. <i>Lokasi Penelitian</i>	18
C. <i>Analisa data</i>	18
D. Hasil Kajian Penjajakan.....	19
a. Tingkat Layanan.....	19
b. Tingkat Klien	37
E. Kesimpulan	48
Bab III. Intervensi	50
A. Pengantar.....	50
B. Permasalahan Strategis dalam Prosedur Pemantauan Klien Rumatan Metadon	52
C. Disain Intervensi Penguatan Pemantauan Klien Rumatan Matadon	56
D. Pelaksanaan Intervensi.....	62
1. <i>Kick Off</i> Intervensi dan Pengumpulan Baseline Data.....	62
2. Pelaksanaan Intervensi	63
E. Monitoring Intervensi	69
Bab IV Evaluasi.....	74
A. Tujuan	74
B. Disain Evaluasi.....	74
C. Pengumpulan Data.....	76

D.	Hasil Evaluasi.....	78
1.	<i>Prosedur Layanan PTRM</i>	79
2.	<i>Cakupan Layanan</i>	81
3.	<i>Pola Penggunaan Napza Klien Rumatan Metadon</i>	84
4.	<i>Tingkat Kepuasan Klien terhadap Layanan dan Kader Puskesmas</i>	91
E.	Kesimpulan Evaluasi.....	95
Bab V.	Pembahasan dan Kesimpulan	98
A.	Pengantar.....	98
B.	Pembahasan.....	98
C.	Keterbatasan Penelitian	103
D.	Kesimpulan	105
E.	Rekomendasi.....	108
Daftar Pustaka	111

Bab I. Pendahuluan

A. Latar belakang

Pengguna jarum suntik (penasun) adalah salah satu kelompok yang rentan terhadap infeksi HIV (UNAIDS, 2013; Aceijas et al., 2004; Pisani et al., 2003). 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).

DKI Jakarta adalah salah satu propinsi dengan kasus HIV dan AIDS yang tinggi di Indonesia. Menurut laporan triwulan III tahun 2014 Kemenkes Ditjen PP & PL, kasus kumulatif HIV di Propinsi DKI Jakarta sampai September 2014 berjumlah 32.782 dan kasus kumulatif AIDS berjumlah 7.477 (Kemenkes, 2012). Sedangkan prevalensi HIV pada penasun sebesar 39,5% (Kemenkes, 2014)

Program PTRM diluncurkan secara resmi pada tahun 2006, dan pedoman nasional pelaksanaannya diatur dalam peraturan Kemenkes 494/Menkes/SK/VII/2006. Program PTRM diluncurkan mengingat gangguan adiksi memerlukan penanganan komprehensif, berproses, dan bersifat jangka panjang. Kemenkes mengeluarkan pedoman PTRM setelah bersama WHO melakukan uji coba di dua rumah sakit yaitu Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), Jakarta dan Rumah Sakit Sanglah, Bali di tahun 2003. Hasil uji coba tersebut menunjukkan adanya perubahan perilaku di mana penasun yang mengikuti PTRM berhenti menggunakan obat (Utami et al., 2005). Penelitian lain tentang keuntungan PTRM menyebutkan bahwa penasun yang positif HIV dan mengikuti PTRM memiliki tingkat kepatuhan minum

Antiretroviral (ARV) yang lebih baik dibandingkan mereka yang tidak ikut PTRM (Rapid Response Service, 2013; Spire et al., 2007).

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. Dalam pedoman dikatakan bahwa penasun yang mengakses PTRM diharapkan tidak mengakses layanan LASS karena mengakses LASS berarti masih menggunakan obat. Tetapi kenyataannya mereka yang ikut layanan PTRM juga mengakses LASS (Kemenkes, 2012; Sarasvita, 2009). Lebih lanjut penelitian di Jawa Barat menunjukkan bahwa 83% penasun yang ikut PTRM masih menyuntik. Bahkan pada saat terakhir menyuntik, 10% masih melakukan praktik menyuntik yang berisiko (Afriandi et al., 2010). Selain itu, masih terdapat perbedaan dalam praktik pemberian dosis yang dibawa pulang. Menurut pedoman, dosis yang dibawa pulang tidak dianjurkan pada 2 bulan pertama, tetapi hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian dosis bawa pulang dalam rentang waktu tersebut dapat membantu mengurangi angka *drop out* (Sarasvita, 2009). 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). Lebih jauh beberapa bukti menunjukkan bahwa isu *drop out* dapat ditinjau dari dua tingkat yaitu tingkat klinik (pemberi layanan) dan klien (pengguna layanan). Misalnya dosis dan frekuensi dosis obat yang dibawa pulang serta kualitas layanan dan kedalaman memberikan konseling merupakan faktor-faktor di tingkat klinik. Sedangkan dari segi klien, faktor-faktor pendukung untuk tetap berada dalam program adalah latar belakang sosial demografi (e.g. tingkat pendidikan), akses ke layanan, jangka waktu mengikuti layanan, persepsi mengenai program, persepsi mengenai bahaya adiksi, keyakinan akan mampu bertahan dalam program, akses ke LASS, serta mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga (Booth et al., 2004; Sarasvita, 2009; Afriandi et al., 2010).

Berkaca dari hasil evaluasi sebelumnya dan melihat kebutuhan untuk mengoptimalkan pelaksanaan PTRM sebagai salah satu upaya pencegahan HIV pada kelompok pengguna napza suntik saat ini, maka pertanyaan operasional yang muncul adalah apa langkah strategis yang perlu dilakukan oleh klien atau penyedia layanan agar PTRM mampu secara lebih efektif dalam

mengatur penggunaan napza, mencegah penularan HIV dan meningkatkan kualitas hidup pengguna napza suntik. Untuk menjawab permasalahan tersebut maka Pusat Penelitian HIV dan AIDS Unika Atma Jaya berkerja sama dengan Kementerian Kesehatan RI telah melakukan sebuah penelitian operasional yang ditujukan untuk menemukan permasalahan strategis dalam pelaksanaan program yang menghambat PTRM untuk mencapai tujuan programnya dan mengujicobakan sebuah intervensi strategis yang diharapkan bisa menjawab permasalahan tersebut.

B. Tujuan

B.1. Tujuan Umum

Meningkatkan efektifitas pengobatan rumatan metadon bagi penasun melalui perbaikan prosedur program.

B.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan evaluasi terhadap layanan PTRM
2. Mendokumentasikan faktor-faktor pendukung dan kendala pelaksanaan PTRM
3. Melakukan uji coba intervensi untuk memperkuat pelaksanaan PTRM
4. Merekomendasikan penyempurnaan pedoman tata laksana PTRM

C. Kerangka Penelitian

1. Terapi Rumatan Metadon

Penghentian atau pengurangan penggunaan napza merupakan cara paling dasar untuk mengurangi risiko penularan HIV yang disebabkan oleh penggunaan napza suntik. Fokus terapi ketergantungan napza adalah menyediakan berbagai jenis pilihan, yang dapat mendukung proses pemulihan melalui berbagai ketrampilan yang diperlukan dan mencegah kekambuhan (*relapse*). Sejumlah modalitas terapi ketergantungan napza baik secara farmakologis maupun keperilakuan telah dikembangkan dan telah dilakukan berbagai evaluasi atas pendekatan-pendekatan tersebut. Bukti yang dievaluasi dengan seksama mendukung pemakaian farmakoterapi untuk mengurangi ketergantungan terhadap opiat dan perilaku menyuntik yang berisiko adalah terapi rumatan metadon (TRM). Dalam *Cochrane Review* pada tahun 2003, sebuah kajian meta analisis terhadap enam *Randomized Clinical Trials* (RCT) yang

dilaksanakan di Asia, Eropa dan Amerika Utara telah menemukan pengurangan penggunaan heroin yang secara statistik bermakna pada individu-individu yang menerima TRM dibanding dengan mereka yang menerima plasebo (Mattick, Breen et al.2003). Sebuah RCT yang dilakukan pada tahun berikutnya juga mendukung bukti ini. Dibandingkan dengan penasun yang masih berada dalam daftar tunggu untuk terapi, partisipan yang memperoleh TRM lebih sedikit memiliki hasil tes urin positif untuk heroin dan melaporkan lebih sedikit dalam pemakaian heroin ($p < 0,001$) (Schwartz et al.2006).

Sejumlah evaluasi tentang TRM sebagai upaya untuk penurunan penularan HIV telah menghasilkan temuan-temuan yang konsisten tetapi juga memiliki keterbatasan-keterbatasan praktis. Beberapa penelitian lain pada klien TRM menunjukkan bahwa penasun yang mengikuti TRM setidaknya satu tahun secara berkelanjutan memiliki kemungkinan lebih kecil untuk mengalami serokonversi (Moss et al.1994); risiko infeksi HIV meningkat sebanyak 50% untuk setiap periode waktu 3 bulan yang dihabiskan di luar TRM (Serpellini & Carrieri 1994); klien yang datang ke layanan TRM secara berkelanjutan lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami serokonversi selama *follow up* meskipun perbedaan ini tidak bermakna secara statistik (Williams et al.1992); klien PTRM yang konsisten mengikuti terapi tujuh kali lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami serokonversi dibandingkan dengan mereka yang tidak mengikuti terapi (Metzger et al.1993).

Terkait dengan bukti efektivitas terapi substitusi opiat (termasuk terapi metadon dan jenis agonis lain) dalam mencegah perilaku berisiko HIV baik secara langsung maupun tidak langsung, Laporan dari Institute of Medicine pada tahun 2007 menyimpulkan bahwa terapi substitusi opiat dengan dosis yang tepat dan diberikan secara konsisten terbukti secara meyakinkan dalam mengurangi penggunaan heroin dan mempertahankan penasun dalam program perawatan napza; mengurangi frekuensi penyuntikan napza dan berbagi jarum secara langsung; dan dapat mengurangi perilaku kriminal.

Agar terapi farmakologi lebih efektif, diperlukan intervensi-intervensi perilaku dan psikososial untuk perawatan dan terapi penggunaan napza suntik mencakup *contingency management*, penguatan kelompok, terapi perilaku kognitif, terapi motivasional, komunitas terapi dan pendekatan-pendekatan pemulihan. Dari berbagai jenis intervensi yang telah diteliti, bukti

paling bermakna dalam upaya menurunkan penggunaan napza adalah pendekatan *contingency management* yaitu sebuah sistem yang menerapkan penghargaan atau *reward* bagi individu untuk tidak menggunakan napza (Tilson et al.2007; Farrell et al.2005). Untuk intervensi terapi opiat, hanya intervensi psikososial dan perilaku yang disertai dengan farmakoterapi yang terbukti sebagai pendekatan efektif untuk mengurangi ketergantungan terhadap napza (Van Den Berg et al.2007; Tilson et al.2007; Farrell et al.2005; Kreek 2000).

Di Indonesia, TRM telah dikembangkan menjadi salah satu program penanggulangan HIV dan AIDS pada pengguna napza suntik sejak tahun 2006 melalui Peraturan Menteri Kesehatan 494/Menkes/SK/VII/2006. Hingga september 2014, telah beroperasi sebanyak 87 layanan PTRM di PKM dan rumah sakit dan sebanyak 18 layanan PTRM di lembaga pemasyarakatan di Indonesia (Kemenkes, 2014). 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).

2. Layanan PTRM

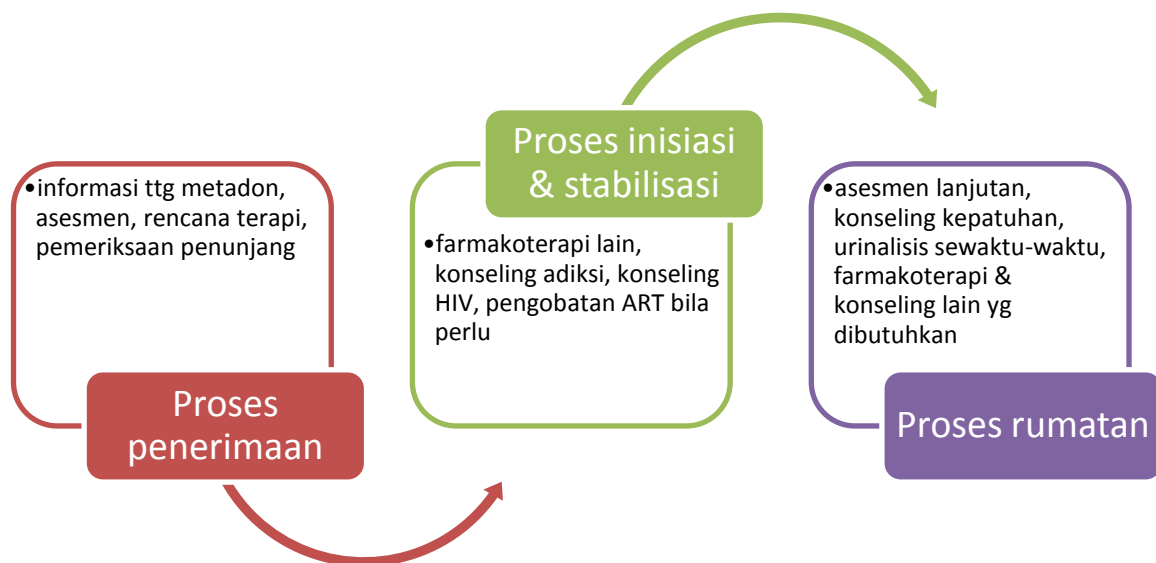
Permenkes No 57 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon menyebutkan bahwa tujuan dari PTRM secara umum adalah untuk mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi bagi penasun. Secara khusus tujuan PTRM adalah:

- a. Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah (Hepatitis B dan C).
- b. Memperkecil risiko overdosis dan masalah kesehatan lainnya.
- c. Mengalihkan dari zat yang disuntikkan ke zat yang tidak disuntikkan.
- d. Mengurangi penggunaan napza suntik yang berisiko, misalnya memakai peralatan suntik bergantian, memakai bermacam-macam napza suntik bersama (*polydrug use*), menyuntikkan tablet atau disaring terlebih dahulu.
- e. Mengurangi dorongan dan kebutuhan pecandu untuk melakukan tindak kriminal.
- f. Memberi konseling rujukan dan perawatan.
- g. Membantu penasun menstabilkan hidupnya dan kembali ke komunitas umum.

Oleh karena bersifat rumatan maka Pelayanan PTRM buka setiap hari, tujuh hari dalam seminggu, dengan jam kerja berorientasi pada kebutuhan pasien, untuk menjamin aksesibilitas. Walaupun demikian, penerimaan pasien baru hanya dapat dilakukan pada hari Senin sampai Rabu, guna penyesuaian pemberian dosis yang terpantau dengan ketat oleh dokter. Penerimaan pasien baru di luar hari Senin sampai Rabu, dapat dilakukan sepanjang tersedia dokter jaga pada akhir pekan. Pelayanan pada hari-hari dapat disesuaikan dan diputuskan secara lokal oleh Rumah Sakit Pengampu dan Dinas Kesehatan setempat, tanpa mengabaikan kebutuhan pasien. PTRM tidak hanya memberikan metadon semata-mata melainkan juga intervensi medis dan psikososial lain yang dibutuhkan pasien.

3. Prosedur Pelayanan TRM

Seseorang yang akan mengikuti terapi rumatan metadon secara umum akan melalui tahapan penerimaan, inisiasi dan stabilisasi, dan rumatan. Terdapat juga ada tambahan prosedur jika seseorang menginginkan perubahan dosis, komplikasi dengan obat lain (misalnya ARV) atau ingin menghentikan terapi secara sistematis. Dalam Permenkes No 57/2013 prosedur terapi yang harus dilakukan oleh penyedia layanan TRM dapat digambarkan sebagai berikut:



a. Tahap Penerimaan

Tahap penerimaan adalah tahap dimana calon klien PTRM akan mengikuti program terapi. Untuk itu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Skrining atas kriteria inklusi calon pasien;
2. Pemberian informasi mengenai PTRM, dengan menggunakan contoh formulir 10 terlampir dan penjelasan bahwa dengan mengikuti PTRM berarti calon pasien juga dianggap telah melakukan lapor diri sebagaimana dimaksud dalam PP 25/2011 tentang Wajib Lapor Pecandu Narkotika;
3. Asesmen dan penyusunan rencana terapi menggunakan formulir asesmen wajib lapor dan rehabilitasi medis;
4. Penjelasan tentang pentingnya keterlibatan keluarga / wali dalam PTRM, agar dapat diperoleh hasil yang optimal;
5. Pengambilan keputusan apakah calon pasien dapat diterima sebagai pasien PTRM atau dirujuk pada modalitas terapi lain yang lebih sesuai dengan kondisi calon pasien berdasarkan proses asesmen.

b. Tahap Inisiasi

Setelah seseorang memenuhi syarat untuk mengikuti terapi berdasarkan asesmen awal, maka dilakukan inisiasi terapi yang berupa pemberian metadon secara minimum. Dosis awal yang dianjurkan adalah 20-30 mg untuk tiga hari pertama. Klien akan diobservasi 45 menit setelah pemberian dosis awal untuk memantau tanda-tanda toksisitas atau gejala putus obat. Jika terdapat intoksikasi atau gejala putus obat berat maka dosis akan dimodifikasi sesuai dengan keadaan.

Metadon harus diberikan dalam bentuk cair dan diencerkan sampai menjadi 100cc dengan larutan sirup. Pasien harus hadir setiap hari di klinik. metadon sesuai resep dokter, akan diberikan oleh tenaga teknis kefarmasian atau perawat yang diberi wewenang oleh apoteker penanggungjawab. Pasien harus segera menelan metadon tersebut di hadapan petugas PTRM. Pasien harus menandatangani buku yang tersedia, sebagai bukti bahwa ia telah menerima dosis metadon hari itu.

c. *Tahap Stabilisasi*

Tahap ini bertujuan untuk menaikkan dosis secara perlahan sehingga memasuki tahap rumatan. Pada tahap ini risiko intoksikasi dan overdosis cukup tinggi pada 10-14 hari pertama. Dosis yang dianjurkan dalam tahap ini adalah menaikkan dosis awal 5-10 mg tiap 3-5 hari. Hal ini bertujuan untuk melihat efek dari dosis yang sedang diberikan. Total kenaikan dosis tiap minggu tidak boleh lebih 30 mg. Apabila pasien masih menggunakan heroin maka dosis metadon perlu ditingkatkan.

Selama minggu pertama tahap stabilisasi pasien harus datang setiap hari di klinik atau –bilamana perlu- dirawat di rumah sakit untuk diamati secara cermat oleh profesional medis terhadap efek metadon (untuk memperkecil kemungkinan terjadinya overdosis dan penilaian selanjutnya).

d. *Tahap Rumatan*

Dosis rumatan rata-rata adalah 60-120 mg per hari. Dosis rumatan harus dipantau dan disesuaikan setiap hari secara teratur tergantung dari keadaan pasien. Selain itu banyak pengaruh sosial lainnya yang menjadi pertimbangan penyesuaian dosis. Fase ini dapat berjalan selama bertahun-tahun sampai perilaku stabil, baik dalam bidang pekerjaan, emosi maupun kehidupan sosial.

e. *Fase Penghentian Metadon*

Metadon dapat dihentikan secara bertahap perlahan (*tapering off*). Penghentian Metadon dapat dilakukan pada keadaan berikut:

1. Pasien sudah dalam keadaan stabil
2. Minimal 6 bulan pasien dalam keadaan bebas heroin
3. Pasien dalam kondisi yang stabil untuk bekerja dan memiliki dukungan hidup yang memadai

Penurunan dosis maksimal sebanyak 10%. Penurunan dosis yang direkomendasikan adalah setiap 2 minggu. Pemantauan perkembangan psikologis pasien harus diperhatikan. Jika keadaan emosi pasien tidak stabil, dosis dapat dinaikkan kembali.

f. Pemantauan Pasien

Pasien diobservasi setiap hari setelah minum dosis pertama terutama untuk tanda-tanda intoksikasi dalam tiga hari pertama. Jika terjadi gejala intoksikasi, dokter harus menilai lebih dulu dosis berikut yang akan digunakan. Dalam bulan pertama terapi, dokter melakukan evaluasi ulang pada pasien minimal satu kali seminggu. Selanjutnya, dokter melakukan evaluasi ulang pada pasien minimal setiap bulan. Penambahan dosis, selalu harus didahului dengan evaluasi ulang pada pasien.

Penilaian yang dilakukan terhadap pasien meliputi:

1. Derajat keparahan gejala putus obat
2. Intoksikasi
3. Penggunaan obat lain
4. Efek samping
5. Persepsi pasien terhadap kecukupan dosis
6. Kepatuhan terhadap regimen obat yang diberikan
7. Kualitas tidur, nafsu makan, dan lain-lain.

Pasien yang mengikuti PTRM yang secara konsisten menggunakan benzodiazepin, kokain, atau amfetamin mempunyai risiko yang signifikan terhadap komplikasi dan mempunyai prognosis yang lebih buruk. Sebagai tambahan, dapat disebutkan bahwa kombinasi alkohol, sedativa dan opiat berjangka kerja pendek (misalnya oksikodon dan hidromorfon) secara nyata meningkatkan risiko kematian akibat overdosis.

g. Kriteria Drop-Out

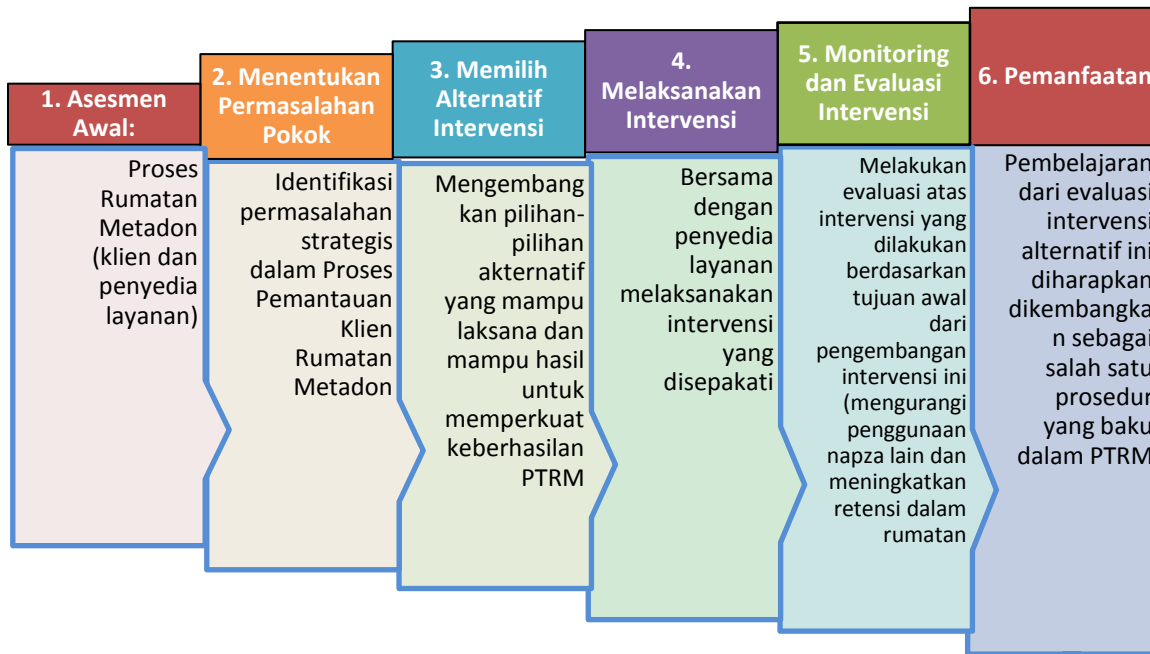
1. Pasien dinyatakan drop-out dari program apabila dalam 7 hari berturut-turut pasien berhenti meminum obat dan tanpa informasi keberadaan.
2. Apabila pasien drop-out berminat untuk kembali menjalani PTRM, perlu dilakukan asesmen ulang, yang disesuaikan dengan kondisi pasien.
3. Apabila pasien drop-out berulang kali dan tetap menyatakan keinginannya untuk kembali menjalani PTRM, lakukan asesmen ulang secara komprehensif dengan formulir wajib lapor untuk meninjau ulang rencana terapi yang lebih sesuai. Selain itu lakukan konseling kepada yang bersangkutan guna meminimalisasi drop-out.

4. Kriteria Keberhasilan Layanan PTRM

- a. Daya tahan pasien dalam satu tahun $\geq 60\%$ dari total pasien dalam 1 tahun
- b. Angka putus terapi (drop out) sebelum 3 bulan $\leq 40\%$ dari total pasien dalam 1 tahun
- c. Dosis rata-rata harian ≥ 60 mg
- d. Jumlah pasien baru setiap bulan
- e. Peningkatan kualitas hidup pasien
- f. Perbaikan status psikiatrik pasien
- g. Penurunan perilaku berisiko terkait penggunaan Napza suntik, perilaku seksual yang tidak aman dan penetrasi kulit lainnya
- h. Penurunan keterlibatan pasien pada tindak kriminalitas

Berdasarkan prosedur terapi rumatan metadon seperti digambarkan di atas maka penelitian operasional ini berfokus pada prosedur pemantauan klien metadon yang sudah mengikuti proses terapi selama beberapa waktu dan telah memasuki tahap rumatan. Permasalahan-permasalahan yang muncul dalam proses rumatan baik dari sisi klien atau penyedia layanan akan diobservasi dan digali dalam penelitian ini agar bisa diajukan alternatif untuk memperkuat proses pemantuan klien. Tujuan akhir dari penguatan prosedur pemantauan klien rumatan metadon ini diharapkan bisa meningkatkan keberhasilan program khususnya mengurangi penggunaan napza lain yang diindikasikan memberikan prognosis negatif

terhadap proses rumatan dan meningkatkan ketaatan (retensi) dalam mengikuti terapi. Gambaran kerangka penelitian operasional untuk memperkuat prosedur pemantauan rumatan klien metadon adalah sebagai berikut:



D. Metode penelitian

Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Propinsi DKI Jakarta di empat PTRM yang berbasis puskesmas yaitu PTRM Gambir, Tanjung Priok, Grogol Petamburan, dan Tambora. Pemilihan PTRM berbasis puskesmas untuk penelitian ini karena puskesmas adalah fasilitas kesehatan yang paling banyak diakses oleh komunitas yang akan diteliti. Selain itu, jumlah pasien yang mengakses layanan di keempat PTRM tersebut lebih tinggi dibandingkan di PTRM lainnya. Hasil penelitian operasional ini dapat menyempurnakan kualitas layanan PTRM. Penelitian ini akan dilakukan pada bulan January-Mei 2014.

Disain

Penelitian ini menggunakan kerangka kerja penelitian operasional yang mengacu pada sejumlah kerangka yang dikembangkan oleh *Global Fund* (2010), *Population Council* (2000) dan *Fisher et al* (2002). Berbagai literatur telah mendefinisikan tentang penelitian operasional

dengan perspektif yang berbeda-beda sesuai dengan latar belakang disiplin yang berbeda-beda pula. Berbagai definisi tersebut pada dasarnya menggambarkan penelitian operasional sebagai penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi secara sistematis permasalahan dalam penyediaan layanan dan mencari berbagai penyelesaian yang potensial sehingga membantu para pengambil keputusan untuk menyempurnakan atau meningkatkan efektivitas dan efisiensi dari program atau intervensi yang sedang dilakukan (Royston, 2011; Fisher et. al, 2002).

Tahapan dan Jadwal Penelitian

Berdasarkan kerangka penelitian seperti digambarkan di atas, maka penelitian operasional dibagi menjadi tiga tahapan yang terdiri dari (1) penjajagan atau assessment atas situasi pelaksanaan program yang akan memungkinkan untuk memperoleh permasalahan strategis di dalam pelaksanaan program khususnya dalam prosedur program; (2) pelaksanaan intervensi dimana fokus dalam tahap ini adalah pengembangan intervensi yang diharapkan mampu menjawab secara langsung dan praktis atas permasalahan program agar memungkinkan kinerja program bisa lebih efektif; (3) evaluasi intervensi dimana akan diketahui seberapa jauh efektivitas intervensi yang dipilih dan telah diujicobaka dalam periode tertentu dalam berkontribusi terhadap efektivitas program. Berbagai pengalaman dalam mengidentifikasi permasalahan, mengembangkan intervensi dan evaluasi intervensi didokumentasikan dalam penelitian ini dan akan dijadikan masukan bagi pengambil kebijakan agar bisa memberikan dasar yang kuat untuk upaya meningkatkan efektivitas program tersebut di tempat lain atau pada program yang lain.



Etika Penelitian

Untuk memberikan perlindungan terhadap kesejahteraan para responden yang terlibat dalam survei ini maka protokol survei ini dimintakan persetujuan etika dari Komisi Etik Universitas Katolik Atma Jaya. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etika dari Komisi Etik Universitas Katolik Atma Jaya pada tanggal 20 Agustus 2014. Persetujuan individual secara tertulis juga akan diminta pada setiap kelompok sasaran.

E. Sistematika Laporan

Laporan ini terdiri dari empat bagian. Bagian I berupa Pendahuluan yang memaparkan tentang konsep dan tahapan penelitian operasional. Bab II memaparkan hasil penjajakan situasi program rumatan metadon termasuk pemantauan klien rumatan metadon. Bab III menyajikan intervensi yang dilaksanakan untuk memperkuat prosedur pemantauan klien rumatan metadon. Bab ini akan dimulai dari penentuan permasalahan strategis dalam prosedur pemantauan klien rumatan metadon, menentukan intervensi yang sesuai dengan permasalahan strategis yang disepakati dan proses pelaksanaan intervensi. Bab IV berisi tentang hasil evaluasi atas intervensi yang dilakukan dan mengidentifikasi berbagai faktor yang mungkin berpengaruh terhadap pelaksanaan intervensi. Bab V memaparkan tentang bahasan atas hasil penelitian, kesimpulan dan rekomendasi.

Bab II. Situasi Layanan Program Terapi Rumatan Metadon

A. Pengantar

Tahapan ini dilakukan untuk memperoleh pemahaman tentang permasalahan atau hambatan dan faktor pendukung yang dihadapi oleh penyedia layanan dalam memberikan pelayanan maupun klien PTRM dalam mengakses layanan PTRM. Tahap penjajagan ini merupakan tahap yang sangat penting dalam proses penelitian operasional karena pada tahap ini permasalahan dalam pelaksanaan program khususnya yang terkait dengan manajemen program akan diidentifikasi dan dikompilasi untuk ditentukan permasalahan strategisnya. Permasalahan strategis yang dimaksud adalah permasalahan pokok yang menentukan efektivitas program. Jika permasalahan tersebut dinilai strategis maka sebuah intervensi yang secara langsung menyikapi permasalahan tersebut bisa menjadi pengungkit (*leverage*) untuk mengatasi berbagai permasalahan lain yang pada akhirnya bisa memberikan kontribusi terhadap meningkatnya efektivitas program.

Untuk memperoleh berbagai permasalahan pelaksanaan program, maka tahap penjajagan akan mengumpulkan data primer dan sekunder. Data primer yang akan dikumpulkan menyangkut pelaksanaan dan kendala-kendala PTRM baik dari sudut pandang pemberi layanan (klinik) dan penerima layanan (penasun). Dari segi klinik, topik yang akan ditanyakan menyangkut tingkat kepatuhan klien, angka *drop out*, kebijakan dosis obat yang diberikan, durasi rata-rata klien mengikuti program, kebijakan pemberian dosis obat yang dibawa pulang, kualitas layanan dan konseling yang diberikan, serta pemahaman pemberi layanan terhadap pedoman PTRM. Dari segi klien, topik yang digali adalah menyangkut pengalaman dalam mengakses layanan, kendala yang dihadapi selama mengakses layanan, dosis obat yang diterima dan kapan mereka bisa bawa obat pulang, persepsi dan pemahaman tentang program, pengalaman *drop out*, serta motivasi untuk ikut dan bertahan dalam program. Sementara data sekunder akan dikumpulkan berdasarkan data program yang dimiliki oleh masing-masing penyedia layanan.

B. Tujuan Kajian Penjajakan

1. Melakukan evaluasi terhadap layanan PTRM;
2. Mendokumentasikan faktor-faktor pendukung dan kendala pelaksanaan PTRM; dan
3. Memberikan masukan terhadap jenis intervensi yang akan dilakukan.

C. Metode penelitian

A. Desain

Desain kualitatif dengan mengumpulkan data primer dan sekunder digunakan dalam tahap penjajakan yang dilakukan pada bulan September sampai November 2014. Data primer yang dikumpulkan menyangkut pelaksanaan dan kendala-kendala PTRM baik dari sudut pandang pemberi layanan (klinik) dan penerima layanan (penasun). Metode pengumpulan data primer untuk penyedia layanan adalah dengan menggunakan wawancara mendalam terhadap lima orang di setiap PTRM yang dipilih yaitu: penanggung jawab (kepala PKM), koordinator program *harm reduction* (HR), perawat, apoteker, dan kader. Sedangkan dari sisi klien, metode pengumpulan data untuk klien menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan jumlah maksimal 8 orang di setiap PTRM dan lama pelaksanaan antara 1 sampai 2 jam. Data sekunder yang dikumpulkan terdiri dari jumlah penasun yang mengakses PTRM, VCT, pengobatan ARV, dosis dibawa pulang, dan ketersediaan sumber daya manusia yang ada di tingkat layanan akan dikumpulkan pada tahap ini.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Propinsi DKI Jakarta di empat PTRM yang berbasis PKM yaitu PTRM Gambir, Tanjung Priok, Grogol Petamburan, dan Tambora. Pemilihan PTRM berbasis PKM untuk penelitian ini karena PKM adalah fasilitas kesehatan yang paling banyak diakses oleh komunitas yang diteliti. Selain itu, jumlah penasun yang mengakses layanan di keempat PTRM tersebut lebih tinggi dibandingkan di PTRM lainnya.

C. Analisa data

Kerangka analisis menggunakan kerangka logika pendekatan induksi (Creswel, 2003) dan prinsip *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998) yang menitikberatkan

pada pengembangan tema dan kategori-kategori yang muncul dalam penelitian. Hasil-hasil verbatim dari diskusi terarah dan wawancara mendalam diklasifikasikan, dikoding, dan dianalisis sesuai topik yang dielaborasi dalam panduan wawancara.

Seperti yang disebutkan sebelumnya, topik yang dielaborasi pada tingkat layanan terdiri dari: 1) karakteristik kelompok informan penyedia layanan; 2) layanan yang biasanya diakses klien PTRM; 3) pemahaman terhadap prinsip dasar PTRM; 4) kebijakan pemberian obat metadon; 5) situasi dan kondisi klien yang mengikuti PTRM; 6) Faktor-faktor pendukung dan penghambat; dan 7) evaluasi dan koordinasi internal.

Sedangkan di tingkat klien (penasun) topik yang digali terdiri dari: 1) karakteristik penasun; 2) persepsi dan pemahaman mengenai layanan PTRM; 3) pengalaman saat pertama kali mengakses layanan PTRM; 4) pengalaman dalam mengakses layanan PTRM saat ini; dan 5) faktor pendukung, tantangan/hambatan, dan harapan.

D. Hasil Kajian Penjajakan

a. Tingkat Layanan

a. Karakteristik kelompok informan penyedia layanan

Ada perbedaan lama bekerja di PKM dan di bidang HIV dan AIDS (khususnya bekerja dengan kelompok penasun) di antara petugas layanan yang diwawancarai dalam penelitian ini. Umumnya kepala PKM baru menjabat kurang dari 1 tahun walaupun variasi lama bekerja di bidang HIV dan AIDS serta kelompok penasun antara 4 sampai 10 tahun. Ada juga koordinator HR dan perawat yang belum setahun bekerja di bidang HIV dan AIDS dan menangani kelompok penasun. Mereka terpapar dengan isu ini saat bekerja di PKM yang bersangkutan. Sedikit berbeda dengan kelompok koordinator HR dan perawat, apoteker dan kader melaporkan waktu yang cukup lama bekerja baik di PKM dan isu ini. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi *turn over* yang cukup tinggi pada staf PTRM, terutama untuk posisi dokter dan koordinator HR. Dari hasil wawancara juga ditemukan bahwa ketika staf baru menjabat sebagai petugas layanan, maka akan terjadi banyak perubahan dalam pelaksanaan PTRM. Hal ini dikonfirmasi oleh kelompok penasun (*lihat hasil pada tingkat klien*).

Dilaporkan bahwa hampir semua staf PTRM sudah mendapat pelatihan, baik mengenai HIV, ARV, maupun napza. Namun demikian, di beberapa tempat dilaporkan belum ada pelatihan khusus tentang PTRM. Beberapa staf bahkan mengatakan bahwa pada awal bekerja di layanan PTRM, mereka banyak belajar langsung dari staf lama tanpa diikutkan dalam pelatihan.

"Itu juga otodidial, itu belum pelatihan sama sekali. Hanya dari senior-senior aja kasih tau caranya begini, gini, gini.. Setahun metadon baru aku ikut pelatihan."

Berdasarkan informasi dari para staf PKM yang diwawancarai, penyediaan pelatihan rutin untuk staf merupakan tanggung jawab Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan namun seringkali informasi mengenai pelaksanaannya tidak terlalu jelas, staf PKM biasanya hanya menunggu undangan dari Dinas Kesehatan atau Kementerian Kesehatan untuk bisa mengirimkan perwakilan sebagai peserta pelatihan.

"Nah itu kalau rutin ga rutin kan kita ga pernah terinfo, harusnya Dinas Kesehatan he-eh, Dinas Kesehatan atau kita menunggu dari Kementerian Kesehatan..." (Kepala PKM)

Dijelaskan juga bahwa pelatihan untuk staf PKM memang diadakan setiap tahun, namun pemilihan peserta pelatihan yang akan dilibatkan tergantung pada anggaran dan giliran (berdasarkan wilayah PKM mana yang ditetapkan mendapat jatah pelatihan tahun itu). PKM yang dipilih untuk mendapat pelatihan biasanya yang dirasa masih membutuhkan bimbingan dan peningkatan kapasitas.

"Kita ga tau.. Jadi kami hanya membuat rencana DIKLAT, rencana training ya kan? Itu dari Training Need Assessment dari teman-teman nih, dari kebutuhan organisasi lah kira-kira apa yang mau dilatihkan? Siapa yang mau dilatih? Kita punya tuh rencana training, nah tapi kapan pelaksanaannya nah kita ga pernah tau, yang penting orang siapa yang akan dikirim sudah ada. Begitu ada pelatihan ini, oke! Si anu. Karena dia udah terdaftar di.. di itu.. di schedule training kita udah ada."

".....Jadi misalnya, Jakarta Pusat SUDIN misalnya, eh SUDIN ga pernah ya, Dinas lah, kita punya.. kita 44 PKM kecamatan, mungkin ga 44 nya dapet kan? Mungkin pesertanya Cuma 30 berarti kan harus dipilih tuh. Mungkin Gambir karena udah settle dia cari lagi supaya lebih pengembangan PKM lain gitu." (Kepala PKM)

Selain menunggu giliran dari Dinas Kesehatan, para staf PTRM juga perlu menunggu giliran di antara mereka sendiri. Terkadang mereka juga perlu menggantikan tugas yang lain sehingga tidak bisa mengikuti pelatihan. Selain Dinas kesehatan dan Kementerian Kesehatan, Rumah

Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) juga disebutkan oleh beberapa responden menjadi RS pengampu yang juga mengadakan kegiatan peningkatan kapasitas untuk staf PKM. Namun berapa banyak dan PKM mana saja yang dilibatkan tergantung pada ketersediaan anggaran dan penilaian apakah staf PKM tersebut masih membutuhkan pelatihan.

"RSKO itu termasuk pengampu ya, mereka monev ke kita, monitoring ke kita, tapi kita juga.. ga bisa nanya, itu kan tergantung anggaran juga semua kan. Jadi mungkin kalau proaktif kita nanyanya "kapan ada pelatihan.. ini petugas? Buat perawat, buat dokter kapan?" itupun nanti kalau pesertanya Jakarta Pusat dapet jatah. Bisa jadi mereka yang kali ini utara sama selatan berarti pusat lewat, ga dapet."

Rumah sakit pengampu selain menyediakan peningkatan kapasitas dalam bentuk pelatihan dan pendidikan, juga berfungsi secara rutin melakukan kunjungan dan mengawasi perkembangan program layanan.

Peningkatan kapasitas dan pembekalan bagi staf PTRM, yang biasanya diberikan dalam bentuk pelatihan ataupun seminar, dapat dilihat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pemahaman staf terhadap tujuan, tata laksana program, serta aturan-aturan yang boleh dan tidak boleh diberlakukan dalam program. Hal ini pada akhirnya juga mempengaruhi proses pengambilan keputusan yang diperlukan dalam pelaksanaan program.

"Nah di PTL (pedoman tata laksana) nya sendiri, jadi mungkin karena Dokter Ali (koordinator HR, bukan nama sebenarnya) juga belum pelatihan, jadi kan dia panduannya buku. Kalau nggak panduannya buku, misalnya dia mau mempermudah orang, misalnya gitu yaa. Tapi menurut farmasi, nggak bisa, ini harus begini aturannya. Nah farmasinya udah pelatihan duluan, nah secara keterlibatan mental gitu, Dokter Ali nggak tahu bahwa ini nentang sekali lho bikin kebijakan kayak gini, misalnya gitu lho, karena dia belum pelatihan. Jadi saya pikir, dia Cuma tahu kalau itu nggak boleh, tapi sejauh mana nggak boleh, bisa dinego sedikit ngga aturannya, nah itu dia nggak tahu kalau itu betul-betul nggak boleh" (Kepala PKM)

"Mungkin kalau bisa kan, kalau ada pelatihan itu kan dokter sama apoteker itu kan pelatihan. Jadi pedoman peraturan itu sama. Gak ada pro kontra, gitu. Jadi entar kata apoteker, kata orang yang [1 kata tidak jelas] kayak gini, oh itu gak boleh, begini begini. Terus kata dokter, oh dia mau ini, buat kerja dia, kasih aja. Jadi gak mau aja pro kontra. Harus ada pelatihannya, yang saya liat. Kalo kita kan namanya orang ada dibawah kan gak pernah ikut campur" (Kader)

Meskipun sampai dengan saat wawancara dilakukan beberapa staf melaporkan dirinya belum mendapatkan pelatihan, namun berdasarkan hasil wawancara juga ditemukan adanya inisiatif

dari sebagian besar staf untuk mencari tahu dan memperdalam pengetahuan mereka tentang PTRM.

"Sebelumnya kayaknya sih kalau kalau pelatihan untuk kader belum ada, Cuma saya suka buku-buku aja, ini, baca-baca" (Kader)

Ketika ditanya apakah ada buku panduan yang digunakan untuk pelaksanaan, dikatakan tidak ada secara formal seperti yang dikutip dibawah ini:

"Pelayanan? Kalau panduan itu kan yang ini apotek ya... Cuma waktu itu dia pernah turun ke bawah, saya colong, saya fotokopi. Jadi yang merah itu punya saya. Saya sering baca. Sebenarnya kan punya mereka, Cuma saya diem-diem aja. Saya bawa pulang, saya fotokopi, saya jilid, saya baca" (Kader)

Jumlah sumber daya manusia (SDM) juga dirasakan kurang di masing-masing PKM. Hal ini terutama untuk tenaga psikolog/konselor adiksi. Oleh karena itu konseling psikososial sangat jarang dilakukan dan biasanya tugas ini dirangkap oleh dokter atau koordinator HR. Selain itu, di beberapa PKM juga masih merasakan kurangnya tenaga pemberi layanan, misalnya saja seperti tenaga apoteker. Di kebanyakan PKM tenaga apoteker bukanlah orang yang memang ditunjuk untuk bekerja penuh waktu di layanan PTRM karena biasanya mereka ditugaskan di layanan PTRM hanya pada jam layanan saja, sedangkan tugas utama mereka adalah di apotek PKM. Terkadang tenaga apoteker di PKM-pun dirasa masih terbatas sehingga layanan PTRM hanya dapat mengandalkan petugas yang saat itu ada di PKM.

" Ketersediaan sumber daya manusia di PTRM masih kurang banget ya. Ibaratnya metadon ini masih dianak-tirikan banget sih untuk PKM ini karena lebih pada punya ini sendiri-sendiri. Kayak aku misalnya di apotik. Itu untuk di apotik aja emang kurang. Jadi kalau ke sini tuh hanya sebatas dua jam, jam delapan sampai jam sepuluh. Itu teng, begitu udah selesai itu udah. Kita lepas gitu. Jadi gak ada yang bener-bener seharian full."

"Hambatannya tuh kadang disini bosen....Iya iya. Soalnya kan dia benar-benar gak ada tutupnya. Jadi kan kita juga jenuh. Udah kerja tiap minggu, eh sabtu minggu suruh masuk kadang-kadang ya.....Terus itu kalau jadwal sabtu minggu tuh kadang, kita jadwal jaganya aja kadang honor nya tuh kecil. Jadi mereka udah hari sabtu minggu, kesini, gajinya kecil. Kayak gitu kan." (Apoteker)

"Kalau yang untuk saya mah kurang. Kalau finansial kurang, karena saya kan, ibaratnya dobel kerjanya." (Kader)

Lebih lanjut, koordinator HR menekankan bahwa jumlah SDM juga dirasa kurang karena dengan *one stop service*, tidak hanya melayani PTRM, tapi juga layanan HIV lainnya (e.g. layanan IMS).

"SDMnya gak cukup karena kita one stop service mbak; kita one stop service jadinya kita melayani PTRM juga, kemudian kita layani HIV juga, kita layani IMS juga. Gitu loh. Jadi yang idealnya si sebenarnya ada 1 dokter di PTRM, 1 dokter dilayanan HIV/AIDS sendiri gitu. HIV/AIDS, IMS sendiri gitu." (Koordinator HR)

Tabel 1 menggambarkan distribusi SDM untuk masing-masing PKM. Jumlah penasun yang mengakses PTRM di PKM Gambir, Grogol & Petamburan, Tambora dan Tanjung Priuk adalah 136, 82, 104 dan 83. Dengan demikian jumlah SDM tidak proporsional terhadap jumlah penasun yang di layani. Hal ini terutama untuk petugas psikolog dan kader. Bahkan di PKM Tanjung Priuk jumlah SDM untuk semua jenis sangat terbatas.

Tabel 1. Sumber Daya Manusia

Jenis	Gambir	Grogol & Petamburan	Tambora	Tanjung Priuk
Koordinator PTRM	1	1	1	1
Perawat	6	7	2	1
Petugas Laboratorium	3	2	2	2
Asisten Apoteker	4	4	2	3
Psikolog/konselor adiksi	0	2	0	2*
Kader	1	1	2	2

*Koordinator HR dan perawat di PKM Tanjung Priuk merangkap sebagai konselor adiksi

b. Layanan yang tersedia

Tabel 2 menunjukkan gambaran layanan yang diberikan di masing-masing PKM dan jumlah penasun yang mengakses layanan tersebut. Seperti yang terlihat tingkat kepatuhan sangat tinggi yaitu lebih dari 75% di semua PKM dan rendahnya angka *drop out*. Namun demikian jumlah yang menyelesaikan program masih sedikit. Tidak banyak yang mendapat layanan konseling dan intervensi psikososial. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya tidak semua PKM memiliki tenaga psikologi atau menyediakan konseling adiksi. Perlu juga dicatat bahwa konseling dipahami oleh hampir semua staf PTRM sebagai segala bentuk konsultasi yang dilakukan pasien dengan dokter, di mana konsultasi yang dilakukan biasanya lebih bersifat

medis (keluhan pasien tentang kondisi fisik, pemeriksaan kesehatan dasar) dan biasanya dilakukan berdasarkan permintaan pasien atau saat pasien bermasalah (tidak datang ke layanan, ketahuan masih menggunakan napza). Saat digali lebih jauh, dapat disimpulkan bahwa praktik konseling psikososial dan juga yang terkait adiksi pernah dilakukan oleh beberapa staf yang tidak pernah mendapat pelatihan mengenai konseling adiksi maupun psikososial. Padahal hasil juga menampilkan bahwa masih banyak penasun yang tetap menyuntik. Hasil tes urin di beberapa PKM juga menunjukkan 50% positif, yang menurut hasil wawancara dengan petugas layanan, umumnya klien tes positif karena benzodiazepam dan amphetamine/sabu-sabu

Tabel 2 juga menunjukkan bahwa banyak penasun yang HIV positif, yaitu lebih dari setengahnya. Namun sampai dengan saat penelitian ini dilakukan belum semuanya mengakses obat ARV. Alasan yang diberikan karena klien merasa belum siap.

"...Kan anak PTRM itu kan kita wajibkan untuk di VCT kan di periksa HIV, nah itu dari 110 lah yang sudah diperiksa di VCT. Dari 110 itu sekitar 98 apa, sekitar, apa saya juga gak hapal ya, sekitar 98 itu ARV, apa sudah dapat ARV. Yang sisanya itu pra ya, pra ARV. Gitu jadi ya cukup banyak. Ada 10 orang lagi yang sampai sekarang masih kita istilahnya masih dikejar-kejar deh. Masih dibujukin ditangkepin. Nah 10 itu yang abis minum pulang, abis minum pulang, jadi memang dia sulit sekali ya, karena memang mereka gak mau juga.. Mereka takut... Karena dia gak mau dapat vonis itu. Gak siap, gitu. Walaupun sudah dikasih tau, sudah di konseling, gitu ya, tetap aja belum siap belum siap" (Kepala PKM)

Tabel 2. Layanan berdasarkan PKM di tahun 2013

Layanan	Gambir	Grogol& Petamburan	Tambora	Tanjung Priuk
1. PTRM				
a. Jumlah penasun yang mengakses	136	82	104	83
b. Patuh mengikuti PTRM	123	60	88	83
c. Berhenti menyuntik	114	58	96	83
d. Berhenti menggunakan Napza	109	38	70	52
e. Keluar dari program	13	20	2	6
f. Dikeluarkan dari program	0	1	0	0
g. Menyelesaikan program	1	1	2	2
h. Dipindahkan ke PKM lain	5	9	5	2
i. Dipindahkan ke PKM ini	13	10	3	6
j. Durasi rata-rata mengikuti	2,5	>1	5	5

Layanan	Gambir	Grogol& Petamburan	Tambora	Tanjung Priuk
k. program (tahun) Yang mendapat layanan konseling	123	35	25	83
l. Yang mendapat intervensi psikososial	0	5	52	10
2. Yang mengalami perubahan dosis metadon				
a. Penurunan dosis (tapering off)	0	1	10	2
b. Kenaikan dosis	106	28	12	8
c. Yang membawa dosis pulang	22	25	43	77
3. Jumlah tes urine	123	292	88	80
a. Positif	76	107	15	31
4. Layanan lainnya				
a. VCT	42	16	40	26
b. Positif HIV	3	0	30	10
c. Tes Infeksi Menular Seksual (IMS)	0	1	44	12
d. Positif IMS	0	1	12	2
e. Jumlah yang mengkonsumsi ARV	67	24	17	18

c. Jam layanan

Jam operasional PTRM berbeda-beda di masing-masing PKM, namun umumnya dari pagi hari hingga siang jam 12.30. Walaupun sebagian petugas layanan mengaku jam layanan bukan masalah, diakui ada beberapa keluhan mengenai jam layanan terutama bagi klien yang bekerja. Didapatkan juga adanya perbedaan ekspektasi antara staf dengan klien PTRM terkait penentuan jam layanan. Meskipun beberapa staf mengakui adanya permintaan untuk menyesuaikan jam layanan dengan kebutuhan klien, namun staf PTRM juga menekankan bahwa dengan berusaha datang tepat waktu ke layanan, sesuai dengan jam layanan yang sudah ditentukan, klien PTRM akan membiasakan diri untuk lebih disiplin. Sedangkan dari sisi klien jam layanan PTRM di beberapa PKM selama ini dinilai kurang fleksibel untuk bisa memenuhi kebutuhan mereka (lihat hasil pada tingkat klien).

"Kalau disini jam 9 sampe setengah 1. Sebenarnya jam 12, Cuma dikasih itu bonus waktu itu, setengah 1 itu. Tapi mereka tetap aja lewat. Kalau menurut saya sih, karena ngeliat pasiennya orang-orang begituan, mau ditambahin juga tetap aja prosedurnya di ini kurang terus. Cukup aja sih" (Kader)

"Kalau menurut aku, kita sekarang balik lagi ke fungsinya ya. Pasien begitu jangan kita lama-lamain, juga bilanginya susah bangun tidur, susah ini, ada aja alasannya. Gitu kan. Jadi karena kita batesin waktunya, jadi kita mendisiplinkan mereka"(Apoteker)

Namun demikian di PKM lain karena adanya keluhan dari klien, maka jam layanan diubah.

"Karena ada yang complain juga dari pasien, karena kan kerja jam 8. Kadang waktu itu si, dulu jam 9, karena complain, "jam 8, ini soalnya kan kerja" gitu (Kader)

d. Pemahaman petugas layanan terhadap prinsip dasar PTRM

Hampir semua petugas layanan mengetahui prinsip dasar pelaksanaan PTRM karena memiliki panduan, modul, dan peraturan Kementerian Kesehatan. Walaupun demikian, banyak dari petugas layanan kurang mengetahui mengenai dasar kebijakan apa saja yang menjadi dasar dalam penyelenggaraan PTRM. Koordinator HR di salah satu PKM menyatakan tidak terlalu hapal, namun ia menyatakan bahwa dasar kebijakan PTRM adalah undang-undang, dan berkaitan juga dengan undang-undang Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL).

"Dasar kebijakannya itu kan, kalau yang terbaru ya, yang terbaru PP 35. PP 35 tahun 2011. 2011 apa 2009 ya? Aku lupa deh. Itu tentang, eh.. penggunaan zat, zat adiktif ya. Penggunaan zat adiktif itu sendiri, terus tentang IPWL. IPWL itu yang peraturan nomor 25. Undang-undang ya? IPWL ya?" (Koordinator HR)

e. Pembiayaan Layanan PTRM

Dana program pengurangan dampak buruk atau *harm reduction* (HR) didapat dari Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan subsidi APBD. Sedangkan pemeriksaan CD4 biasanya didapat dari rumah sakit pengampu (misalnya: Dharmais, RSKO, Fatmawati). Layanan PTRM biasanya diprioritaskan untuk klien yang sudah mencoba program rehabilitasi beberapa kali namun belum berhasil.

"sebenarnya yang diharapkan adalah pasien yang udah, udah coba beberapa rehab gitu kan, udah, udah coba untuk abstinence tapi gak berhasil. Tapi sekarang, gak, gak, gak terlalu jadi syarat mutlak gitu" (Koordinator HR)

Hampir semua staf di empat PKM menyatakan bahwa prosedur untuk mengikuti layanan PTRM adalah membawa identitas diri berupa KTP sebagai penanda domisili sesuai dengan lokasi PKM dan didampingi oleh wali. Biasanya kader akan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terlebih dahulu, melapor ke dokter, kemudian dokter melakukan asesmen

terhadap calon klien. Asesmen tersebut dilakukan berdasarkan panduan yang antara lain berisi riwayat pemakaian napza, dsb. Hal ini diperlukan untuk menentukan dosis awal metadon. Jika ada klien yang tidak memiliki wali, maka bisa diterima dengan kategori orang hilang dan tim PTRM bertindak sebagai wali. Klien yang memiliki KTP Jakarta tidak dikenakan biaya administrasi, sedangkan pemilik KTP non-Jakarta harus membayar biaya sebesar Rp. 5.000. Hal ini dikarenakan PTRM ditanggung oleh dana Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dari dana APBD sehingga yang bisa diklaim hanya yang memiliki KTP Jakarta.

"Nah, oleh karena itu kita dukung dengan fotocopy KTP sama fotocopy kartu keluarga. Supaya kita bisa claim ke Jamkesda. Jamkesda tu dari APBD. Jadi kita klaimnya ke APBD DKI Jakarta." (Koordinator HR)

Selama ini tes urin sebesar Rp. 25.000 ditanggung klien. Sampai saat ini masih belum jelas apakah klien pemegang kartu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bisa mengakses PTRM secara gratis atau tidak. Hal ini disebabkan salah satu klausul menyatakan bahwa BPJS tidak menanggung biaya perawatan kesehatan atas penyakit yang disebabkan oleh perilaku menyakiti diri sendiri, di mana penggunaan napza termasuk di dalamnya.

"Jadi kita masih, masih dukung dengan namanya Jamkesda. Jadi kalau di BPJS itu gak di-cover. Kalau BPJS, BPJS, diaturan BPJSnya sendiri, kalau penyakit yang disebabkan oleh narkotika itu gak di-cover" (Koordinator HR)

Kartu Jakarta Sehat (KJS) yang dikeluarkan oleh Gubernur DKI Jakarta dilaporkan lebih fleksibel dalam menanggung biaya layanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan HIV dan AIDS, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan layanan lainnya yang termasuk dalam layanan *Harm Reduction*. Hal ini disebabkan karena dikeluarkannya Peraturan Gubernur (Pergub) DKI Jakarta no. 123 tahun 2014 (Pasal 17) yang membebaskan semua biaya pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh BPJS kepada pemerintah daerah, hanya saja belum terlalu jelas bagaimana dampaknya terhadap pembiayaan PTRM ketika KJS digabung dalam BPJS. Saat ini, untuk bisa mengakses layanan PTRM secara gratis, klien harus terdaftar dulu di BPJS. Klien yang tidak memiliki kartu BPJS akan dibantu mendaftar asalkan memiliki KTP DKI Jakarta.

f. Tes Urin dan Perilaku Menyuntik Pemasun

Tes urin diadakan sebagai metode evaluasi dan monitoring yang utama, misalnya tes urin dilakukan sebagai persyaratan untuk klien yang ingin turun dosis ataupun jika ada klien yang perilakunya mencurigakan. Tes urin juga akan dilakukan pada semua klien secara mendadak dan biasanya dijadwalkan antara 3-6 bulan sekali. Beberapa staf juga menambahkan bahwa tes urin masal biasanya dijadwalkan pada bulan puasa atau sebelum Idul Fitri, tanpa pemberitahuan sebelumnya. Hal ini untuk mencegah klien menggunakan urin orang lain agar hasilnya negatif. Jika didapatkan hasil tes urin positif, maka klien harus menandatangani surat perjanjian di atas materai. Dalam surat perjanjian tersebut dijelaskan bahwa jika didapatkan hasil positif pada tes urine berikutnya, maka klien akan dikeluarkan dari PTRM.

Menurut petugas layanan, 25% dari klien PTRM masih menggunakan napza maupun jarum suntik. Hal yang mempengaruhi mereka yang menggunakan napza adalah sugesti, situasi keluarga yang berantakan, masalah ekonomi, dan teman-teman di lingkungan sepergaulan yang juga masih menggunakan napza. Sebanyak 10% dari klien juga dilaporkan masih mengakses Layanan Alat Suntik Steril (LASS). Walaupun pedoman layanan PTRM mengatakan pemasun yang mengakses metadon seharusnya tidak mengakses layanan LASS, dan hampir semua staf PTRM memahami bahwa klien PTRM seharusnya tidak lagi mengakses LASS, pada prakteknya di lapangan klien PTRM tetap diberikan jarum suntik, yaitu maksimal 3 jarum suntik dan tidak diharuskan membawa jarum bekas. Hal ini dilaporkan oleh salah satu kader disalah satu PKM. Adalah kader yang menentukan seseorang bisa mengakses LASS atau tidak. Selain di PKM, klien PTRM juga mengakses LASS dari LSM dan beberapa staf melaporkan kecenderungan LSM untuk memberikan jarum suntik steril kepada klien PTRM yang masih aktif menggunakan napza karena khawatir mereka akan berbagi atau menggunakan jarum suntik yang tidak steril. Hal ini ditemukan berpotensi menimbulkan konflik antara staf PTRM dengan LSM, dan juga kebingungan di kalangan staf PTRM sendiri, aturan mana yang sebaiknya diberlakukan.

"Masih kontra ya sama LSM ya. Jadi istilahnya gini lo, kita menawarkan sebuah modalitas, tapi kita jilat ludah sendiri gitu lo. He'eh. Kalau bagi kami sih, kita dulu usahakan konseling dulu deh apakah dia dosisnya kurang, di awal juga kita udah bilang,

seminggu pertama tu memang masa-masa yang cukup sulit untuk pasien-pasien baru karena dosisnya masih dosis naik pelan-pelan kan.” (Koordinator HR)

Selain mendapatkan LASS melalui LSM, klien PTRM juga bisa membelinya di apotek.

”Tapi kayaknya kalau sekarang, hasil itu, banyak yang beli di apotik ya, rata-rata” (Koordinator HR)

Berdasarkan hasil wawancara dengan staf PTRM, diketahui bahwa Klien PTRM yang mengakses LASS akan tetap dilaporkan pada dokter. Namun dari hasil wawancara juga didapatkan bahwa tidak ada prosedur terstandar untuk menindaklanjuti klien PTRM yang didapati masih aktif mengakses LASS.

”Masih, tapi mereka kadang-kadang masih ada yang suka minta jarum. Dikasih tapi gak digunakan disini. Karena menurut LSM katanya kasih aja, daripada dia sharing pake jarum bekas. Masih dikasih tapi gak digunakan disini. Tapi sebenarnya kalo buat orang yang pasien gak boleh. Makanya disitu agak bingung, jadi bingung saya juga. Kalo menurut disana gak boleh, itu kan barang jangan dikasih. Nah, disini lain LSM nganjurin kasih aja, daripada dia. Kalo emang kepala PKMnya katanya ini, nanti dari ini ngambilnya diawal. Makanya saya juga bingung, akhirnya kita jalan terbaiknya, ya jangan disinilah makenya, diluar aja, gitu. Kita fleksibel aja. (Kader)

g. Kebijakan pemberian obat metadon

Dosis awal ketika seseorang mengakses metadon adalah 20-25 mg dan akan dinaikkan secara bertahap dalam waktu tertentu sampai pasien merasa nyaman. Jika klien masih belum merasa nyaman dengan dosisnya (sakaw), maka ia akan berkonsultasi dengan dokter. Selama seminggu, melalui konseling akan dievaluasi bagaimana tubuh pasien menyesuaikan diri dengan dosis yang diberikan sampai akhirnya bisa mencapai dosis stabil. Batas maksimal kenaikan dosis selama seminggu adalah 50 mg. Jika klien masih ingin naik dosis akan diminta untuk bertahan dan selama seminggu kemudian dosis akan dinaikkan secara berkala. Meskipun dosis disesuaikan dengan kenyamanan pasien, namun di salah satu PKM justru dokter yang menawarkan untuk naik dosis sebagai bentuk antisipasi klien mencampur dengan obat-obatan.

”Nggak, kita kadang-kadang suka tawarin malah tawarin, kadang-kadang mereka nahan-nahan. Nahan-nahan, tapi sakawnya kelihatan gitu. Udah mendingan kamu naik aja, mendingan pake, pake metadon aja, gak dicampur dengan yang lain-lain, apa lagi kan kalau ARV, obat TB tuh” (Koordinator HR)

Dosis rata-rata klien jika tidak mengonsumsi obat-obatan lainnya adalah 90-120 mg. Bagi klien yang mengonsumsi obat-obatan (seperti ARV dan obat TB), dosisnya akan cenderung lebih tinggi, bahkan mencapai 300 mg; dikarenakan obat-obatan tersebut akan menyerap efek dari metadon. Responden juga menambahkan bahwa dosis stabil untuk setiap pasien bisa berbeda-beda ada yang 200 mg, bahkan ada yang mencapai dosis hingga 500 mg, tergantung kondisi pasien. Dosis akan terus dinaikkan sampai pasien merasa nyaman dan stabil.

Adapun aturan pemberian *Take Home Dosis (THD)* atau obat yang dibawa pulang diberikan pada klien yang sudah mengakses layanan PTRM antara 3-6 bulan, berkondisi stabil, dan hasil tes urin negatif. Biasanya THD diberikan bagi klien yang sudah bekerja, sakit, atau keluar kota, dan harus bisa memberikan dokumen pendukung yang diperlukan. Misalnya, surat keterangan bekerja dari kantor/tempat pasien bekerja, surat keterangan sakit dari dokter, atau surat keterangan melakukan perjalanan yang mencantumkan lamanya melakukan perjalanan, daerah tujuan, dan untuk kepentingan apa, serta fotokopi tiket perjalanan bagi yang ijin akan melakukan perjalanan luar kota. Untuk ijin keluar kota, THD diberikan untuk lama perjalanan maksimal 3 hari dengan dosis yang diberikan maksimal 500 mg. Menurut responden aturan mengenai THD ini sudah diatur secara jelas dalam panduan. THD juga diberikan sebagai reward bagi klien ketika ada perubahan perilaku yang signifikan, sehingga mendapatkan THD merupakan kebanggaan tersendiri bagi klien.

"Karena take home dose itu hadiah yang kita kasih ketika mereka memang perubahan perilakunya signifikan gitu. Itu menjadi kebanggaan mereka tersendiri." (Koordinator HR)

Yang seringkali menyebabkan masalah dengan pemberian THD adalah tidak lengkapnya dokumen pendukung yang disertakan saat klien meminta ijin untuk bisa mendapat THD. Semua klien PTRM tanpa melihat besaran dosisnya, diberi kesempatan untuk mengajukan permintaan menurunkan dosis untuk akhirnya bisa *tapering off*. Meskipun tidak ada syarat khusus yang harus dipenuhi, namun klien perlu memberikan alasan tertentu agar bisa menurunkan dosisnya. Alasan yang seringkali dikatakan oleh klien untuk turun dosis adalah karena sudah bosan dan lelah mengikuti PTRM.

"Gak ada syarat-syarat yang ini si, tapi yang pasti dia ada alasan tertentu. Misalnya dia minta sendiri gitu ya. Terus yang kedua, masuk penjara, yang ketiga, mungkin dia mau pindah kerja dan dia udah bilang gitu." (Koordinator HR)

"bosen.....memang dia pingin berenti, capek." (Perawat)

Tapering off hanya dilakukan atas permintaan dari klien yang akan dilakukan secara bertahap selama 5 minggu, khususnya bagi klien dengan dosis besar. Dosis akan diturunkan secara berkala sebanyak 5 mg per 2 minggu. Sedangkan untuk pasien dengan dosis kecil (kisaran 70-90 mg), dosis akan diturunkan secara berkala sebanyak 2,5 mg per 2 minggu. Sebelum dokter menyetujui *tapering off*, pasien harus melakukan tes urin dan diminta untuk mengikuti konseling rutin per 2 minggu. Koordinator HR di salah satu PKM mengatakan bahwa banyak pertimbangan yang perlu dipikirkan untuk menurunkan dosis karena akan menimbulkan kondisi tidak nyaman pada klien. Biasanya dokter akan merekomendasikan untuk tidak turun dosis ketika ada perubahan tertentu dalam hidupnya.

"Tapi kalau turun, ati-ati kita. Kalau naik lebih, kita lebih gak papa lah. Kalau turun, baru harus dokter. Karena turun tu, lebih riskan. Bisa oleng." (Kader)

"Cuma kita ada pertimbangan-pertimbangan khusus, ketika dia baru nikah, atau dia baru punya anak; pokoknya ada hal-hal khusus yang baru berubah, kita gak terlalu rekomendasikan untuk turun dosis karena gak nyaman ketika turun dosis itu. Terus yang kedua, walii, karena akan didampingi, karena kita kasih tahu itu akan tidak nyaman harus ada pendampingnya di rumah. Yang ketiga, karena pengalaman, kalau menurut saya sih, saya sangat, sangat merekomendasikan kalau pasien itu udah kerja. Udah ada aktifitas lah pokoknya. Supaya, mendingan, kalau dia belum kerja, mending dimetadon aja deh." (Koordinator HR)

Daftar hadir, tingkat emosional, fisik, dan hasil tes urin merupakan kriteria kepatuhan yang digunakan hampir di semua PKM. Pihak keluarga juga sering dilibatkan. Setiap klien akan memiliki 3 catatan, yaitu: 1) catatan farmasi (riwayat dosis); 2) catatan perawat (jam minum, catatan kesehatan khusus, seperti muntah); dan 3) catatan dokter yaitu konseling, kesehatan dasar, serta dosis dan alasannya. Kendala dalam pemberian dosis biasanya klien tidak mau dosisnya dinaikkan.

Bagi klien PTRM yang tidak patuh, ada beberapa hukuman yang akan diberikan, yaitu: jika 3 hari tidak datang maka dosis yang bersangkutan akan diturunkan setengah dari dosis yang sedang digunakan dan mereka akan dihubungi oleh staf layanan. Jika 7 hari tidak datang maka petugas layanan akan melakukan kunjungan rumah dan dosisnya diturunkan ke dosis awal yaitu 25 mg. Jika ada klien yang bertahan di dosis 30 mg dan tidak pernah mau naik dosis,

maka petugas akan curiga apakah pasien ini benar-benar patuh dan hanya menggunakan metadon.

Berdasarkan wawancara dengan petugas layanan, kontrol terhadap kepatuhan mengkonsumsi metadon oleh petugas layanan saat ini hanya dapat dilakukan pada saat mereka minum di loket layanan, selebihnya tidak dapat dikontrol dan benar-benar tergantung pada masing-masing individu klien. Untuk itu, diperlukan peran pihak keluarga ataupun lembaga pendamping dalam membantu memantau kepatuhan minum metadon.

"Kita sih paling bisa mantanya pada saat di sini aja ya. Kadang juga dari beberapa mereka yang dikasih metadon, kita juga gak percaya seratus persen kalau itu memang diminum sama dia. Karena memang sudah kejadian, yang dia mengaku menjual metadon itu. Jadi setengah dia minum, setengah dia jual, gitu. Jadi paling kita bisa mantau di sini aja. Terus, pada saat yang THD itu, kita lakukan tes urin kan. Kalau emang dia negatif yaa kita terus kasih. Kalau misalnya dia positif ya kita bisa tarik karena buktinya ada."

h. Situasi dan kondisi klien yang mengikuti PTRM

Klien yang mengakses layanan PTRM tidak selalu mengakses layanan PTRM yang dekat dengan tempat tinggalnya karena mereka tidak ingin dikenali atau diketahui identitasnya. Klien yang mengikuti PTRM kebanyakan merupakan pecandu opiat. Seperti yang disebutkan sebelumnya, masih banyak klien yang mencampur metadon dengan napza lain karena keinginan menggunakan obat masih tinggi. Ini dikonfirmasi dengan banyaknya klien yang tes urinnya positif, baik karena menggunakan benzodiazepam, amphetamine atau sabu-sabu. Kebanyakan klien yang masih menggunakan napza lain, seringkali menghindar ketika akan diadakan tes mendadak dengan segala macam alasan.

"Mereka biasanya mereka yang bilang 'gak mau kencing', 'emang gak kebelet', atau yang dia menghindar. Kadang ada yang emang disuruh masuk tahu-tahu dia menghilang gak tahu ke mana. Udah pulang atau apa. Entar kalau dokternya di sini udah gak ada, ntar dia tiba-tiba nonggol lagi, gitu. Jadi ngumpet.."

"kadang beberapa dari mereka juga yang emang udah pinter, mereka menyiapkan tes urin, eh urin orang lain gitu."

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber dari petugas layanan, diketahui bahwa ada berbagai faktor yang menjadi penyebab banyak klien masih menggunakan napza lain antara lain faktor lingkungan sekitar dimana klien masih *nongkrong* dan ajakan teman-teman klien

yang masih merupakan pecandu. Salah satu penyebab lain klien masih menggunakan napza yang diungkapkan oleh seorang narasumber juga adalah karena faktor biaya. Menurutnya, ada juga klien yang mengikuti layanan PTRM bukan murni karena ingin berhenti dari penggunaan napza, melainkan karena ingin menghemat biaya.

"Karena memang ada beberapa dari mereka yang metadon ini enggak semuanya yang tujuannya untuk emang dia pengen bekerja atau pengen berhenti. Tapi untuk mengurangi budget mereka. Budget mereka dengan pembelian barang-barang yang itu."

Klien yang hasil tes urinnya positif, biasanya langsung diberikan konseling. Dalam konseling ini dokter dan pasien akan membahas perilaku penggunaan zat selain metadon. Tidak ada sanksi yang diberikan untuk klien yang hasil tes urinnya positif, namun hak THD-nya akan dicabut. Mereka juga ditakut-takuti dengan diberitahu bahwa dengan menggunakan zat lain klien bisa mengalami overdosis hingga kematian. Cara ini dianggap cukup berhasil untuk menghentikan perilaku berisiko tersebut.

Banyak klien yang datang ke PKM dalam keadaan teler sehingga mengganggu klien umum lainnya. Ditekankan jika ada pasien yang berkelahi atau berbuat onar dan dianggap membahayakan dokter atau klien PTRM yang lain akan langsung dikeluarkan dari program.

i. Faktor-faktor pendukung dan penghambat

Menurut petugas layanan, faktor pendukung dan penghambat keberhasilan program dipengaruhi baik oleh klien maupun penyedia layanan. Hal-hal yang merupakan faktor pendukung antara lain: motivasi diri yang kuat dari klien, dukungan keluarga, lingkungan, teman-teman, keterlibatan petugas layanan yang mau dijadikan sebagai tempat curhat, dan kemudahan klien untuk mengakses layanan (jam layanan, jarak, pembiayaan). Keluarga merupakan salah satu faktor penting agar terapi klien menjadi optimal.

"Dengan dia datang sendiri tanpa dukungan dari keluarga atau tanpa dukungan dari orang terdekat, itu terapi nggak akan optimal gitu. Jadi kami masih, masih ingin didampingin oleh wali gitu." (Koordinator HR)

"Ya pokoknya dipantau terus anaknya lah ya; ibaratnya gitu. Yang sakitnya dipantau lah gitu, jangan sampai dia bergaul dengan pergaulan yang salah lagi gitu kan. Pokoknya didukung secara spiritualnya juga lah, ibaratnya gitu" (Kader)

Salah satu staf juga menekankan pentingnya konsistensi para petugas layanan dalam memberlakukan aturan kepada klien PTRM agar tidak menimbulkan kebingungan di antara klien dan potensi konflik di antara petugas layanan.

"Kalau faktornya kesuksesan itu mungkin kekompakan kali ya. Kekompakan. Jadi ketika kita bilang tidak ke pasien, dari dokter sampai loketpun harus mengatakan tidak. Kadang ada dokter yang bilang tidak, tapi ada 1 petugas yang bilang iya. Nah itu malah dijadikan ajang adu domba sama pasien." (Apoteker)

Kriteria keberhasilan klien menurut petugas layanan adalah: klien dapat bekerja dengan baik, tingkat kepatuhan tinggi, dosis yang semakin menurun sampai akhirnya dapat lepas dari metadon dan tidak kembali lagi mengonsumsi napza, serta kondisi fisik sehat.

Sedangkan yang menjadi faktor-faktor penghambat antara lain: lingkungan klien itu sendiri (terutama jika dalam keluarga semuanya pemakai), rasa sugesti untuk masih menggunakan obat, tidak ada kerja sama lintas sektor (dengan camat, kepolisian, bimas, dll). Banyak petugas layanan yang merasakan kejenuhan karena bekerja setiap hari sehingga mempengaruhi motivasi mereka dalam memberikan pelayanan. Selain jadwal kerja yang seringkali mengharuskan staf bekerja di akhir pekan (Sabtu dan Minggu), kecilnya honor yang diberikan untuk petugas layanan yang bertugas di akhir pekan juga dikeluhkan oleh staf PTRM. Hal lain yang juga menjadi penghambat (seperti yang telah disebutkan sebelumnya) adalah kurangnya jumlah SDM untuk klinik PTRM.

Pandangan petugas layanan mengenai isu HIV ataupun penasun juga merupakan salah satu hal yang perlu menjadi perhatian karena akan menjadi penghambat bagi staf untuk menjangkau penasun. Hal ini dipertegas dengan adanya kader di salah satu puskesmas yang tidak ingin menjangkau karena merasa takut.

"ya untuk ini lah jembatan antara, juga pasien, metadon sama petugas juga. Kalau yang aku tau si gitu aja sih. Terus, cuman, menjangkau-menjangkau gitu kan. Ya udah gitu-gitu si. Cuman, aku, kita sama dokter, gak ini, tugasnya di dalem aja lah. Ada rasa takut juga kalau misalnya, kan gak tau daerah juga. Kan gak tau daerah jangkauannya juga. Karena kan gak yang daerah sini juga kan aku kan." (Kader)

Selain faktor-faktor penghambat yang telah disebutkan, fasilitas pendukung lainnya seperti ruangan layanan PTRM yang kurang layak baik dari segi ukuran, jumlah maupun letak ruangan juga disebutkan sebagai salah satu faktor penghambat pemberian layanan.

"Kurang. Seharusnya kalau konsul itu dia di depan. Kalau di Rumah Sakit Fatmawati itu untuk konsul itu ruangnya di depan, dan nanti setelah minum itu ada ruang tersendiri untuk minum. Kalau di sini untuk para pasien yang atau HIV karena dia masuk, dia batuk-batuk, itu kan udaranya sini-sini aja. Jadi kita buka-bukain pintu-pintu ini aja, gitu. Ya paling.."

"Terus sirkulasinya, kalau dulu ventilasinya, kalau dulu ventilasinya kurang bagus. Karena memang itu tuh, tadinya ruang pertemuan, karena eh.. jarang dipakai akhirnya dibuat jadi ruang konseling. Nah ruang konselingnya itu, sirkulasinya, ini deh, maksudnya gelap; pencahayaan sama sirkulasinya gelap." (Koordinator HR)

Disebutkan oleh beberapa petugas layanan bahwa sebenarnya sudah ada pedoman mengenai tata ruang yang ideal untuk layanan PTRM, namun pada kenyataannya ruangan yang tersedia saat ini tidak selalu sesuai dengan pedoman tersebut. Walaupun demikian, beberapa PKM sudah berusaha untuk memperbaiki fasilitas-fasilitas untuk menunjang layanan PTRM misalnya dengan merenovasi ruang layanan. Faktor penghambat lain yang perlu mendapat perhatian adalah ketersediaan pelatihan dan upaya peningkatan kapasitas lainnya, baik bagi para staf PTRM yang baru maupun bagi para staf lama yang perlu mendapatkan penyegaran secara rutin. Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, pelaksanaan pelatihan bagi staf PTRM selama ini biasanya menunggu instruksi dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, atau RS pengampu sebagai penyelenggara. Menurut salah satu kepala PKM yang diwawancarai, PKM sebenarnya bisa secara mandiri menginisiasi kegiatan pelatihan yang diperlukan dengan menggunakan dana BLUD, namun sampai dengan saat wawancara dilakukan belum pernah ada kegiatan pelatihan yang diinisiasi PKM karena yang bersangkutan mempertimbangkan beberapa hal terkait teknis pelaksanaan, seperti mencari nara sumber yang tepat, jumlah staf yang terlalu sedikit untuk mengadakan pelatihan dan mengundang nara sumber secara mandiri. Bahkan kader di salah satu PKM mengatakan bahwa ia belum pernah mengikuti pelatihan sama sekali, dikarenakan ia perlu menggantikan tugas staf yang lain.

" Bisa. Bisa aja, boleh dengan anggaran BLUD itu kan sebenarnya kita fleksibel tuh. Kita bisa panggil narasumber untuk melatih. Gitu. Bisa bisa, cuman ya itu, mencari narasumber yang tepat untuk metadon ini ya kan, terus mungkin kalau disini bentuknya, kalau dokter misalnya pelatihan tapi Cuma 10 orang, Cuma 12 orang tuh.. apa namanya yaa? Gitu kan, kalau dokter kan harusnya dipisah, dokter sama perawat gitu ya. Misalnya gitu kan? Kalau dokter yang ikut mungkin Cuma 10 orang gitu

"Pelatihan? Enggak- enggak, belum-belum, untuk saya belum. Karena waktu itu kan tugasnya saya menggantikan terus kan dan jadi pas ada pelatihan itu, saya pas lagi nggantiin gitu." (Kader)

j. Koordinasi dan evaluasi internal

Tidak semua PKM melakukan koordinasi dan evaluasi secara rutin, jika pun dilakukan cenderung bersifat informal. Mekanisme evaluasi biasanya dilakukan melalui laporan mingguan dan bulanan. Selain itu juga dilakukan pertemuan 6 bulan sekali antara dokter, perawat, dan kepala PKM. Terkadang juga diadakan pertemuan di tingkat kecamatan.

"Yaa setiap PKM rutinnnya ada yang 3 bulan itu minimal. Ada yang sebulan di lokakarya, PKM, tiap program ada. Tiap-tiap pertemuan ada. Nah tapi pada kasus-kasus tertentu saya biasanya informal kapan aja, bahkan saya tahu ada petugas yang berantem yaa, urusannya person sebenarnya, mereka berdebat sendiri soal penatalaksanaan. Nah itu biasanya saya langsung turun, rapat langsung turun, ada apa? Ini begini, begini, begini..."

"laporan bulanan, itu kepala puskesmas pasti tau. Kemudian yang kedua anggaran, anggaran tu kita pasti koordinasi dengan perencanaan, dengan keuangan, kepala puskesmas juga. Kemudian ketenagaan. Ketenagaan pasti kan kita harus mengusulkan ke tata usaha, ke kepala puskesmas. Mutu, mutu layanan. Sama, kebijakan. Jadi kan kepala puskesmas punya kebijakan. Kaya gini, kita pindah gitu ya, kita usulin ni, "dok kalau bisa jangan yang kendaraannya susah" gitu kan. Karena mereka kan harus tiap hari. Tadinya kan, sebenernya yang memenuhi syarat tu, misalnya di papanggo atau di, mana, sunter agung gitu kan, tapi kan kendaraannya susah gitu. Akhirnya kita kasi input, "dok kalau bisa yang kendaraannya yang gak susah, karena tiap hari mereka dateng". (Koordinator HR)

Selain dalam internal staf PTRM, terkadang evaluasi juga dilakukan oleh rumah sakit pengampu (RSKO misalnya).

"Kalau evaluasi dosis terkecil, terendah, yang sudah bekerja berapa orang, seperti itu aja, pasiennya berapa, terus evaluasi itu, urin, semuanya yang berhubungan sama PTRM." (Perawat)

Adanya Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) juga menjadi sarana bagi staf PKM untuk bisa mendiskusikan isu-isu yang muncul dalam layanan dan menyepakati solusi untuk kepentingan bersama. Di salah satu PKM, seorang penanggung jawab ditugaskan untuk mensupervisi koordinator program, yang sebelumnya langsung bertanggung jawab kepada kepala PKM. Salah satu kepala PKM yang diwawancara menjelaskan bahwa mekanisme ini ia gunakan

untuk mempermudah pemantauan terhadap program yang berjalan sehingga para koordinator bisa fokus memikirkan program dan staf yang ada dibawah koordinasinya.

Beberapa PKM juga membuat laporan rutin untuk keperluan pelaporan *Global Fund* (GF), Sistem Informasi HIV dan AIDS (SIHA), dan juga diskusi yang dilakukan dalam mini lokakarya yang diadakan secara rutin. Laporan rutin ini berisikan data mengenai jumlah pasien, dosis tertinggi dan terendah, pasien yang *drop out* dan meninggal.

Beberapa masukan tambahan yang diberikan untuk dapat meningkatkan kualitas layanan PTRM adalah: 1) perlu tambahan sarana dan prasarana yang memadai (PKM dirasa terlalu sempit untuk bisa memenuhi semua kebutuhan layanan); 2) diperlukan aturan tertulis dan diperjelas mengenai apa yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan dilakukan oleh klien (misalnya: klien nongkrong setelah minum metadon); 3) jumlah konselor dan dokter diperbanyak, mengingat *Provider Initiative Testing and Counseling* (PITC) mulai dilaksanakan secara luas; dan 4) kegiatan pendidikan dan pelatihan untuk staf PTRM sangat diperlukan, khususnya untuk dokter dan perawat.

b. Tingkat Klien

a. Karakteristik Klien PTRM

Kebanyakan peserta *focus group discussion* (FGD) adalah klien laki-laki PTRM dengan rata-rata usia 22-40 tahun dan ada 5 orang peserta perempuan, dengan usia 30-40 tahun. Hampir semua klien yang mengikuti FGD memiliki keluarga (pasangan dan anak), bahkan ada yang memiliki istri yang juga klien aktif PTRM.

Kebanyakan responden adalah pengguna napza suntik dengan variasi masa pakai kurang lebih 5-12 tahun. Terkait latar belakang penggunaan napza, beberapa klien awalnya menggunakan napza secara oral (ngedrek) dengan rata-rata penggunaan 4 tahun sebelum akhirnya menyuntik. Sedangkan lebih dari setengahnya menggunakan napza sejak awal dengan cara menyuntik. Hampir semua responden melaporkan penggunaan zat lain selain metadon hingga saat ini. Zat yang biasanya digunakan adalah sabu-sabu, putaw, ganja, dan benzodiazepam. Mereka mendapatkan napza dari teman-teman lama yang tidak mengikuti PTRM. Di salah

satu PKM, dilaporkan sekitar 50% pasien PTRM saat ini masih mencampur penggunaan metadon dengan zat lain. Beberapa dari responden mengaku bahwa mereka juga masih mengakses LASS dengan cara minta tolong untuk diambilkan oleh teman. Hampir semua klien yang menggunakan *multi drugs* mengetahui risiko overdosis dan kecanduan, namun mereka tidak bisa berhenti. Saat digali lebih jauh mengenai frekuensi penggunaan napza suntik, responden menjawab bahwa semuanya tergantung ketersediaan uang yang mereka miliki.

b. Karakteristik layanan PTRM yang diakses

Tidak semua klien PTRM berdomisili di dekat PKM yang diakses. Lama terapi PTRM bervariasi mulai dari 7 bulan sampai 7 tahun. Dosis metadon peserta FGD bervariasi, mulai dari dosis terendah 25 mg dan yang tertinggi 350 mg, dengan rata-rata dosis 90-120 mg. Rata-rata setengah dari klien sedang menjalani terapi ARV. Hampir semua klien memiliki riwayat TB dan sudah pernah mengikuti terapi TB sebelumnya. Namun saat FGD dilakukan tidak ada peserta FGD yang sedang dalam perawatan untuk TB.

Mengenai naik turunnya dosis, dikatakan bahwa dosis yang diberikan mudah untuk naik tapi sulit sekali untuk turun. Jumlah dosis yang dinaikkan seringkali jauh lebih besar jika dibandingkan dengan jumlah dosis yang diturunkan. Responden mengatakan bahwa dokter seringkali menaikkan dosis tanpa alasan yang jelas. Alasan yang biasanya dikemukakan adalah karena dosis saat itu belum sesuai dengan standar minimal yang ditetapkan RSKO (50 mg). Alasan lainnya, dokter juga seringkali mencurigai pasien masih menggunakan zat lain, menebak, dan berasumsi bahwa dosis saat itu belum pas atau dirasa nyaman oleh klien padahal tidak ada keluhan dari klien. Salah satu klien juga mengatakan bahwa selama 4 tahun dia tidak pernah meminta untuk turun dosis karena dokter sulit ditemui. Klien PTRM di beberapa PKM juga menambahkan bahwa kenaikan dosis tidak harus melalui dokter, tapi bisa dilakukan oleh apoteker.

Sulitnya untuk turun dosis membuat klien mencoba menggunakan strategi bolos atau tidak datang ke layanan selama beberapa hari agar dosis mereka diturunkan (karena responden tahu dalam aturan ditetapkan jika pasien tidak datang selama 3 hari maka dosis akan dikurangi

setengahnya sebagai sanksi). Ada yang mengatakan pernah mengalami penurunan dosis secara bertahap sebanyak 100 mg dalam setahun karena keluhan muntah-muntah.

Rata-rata dosis awal metadon para peserta FGD adalah 20-25 mg dengan masa penyesuaian dosis selama seminggu (setiap harinya dalam seminggu dosis dinaikkan per 5-10 mg). Saat ini dosis tertinggi klien PTRM yang sedang terapi ARV adalah 270 mg dan 320 mg. Untuk yang mendapat dosis 320 mg, metadon diminum dalam 2 tahap (260 mg untuk dosis pertama, dan 60 mg untuk dosis berikutnya di malam hari).

c. Persepsi dan pemahaman mengenai layanan PTRM

Alasan responden mau mengakses layanan PTRM adalah karena mereka sudah tidak memiliki uang untuk membeli napza, kemudian mendengar informasi bahwa dengan minum metadon mereka bisa mengatasi sakaw seharian, bisa merasakan pedau juga, dengan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan membeli putaw. Alasan lainnya adalah sudah lelah mengikuti rehabilitasi namun tidak berhasil.

[N1] Awal mulanya waktu itu saya kan, gimana yaa keteteran masalah keuangan juga lah. Keteteran masalah keuangan dan juga cuma PTRM yang bisa [satu kata tidak jelas]. Jadi saya akhirnya lari ke situ.

[N2] Kalau saya udah jenuh sama pakau. Udah beberapa, udah boring sana-sini, akhirnya memutuskan untuk metadon.

[N3] Sama kalau saya. Udah jamnya. Udah capek sana-sini, akhirnya teman kasih solusi coba metadon. Akhirnya saya coba, pas.

[N4] Sama, karena udah capek pakau.

[N5] Saya sama, udah capek akhirnya metadon yang terbaik

[N4] kalo dulu kan bayar masih 15 ribu. Mendingan ngabisin 15 ribu daripada 150ribu.

[N8] dari kawan juga sih. Kalo ininya mah, apa, lebih enaklah cara rehabnya gitu dibanding tempat-tempat rehab lain. Lebih dekat lebih ekonomis. Trus kita juga, pokoknya lebih free lah kita dibanding tempat rehab yang lain.

[N1] Ya berhubung kita kalo make putaw kan make uangnya harus bener-bener. Abis beli, gak lama sejam beli lagi. Kalo ini kan kita minum sekali 24 jam.

Mereka juga mendapat informasi bahwa dengan mengikuti PTRM, mereka bisa lepas dari ketergantungan terhadap napza dengan waktu yang tidak terlalu lama (1-2 tahun). Pada kenyataannya, setelah lebih dari 3 tahun mereka masih berada dalam program. Menurut

mereka, informasi yang diberikan di awal kurang menjelaskan bahwa PTRM merupakan program rumatan jangka panjang.

"Dijelasinlah pokoknya, begini begini begini, metadon itu untuk ini, metadon tuh untuk pengalihan, bukan untuk nyembuhin."

Seperti yang juga dilaporkan oleh staf PTRM, Beberapa klien PTRM mengaku bahwa dengan mengikuti PTRM membuat mereka bisa berhenti total dari putaw, menghilangkan perilaku menyuntik, perubahan taraf hidup, pola aktivitas sehari-hari, pola pikir menjadi lebih positif, dan berperilaku lebih sehat. Hampir semua klien menyatakan bahwa dengan mengikuti PTRM hidupnya menjadi lebih baik, misalnya dalam hal: mengetahui status HIV, tidak brutal, lebih dekat, dan peduli terhadap keluarga, serta mulai bisa menyimpan uang dan memikirkan masa depan. Dengan perubahan positif yang mereka alami, perubahan sikap dari keluarga dan lingkungan sekitar terhadap klien juga dirasakan sejak mereka mengikuti PTRM.

"Waktu masih pakau putaw ya satu pasti gak kepikiran mandi ya. Gak mandi pasti dah tuh. Gak mandi, terus semenjak pakai metadon jadi mandi terus, jadi rapih. Cara ngomongnya juga terjaga. Pola tidur, lebih sehat sih pola hidupnya"

N6] Kalau si Dila (bukan nama sebenarnya) dulu, pas masih pakai putaw itu suruh sekolah aja kagak mau.... Sekarang suruh sekolah juga mau....Sekarang udah nganter sekolah. Udah gitu anak tetangga-tetangga juga kita udah mau ngobrol, mau ngumpul.

[N3] Tadinya gak mau ya?

[N6] Tadinya gak mau. Cari duit terus buat pakau.

[N5] Sejak metadon bisa nyimpen duit deh pokoknya.

[N4] Tadinya pakaiannya asal-asalan aja, sekarang bisa lebih rapih. Perubahan perilaku lah. Sama yang lain.

[N3] Iya, kalau saya juga sama kayak kawan-kawan. Tadinya kita urak-urakan, penampilannya kan kayak... di keluarga pun, keluarga pun jijik ngelihat kita. Tapi alhamdulillah semenjak kita metadon nih respon dari keluarga, dari lingkungan pun baiklah gak seperti dulu.

[N2] Perubahan perilaku, status sosial kan. Perubahan pola pikir. Status sosial juga berubah ya, sekarang lebih dihargai. Gak dipandang sebelah mata lagi.

[N2] Ya, pola pikir berubah. Dulu, sekarang bisa mikirin masa depan.

[N3] Dulu pikirannya hari ini, hari ini ya.

[N6] Cari duit, cari duit terus.

[N2] Bisa memikirkan masa depan, gitu tabungan. Pengen nyimpen-nyimpen. Pengen pakai baju bagus. Barang bagus, gitu.

Namun, ada juga beberapa dari klien PTRM yang merasa 'terjebak' dan jenuh dikarenakan proses turun dosis yang sulit padahal sudah mengikuti PTRM dalam jangka waktu yang lama (7 tahun). Mereka juga merasa tidak mendapatkan jawaban yang memuaskan ketika berkonsultasi dengan dokter. Hal ini membuat klien merasa kesal dan menurut mereka menjadi salah satu penyebab mereka relaps.

[N2] Kalau saya sih mulai ada keraguan [15:00] di metadon gitu. Mau sampai kapan saya metadon?

[N3] Nah betul.

[N2] Gak pernah ada penyelesaiannya. Saya ngomong sama dokter juga, dokter jawabannya juga gak bisa memuaskan. Gak dapat pilihan yang klik gitu loh. Terus sebenarnya sih ada keinginan mau berhenti, mau berhenti, tapi karena gak nemu jawaban jadi kayak rada-rada kesal gitu di metadon, sempat relaps.

"Saya pernah seperti itu. Saya pernah ngomong sama dokter, 'Dok, saya mau itu dong, program minta berhenti.' Nah itu dia, jawabannya tidak memuaskan. 'Buat apaan sih? Orang udah dikasih murah kok, sekarang metadon gratis.' Itu, jawabannya seperti itu. Kok..."

"Iya, referensinya sih begitu. Katanya programnya cuma setaun ato setaun setengah, ternyata bertaun-taun.. Sebenarnya program ini kita mau lepas gitu dari semua yang namanya narkoba. Bukannya tambah turun, malah dinaikkan terus. Capek Mbak."

"Seharusnya kan dokter yang nganjurannya kamu begini begini begini, ni musti turun sekian sekian. Kalo kamu mau emang setaun ini mau berenti gitu kan."

Menurut mereka hal ini terjadi karena dokter kurang memahami kondisi dan permasalahan pecandu napza suntik. Seperti yang sudah dijelaskan oleh salah satu penyedia layanan dalam wawancara, di tingkat klien juga ditemukan keluhan mengenai kurangnya pengetahuan dokter mengenai layanan PTRM sehingga menghambat proses pengambilan keputusan yang diperlukan dalam penyediaan layanan.

[N8] Kalau bisa dokternya benar-benar dokter yang paham. Karena dokternya selalu ngasih jawabannya gak memuaskan. Kayak ngeremehin anak... ya kita-kita ini.

[N5] Namanya pecandu, ya kan. Sedangkan konseling itu, dia... dokternya sendiri gak selalu stay ada di tempat. Ketika kita mau konseling, dokternya gak ada. Ketika kita mau naik dosis, sama dokternya di... ini, apa namanya...

[N3] Ini lah, itu lah...

[N7] 'Besok aja ya, Mas.. He-eh, besok aja yaa..'

[N5] Siapa tahu aja masih bisa.

[N3] Iya, enak lo dia ngomongnya, dia gak mikirin. Kadang gue mikir dia gak ngerasin posisi kita. Emang mesti, dokter itu mesti benar-benar yang tahu benar deh. Kalau yang cuma, cuma status dokter doang aduh kasian benar.

Hambatan lainnya adalah klien harus melakukan tes urin dengan biaya sendiri untuk bisa turun dosis, padahal tidak semua sanggup untuk membayar. Khususnya klien yang tidak memiliki KTP DKI Jakarta tapi mengakses layanan PTRM di PKM yang ada di wilayah DKI Jakarta, mereka masih harus membayar sebesar Rp. 5,000 setiap kali mereka mengakses layanan PTRM. Untuk itu, dalam FGD yang dilakukan klien mengutarakan harapan mereka agar pelayanan metadon dapat berjalan lebih baik lagi, khususnya terkait dengan permohonan THD agar tidak dipersulit.

d. Pengalaman saat pertama kali mengakses layanan PTRM

Rata-rata responden mengetahui informasi mengenai PTRM dari teman dan LSM. Proses mengakses PTRM yang dilaporkan oleh responden kurang lebih sama seperti yang diinformasikan oleh petugas layanan yaitu: menemui dokter untuk konseling, asesmen, melakukan tes urin dengan membayar Rp. 25.000, dan langsung bisa mengakses metadon. Pada saat asesmen klien akan ditanya sejak kapan pakai, apa saja yang dipakai, dosis pemakaian putaw, dan diminta untuk menunjukkan bagian tubuh yang biasanya disuntik; mereka juga dirujuk untuk melakukan VCT. Klien juga diminta untuk membawa wali dan persyaratan lainnya (Kartu Keluarga, KTP, dll). Wali tidak harus berasal dari keluarga, tapi bisa juga dari LSM. Untuk klien yang pertama kali mengakses PTRM di lembaga permasyarakatan, tidak diperlukan syarat apapun, hanya konseling yang dilakukan oleh dokter. Semua pengguna putaw boleh mengakses PTRM, tanpa perlu wali, tes urin, atau persyaratan administrasi lainnya. Pada saat konseling dijelaskan bahwa PTRM adalah terapi jangka panjang, dan ditanya riwayat pemakaian napza. Ketika mereka dirujuk ke PTRM lain, dosisnya mengikuti dosis terakhir dan tidak perlu mengulang prosesnya dari awal.

Beberapa responden mengatakan mereka diberitahu bahwa PTRM adalah terapi jangka panjang, namun tidak ada perencanaan untuk durasi terapi. Setelah mereka mengakses PTRM

dalam waktu yang cukup lama, mereka baru diberitahu bahwa metadon hanya pengalihan. Mereka juga berpendapat tidak ada solusi yang bisa diberikan ketika ingin berhenti dari metadon. Jumlah klien yang dilaporkan berhasil lepas dari metadon sangat kecil.

Proses konseling yang dijalani oleh responden juga berbeda-beda, Ada yang perlu ditemani oleh wali dan ada yang sendiri. Bagi yang bersama wali, dokter tidak berinteraksi dengan wali. Biasanya justru wali yang akan banyak bertanya pada dokter. Ada juga yang mengatakan bahwa proses konseling dilakukan bergantian (klien dan wali). Selain dilakukan di awal, konseling jarang dilakukan atas inisiatif petugas. Konseling hanya dilakukan jika ada permintaan dari klien, biasanya membahas permasalahan sehari-hari. Hampir tidak pernah ada konseling mengenai adiksi ataupun konseling psikologis, padahal menurut salah satu klien konseling psikologi sangat diperlukan karena adiksi adalah masalah kejiwaan. Hal ini disebabkan karena tidak ada konselor adiksi atau psikolog yang bertugas di PKM untuk memberikan layanan konseling. Rata-rata mendapatkan kesan yang baik dan memuaskan ketika pertama kali mengakses PTRM. Namun semakin lama saat klien merasa jenuh, mereka merasa tidak mendapatkan solusi dari konseling yang dilakukan.

"Sebenarnya permasalahan adiksi ini kan permasalahan kejiwaan. Jadi memang kapasitas orang-orang di puskesmas ini gak ada spesialis kejiwaan atau psikolognya yang mengerti tentang psikologis mereka terganggu. Makanya alhasil kualitasnya seperti itu dalam menghadapi mereka."

e. Pengalaman dalam mengakses layanan PTRM saat ini

Secara keseluruhan, para peserta FGD menyatakan puas dengan layanan yang diberikan selama ini. Satu-satunya hal yang dirasakan menghambat adalah sulitnya untuk turun dosis. Sempat juga disebutkan perbedaan antara obat metadon yang dulu dan sekarang. Efek metadon yang dulu lebih terasa dibandingkan saat ini. Diinformasikan tentang praktek layanan PTRM di tempat lain, seperti RS Hasan Sadikin dan Rumah Cemara, dimana klien diberikan obat kamlet atau sanax setiap kali klien mengakses metadon. Hal ini karena klien susah tidur. Dengan cara ini akan mencegah klien untuk mencampur metadon dengan penggunaan zat lain.

Mengenai akses layanan, yaitu dari pagi hari, sekitar jam 09.00 sampai jam 12.30, dirasakan perlu diperpanjang, terutama bagi yang bekerja. Alasannya agar klien yang bekerja bisa mengakses layanan tepat waktu, karena ada aturan bahwa klien sama sekali tidak boleh terlambat.

[N5] Jamnya mungkin bisa diperpanjang. Kan dari jam 09.00 (sembilan) sampai 12.30 (setengah satu) tuh. Itu gak boleh telat. Kalau bisa diperpanjang sampai jam 14.00 (dua siang). Takutnya kan yang masih kerja

[N2] Kalau dibuat, mungkin pas tutupnya dikasih waktu lagi, setengah jam lagi.

[N3] Itu lah diperpanjanglah ya.

[N5] Katanya kalau telat satu menit pun itu gak bakalan dikasih.

[N7] Kalau saya menurut saya lebih enak lagi kayak di Kramat Jati ya. Jamnya sesuai sama PKM. Buka jam segitu, tutupnya pun sesuai dengan PKM. Lebih [40:00], lebih enak lagi begitu.

(Klien PTRM)

Di sisi lain, justru ada klien yang berpendapat peraturan dibuat untuk melatih kedisiplinan klien. Selain itu juga agar klien tidak meremehkan atau menggampangkan layanan PTRM.

[N7] Kurang. Ya seperti itu, memang sudah dikasih toleransi setengah jam cuma kadang-kadang kan kita ada mesti telatnya gitu. Telat satu menit gak dikasih. Baru tutup nih, gak dikasih.

[N3] Menurut saya sih, kita di..di..di..ajarin biar ini loh...

[N5] Tertib

[N3] Biar tertib. Gak gampangin gitu lah. Kan kebanyakan orang ah entaran lah, tanggung lah. Tanggung, tanggung.

[N5] Sebenarnya itu setengah jam itu udah kebijaksanaan dari mereka...

[N3] Iya, dari dia..

[N5] Cuma kadang-kadang

[N3] Nah iya, anak-anak tuh salah paham. Jadi maunya dia aja yang dingerti tapi dia gak ngertiin pihak PKM.

[N8] Kalau sekali-sekali aja orang itu toleransi pertama gak apa-apa, cuma kalau sampai dua kali melakukan ya dicabut itu.

[N5] Aslinya kan tepat jam 12 (dua belas), karena kebijaksanaan dokter itu dikasih setengah jam. Cuma kadang-kadang anak-anak gak ngerti.

(Klien PTRM)

Rata-rata responden tidak mengeluhkan layanan yang diberikan oleh petugas layanan, kecuali di satu PKM dimana koordinator HR di PKM tersebut baru menjabat sehingga banyak kebijakan yang berubah.

Rata-rata klien mengetahui aturan mengenai pemberian dosis. Dinyatakan bahwa kenaikan dosis bisa diajukan sesuai dengan kenyamanan klien. Klien bisa meminta dosis 5-10 mg setiap kali naik per hari, dengan maksimal 35 mg setiap minggu. Sedangkan salah satu syarat untuk bisa turun adalah dosis stabil selama minimal 3 bulan, kemudian harus melakukan tes urin dengan hasil negatif. Dosis maksimal turun adalah 5 mg per 2 minggu. Seperti yang telah disebutkan sebelumnya proses untuk naik dosis dirasakan oleh responden lebih mudah dibanding turun dosis. Salah satu klien menceritakan mengenai pengalamannya turun dosis karena merasa sudah jenuh. Tapi menurutnya ketika berada di dosis tersebut membuatnya lebih rentan untuk relaps. Adapun syarat untuk bisa mengambil THD adalah dosis stabil minimal 3 bulan, hasil tes urin negatif, surat keterangan/bukti bekerja, dan berkelakuan baik; dengan dosis maksimal 500 mg untuk dibawa. Kriteria kelakuan baik adalah selalu hadir dan tidak pernah membuat masalah.

Tes urin biasanya dilakukan 2 kali dalam setahun. Biasanya klien sudah bisa memperkirakan tes urin pasti akan dilakukan pada saat bulan puasa walaupun tanpa pemberitahuan sebelumnya. Prosedurnya setelah minum metadon, klien akan langsung dijaga untuk tidak kabur. Beberapa klien juga mengeluhkan keakuratan tes urin yang digunakan oleh layanan, sehingga membuat mereka merasa tidak perlu dilakukan tes urin. Namun ada juga yang mengatakan tes urin diperlukan agar benar-benar ada kesadaran untuk berhenti mencampur.

[N1] Kalo urin sih kurang, kurang. Gak begitu ya. Tapi kalo CD4 dan lain-lainnya harus deh. Kita lebih di perluin yang CD4 ato VCT sih dari pada tes urin.

[N2] Ya perlu gak perlu sih. Kalo itunya, berdasarkan atas kebaikan kita ya mungkin perlu. Biar buat evaluasi lah. Tapi kalo untuk takut-nakutinin pasien mah sih, gak usah lah.

[N3] Istilahnya ya kita biar ada kesadaran bener-bener untuk berentinya gitu. Kalo masih di mix kan, apa ya, maksudnya masih ragu dia untuk berenti kan gitu.

Pemeriksaan penunjang lainnya (SGPT/SGOT, CD4, viral load) belum tentu dilakukan, biasanya didahulukan untuk yang mengonsumsi ARV. Tes SGPT/SGOT juga dilakukan per 6 bulan, sedangkan pemeriksaan CD4 biasanya dilakukan hanya ketika ada event.

Selain konseling, untuk memfasilitasi kebutuhan klien diadakan *support group* 2 bulan sekali, baik oleh petugas layanan di PKM, klien, atau LSM. Klien akan mengajukan permintaan ke dokter untuk melakukan *support group*, terutama ketika ada masalah yang dirasa perlu untuk dibicarakan. Hal-hal yang biasanya dibicarakan dalam *support group* adalah berbagi perasaan, pengalaman kepatuhan, keluhan klien, dll. Klien berpendapat bahwa *support group* sangat bermanfaat untuk menjembatani antara klien dengan pihak PKM.

Tidak banyak yang memiliki pengalaman dikeluarkan dari layanan PTRM. Namun salah satu klien menceritakan pengalamannya ketika dikeluarkan dari PTRM sebelumnya setelah tidak datang selama 7 hari berturut-turut. Karena responden sudah diberitahu mengenai konsekuensi tersebut dari awal, maka ia tidak mempermasalahkannya.

Mengenai 'hukuman', klien akan dinaikkan dosis dan THD dicabut jika hasil tes urin positif, dinyatakan tidak efektif. Jika THD dicabut akan merusak ritme bagi klien yang bekerja. Di sisi lain, ketika klien membutuhkan konseling, dokter jarang ada di tempat.

Jika klien mengonsumsi ARV dan Obat Anti TBC (OAT) dosis metadonnya akan lebih tinggi dibanding yang tidak mengonsumsi. Hal ini disebabkan efek metadon akan diserap oleh obat tersebut. Bagi klien yang mengonsumsi ARV, juga tergantung jenis obatnya. Jika obatnya neviral dan duviral, setelah minum metadon klien akan diminta menunggu 15 menit untuk melihat reaksinya. Reaksi yang ditimbulkan biasanya mengakibatkan klien muntah. Jika muntah, maka metadonnya akan diganti 5% dari dosis dengan syarat klien masih berada di lingkungan PTRM.

Bagi yang berhasil lepas dari program (jumlahnya sangat kecil) prosedur yang dijalani adalah:

- Mengajukan permintaan ke dokter untuk program penurunan dosis
- Setelah mendapat persetujuan, maka perlahan-lahan dosis diturunkan setiap 2,5 mg, sampai akhirnya dosis 0 mg. Menurut responden, pada saat itu klien tetap merasakan sakaw. Untuk menghilangkan sugestinya klien hanya diberi sirup, tanpa pemberitahuan sebelumnya. Sampai akhirnya klien benar-benar bisa *clean*.

Berdasarkan pengalaman temannya tersebut semua klien yang menjadi responden menyadari bahwa memang yang paling penting adalah menghilangkan sugesti, salah satu caranya adalah

dengan tidak nongkrong dengan teman-teman yang masih menyuntik. Dukungan semangat yang positif dari dokter juga dirasakan sangat berpengaruh agar klien tidak patah semangat.

f. Faktor pendukung, tantangan/hambatan

Faktor-faktor yang mendukung klien mengakses PTRM adalah motivasi untuk bisa berhenti dari metadon; dan keinginan untuk lebih dekat dengan keluarga. Orang-orang yang bisa mendukung adalah pasangan, keluarga, LSM, teman-teman, dll. Perubahan perilaku klien setelah mengakses metadon dirasakan sangat mempengaruhi perlakuan keluarga kepada mereka. Dukungan yang paling dibutuhkan adalah dukungan moral berupa kepercayaan bahwa klien masih bisa berubah menjadi lebih baik.

[N3] Bentuk moral....Kayak spirit lah. Ya meyakinkan kita juga tuh bahwa kita masih bisa ngerubah diri lo tuh. Lo masih bisa. Gitu.

[N3] Kalau saya sih keluarga dan, terutama istri kita. Ya, nomor duanya keluarga kita. Keluarga kita kan mungkin gak mau ngelihat anaknya, masa ya anaknya begitu terus. Gitu kan. Kan mau anaknya juga benar. Tapi alhamdulillah, setelah kita metadon tuh, keluarga kita tuh ngelihat perubahan itu. Wah jauh banget, benar-benar jauh dari yang dulu kita masih kelihatan pakaw. Jauh deh.

[N4] Kalo saya motivasinya mungkin lebih ke komunitasnya Mbak. Saya gak bisa ngelepasin Mbak. Karna saya ngerasa udah satu hati sama anak-anak gitu Mbak."

Hampir semua klien menyatakan bahwa ada perubahan perilaku yang lebih baik setelah mengakses metadon. Perubahannya antara lain: rajin mandi, penampilan rapi, tata bahasa sopan, pola perilaku, mau berinteraksi dengan tetangga, respon dari keluarga dan lingkungan menjadi lebih baik, pola pikir (tadinya selalu mencari uang untuk pakaw, sekarang lebih memikirkan masa depan).

Ketika ditanya harapan untuk layanan PTRM, semua responden sepakat bahwa koordinator HR atau dokter yang melayani PTRM perlu lebih memahami mengenai kondisi klien. Mereka juga harus mendukung dan memfasilitasi keinginan klien untuk bisa lepas dari metadon. Salah satu contoh kasus: ketika ada yang ingin naik dosis dokter menyarankan untuk menahan dulu, mungkin masih bisa ditahan, dll. Contoh kasus lain adalah klien yang sudah keluar infeksi oportunistiknya (IO) dan meminta ARV, namun ditahan-tahan oleh dokter. Hal-hal tersebut

membuat klien merasa bahwa dokter kurang memahami dan terkesan meremehkan kebutuhan klien.

[N2] Waktu itu saya minta ARV, tapi 'Ntar aja lah', padahal emang udah waktunya habis.

[N] Kayak saya. Saya bilang sama dokternya, katanya 'Ntar dulu, ntar dulu, ntar dulu.' Kalau saya terlambat gimana? Saya udah ngerasa badan udah gak enak kan.

[N6] Karena dokter kurang paham...

[N] Kayak gak ngerti. Sakit panas, batuk, pilek. Udah itu doang resepnya

Dikarenakan banyak yang masih mengalami sugesti untuk menggunakan obat, maka program-program pengalihan atau kegiatan-kegiatan perlu dilakukan. Sebelumnya beberapa PKM sempat melakukan beberapa program seperti kerja bakti, namun sekarang sudah tidak ada.

[N1] Kan kalo ada kegiatan kita kan larinya itungannya pikirannya kesitu kan...Teralihkan. Kegiatan ini, begini-begini.. He eh..Sekarang kita gak punya untuk ke depannya... kemana kita.Kebanyakan bengong Mbak.

E. Kesimpulan

Beberapa temuan penting yang diperoleh dari penjajagan situasi layanan PTRM di empat puskesmas di DKI adalah sebagai berikut:

1. Adanya persamaan pengetahuan mengenai prinsip dasar pelaksanaan PTRM baik di tingkat layanan maupun klien. Hal ini terdiri dari syarat-syarat awal mengakses layanan, kebijakan pemberian dosis awal, THD, tapering off dan dosis bagi yang mengonsumsi obat ARV dan TB. Pelaksanaan di tingkat layanan telah mengacu pada pedoman yang digunakan walaupun tidak semua petugas mengetahuinya.
2. Tingkat kepatuhan klien cukup tinggi dan tingkat drop out cukup rendah.
3. Kurangnya konseling psikososial yang rutin ataupun konseling adiksi yang disediakan di sisi layanan. Konseling yang biasa dilakukan lebih berupa konseling untuk kenaikan atau penurunan dosis.

4. Kurangnya tenaga kesehatan untuk melayani PTRM, contohnya untuk tenaga konseling. Pelatihan dan peningkatan kapasitas juga perlu ditingkatkan terutama bagi tenaga yang baru ditempatkan.
5. Ada kaitan antara lama bekerja sebagai petugas layanan di PTRM terhadap kualitas layanan yang diberikan. Biasanya apoteker merupakan tenaga yang lama, tetapi dokter dan koordinator HR memiliki turn over yang tinggi.
6. Adanya perbedaan mengenai persepsi dan ekspektasi mengenai dosis antara petugas layanan dan klien. Dari sisi layanan, mereka lebih suka menaikkan dosis tetapi dari sisi klien lebih suka untuk diturunkan.
7. Adanya kejenuhan di antara petugas layanan dan klien dikarenakan prosesnya lama. Tingkat motivasi mengikuti layanan PTRM mempengaruhi kesuksesan klien dalam mengikuti program ini. Kehabisan uang dan harga putaw yang mahal menjadikan metadon jalan satu-satunya.
8. Klien yang mengikuti PTRM diharapkan tidak menggunakan napza apalagi menyuntik. Pada kenyataannya klien masih menggunakan napza dan adanya fenomena penggunaan multi drugs, seperti amphetamine dan benzodiazepam. Beberapa klien juga masih mengakses LASS tapi tidak ada mekanisme di tingkat layanan untuk menindak lanjuti klien PTRM yang masih mengakses LASS. Klien masih memiliki faktor sugesti yang kuat apalagi jika masih bergaul dengan teman-teman yang masih menggunakan napza.
9. Tes urin yang dilakukan sebagai sarana monitoring dan evaluasi dirasa tidak efektif oleh klien. Kriteria jenis obat yang positif yang digunakan sebagai indikator perlu ditinjau (misalnya, banyak yang positif benzodiazepam yang merupakan obat anti depresan).
10. Faktor-faktor pendukung kesuksesan terapi dari segi petugas layanan dan klien mengatakan bahwa pengaruh keluarga dan lingkungan sangat penting termasuk motivasi diri. Pelibatan keluarga sangat penting dalam mendukung proses terapi klien.

Bab III. Intervensi

A. Pengantar

Intervensi untuk memperkuat prosedur pemantauan klien rumatan metadon dikembangkan berdasarkan permasalahan-permasalahan yang muncul di dalam pelaksanaan layanan rumatan selama ini. Permasalahan-permasalahan ini bisa berasal dari klien rumatan, penyedia layanan (staf puskesmas) atau bisa juga berasal dari aturan atau pedoman yang menjadi acuan pelaksanaan rumatan. Sebagai sebuah penelitian operasional, maka intervensi ini hanya bisa dijalankan jika ada pemahaman dari pelaksana maupun pemanfaat program bahwa ada sesuatu yang kurang optimal di dalam prosedur pelayanan yang selama ini mereka terima atau berikan. Berbagai permasalahan ini telah diidentifikasi di dalam proses penjajagan situasi pada awal penelitian. Tetapi pemahaman ini belum cukup bagi sebuah intervensi untuk bisa dilaksanakan jika tidak ada kesediaan dari pelaksana maupun pemanfaat program untuk mengatasi permasalahan dalam pelayanan yang ada.

Salah satu ciri penelitian operasional adalah adanya keterlibatan yang besar dari pelaksana untuk melibatkan diri dalam penelitian operasional karena keterlibatan mereka merupakan bentuk dari upaya pelaksana program untuk memperkuat layanan yang diberikan yang pada gilirannya akan meningkatkan pemanfaatan program. Intervensi dalam penelitian operasional untuk mengoptimalkan sebuah program hanya akan efektif jika intervensi ini bisa dikendalikan dan dikelola oleh pelaksana program. Untuk itu dalam penelitian ini, pelaksana dan pemanfaat program terlibat secara aktif dalam berbagai tahapan penelitian misalnya mulai dari memberikan informasi tentang permasalahan yang terjadi dalam pelayanan, menentukan prioritas masalah atau masalah strategis yang menyebabkan tidak optimalnya pelayanan, menentukan dan memilih alternatif yang strategis pula untuk menyelesaikan masalah pelayanan, melaksanakan intervensi dan memperoleh hasil intervensi untuk dijadikan masukan untuk memperkuat pelayanan yang dilakukannya.

Serangkaian pertemuan telah dilakukan untuk menghasilkan intervensi yang disepakati oleh empat puskesmas pelaksana layanan TRM. Demikian pula, intervensi tersebut juga telah

memperoleh masukan-masukan dari pemangku kepentingan lain dalam PTRM seperti Kementerian Kesehatan RI, khususnya Subdit AIDS, Subdit Kesehatan Jiwa, Dinas Kesehatan, dan juga Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi (KPAP) DKI Jakarta. Rangkaian pertemuan yang telah diadakan untuk menghasilkan intervensi untuk memperkuat prosedur pemantauan klien rumatan metadon adalah sebagai berikut:

Pertemuan	Tempat/Tanggal Pelaksanaan	Peserta
Pertemuan 1 (Diskusi Hasil Penjajagan dan Identifikasi masalah-masalah strategis dalam PTRM)	Subdit AIDS, 26 Februari 2015	Kemenkes-Subdit AIDS, Dinkes DKI Jakarta, penyedia layanan dari PKM yang menjadi lokasi penelitian yang terdiri dari Koordinator HR dan perwakilan staf/Kader.
Pertemuan 2 (Menentukan Prioritas Permasalahan Layanan TRM dan Mengidentifikasi Alternatif Intervensi untuk Memperkuat layanan TRM)	Atma Jaya, 11 Maret 2015	Kemenkes-Subdit AIDS, Dinkes DKI Jakarta, penyedia layanan dari PKM yang menjadi lokasi penelitian yang terdiri dari Koordinator HR dan perwakilan staf/Kader.
Pertemuan 3 (Menggali lebih jauh tentang peran Kader dalam Layanan TRM sebagai bagian untuk pengembangan intervensi dari sisi klien)	Atma Jaya, 18 Maret 2015	Para Kader PTRM dari keempat PKM yang menjadi lokasi penelitian
Pertemuan 4 (Menggali lebih jauh tentang situasi Staf Layanan TRM untuk pengembangan intervensi dari sisi penyedia layanan)	PKM Tambora, 7 April 2015	Koordinator HR PKM Grogol Petamburan dan PKM Tambora

Setelah terjadi kesepakatan diantara peneliti dan pelaksana program TRM serta pemangku kepentingan yang lain. Rangkaian pelaksanaan kegiatan intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Waktu	Kegiatan	Peserta
8 April 2015	Peluncuran Intervensi	Kemenkes-Subdit AIDS, Dinkes DKI Jakarta, RSKO,

		penyedia layanan (Koordinator HR) Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir dan Kader.
	Pelaksanaan Intervensi:	
13-14 April 2015	a. Penyegaran Staf Layanan PTRM	Dinkes DKI Jakarta, RSKO, penyedia layanan (Koordinator HR) Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir dan Kader.
14-15 April 2015	b. Peningkatan Kapasitas Kader	Kader Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir
20-24 April 2015	Survei Baseline Intervensi	Klien PTRM Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir
8 Mei 2015	Monitoring Intervensi	Kader dan Koordinator HR Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir
11-15 Mei 2015	Survei Endline Intervensi	Klien PTRM Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir
22 Mei 2015	Evaluasi Intervensi	Kader dan Koordinator HR Puskesmas Tambora, Tj Priok, Grogol Petamburan dan Gambir

Secara rinci, gambaran tentang tahapan atau proses intervensi dalam penelitian operasional ini bisa di lihat pada bagian di bawah ini.

B. Permasalahan Strategis dalam Prosedur Pemantauan Klien Rumatan Metadon

Berdasarkan hasil penjajagan ada beberapa permasalahan pokok yang ditemukan dalam prosedur pelayanan rumatan metadon di lima puskesmas yang menjadi lokasi penjajagan ini yaitu:

- a. Sisi Penyedia Layanan

1. Pelaksanaan di tingkat layanan telah mengacu pada pedoman yang digunakan walaupun tidak semua petugas mengetahuinya.
2. Kurangnya konseling psikososial yang rutin ataupun konseling adiksi yang disediakan di sisi layanan. Konseling yang biasa dilakukan lebih berupa konseling untuk kenaikan atau penurunan dosis.
3. Kurangnya tenaga kesehatan untuk melayani PTRM, contohnya untuk tenaga konseling. Pelatihan dan peningkatan kapasitas juga perlu ditingkatkan terutama bagi tenaga yang baru ditempatkan.
4. Turn over yang tinggi pada dokter dan koordinator HR sehingga berpengaruh terhadap kualitas layanan.
5. Ada persepsi dan ekspektasi bahwa dosis yang tinggi akan membuat klien tetap tinggal di rumatan dan tidak menggunakan napza lain.
6. Kejenuhan di antara petugas layanan dikarenakan prosesnya lama dan melayani klien yang sama setiap hari.
7. Tes urin yang dilakukan sebagai sarana monitoring dan evaluasi dirasa tidak efektif. Kriteria jenis obat yang dianggap indikator kegagalan program TRM adalah penggunaan opioid. Sementara untuk obat lain tidak dianggap sebagai indikator ketidakpatuhan terhadap program rumatan. Kenyataan menunjukkan bahwa dari hasil tes urin, banyak klien positif benzodiazepam.

b. Sisi Klien

1. Kejenuhan untuk mengikuti terapi setiap hari dalam jangka waktu yang tidak diketahui.
2. Tingkat motivasi mengikuti layanan PTRM mempengaruhi kesuksesan klien dalam mengikuti program ini. Kehabisan uang dan harga putaw yang mahal menjadikan metadon jalan satu-satunya untuk menghindari *withdrawl* dalam jangka pendek.
3. Persepsi dan ekspektasi klien tentang dosis cenderung ingin turun karena merasa waktunya sudah memungkinkan untuk menurunkan turun sehingga menimbulkan perbedaan persepsi dan harapan dengan penyedia layanan.

4. Masih cukup banyak klien masih menggunakan napza dan adanya fenomena penggunaan multi drugs, seperti amphetamine dan benzodiazepam. Beberapa klien juga masih mengakses LASS tapi tidak ada mekanisme di tingkat layanan untuk menindak lanjuti klien PTRM yang masih mengakses LASS. Klien masih memiliki faktor sugesti yang kuat apalagi jika masih bergaul dengan teman-teman yang masih menggunakan napza.
5. Pengaruh keluarga dan lingkungan belum tampak cukup kuat dalam proses terapi ini sehingga bisa mempengaruhi tingkat motivasi diri klien.

Dalam kesempatan ini Subdit AIDS Kemkes RI menyoroti bahwa permasalahan yang menjadi perhatian utama adalah jumlah klien yang mengakses di berbagai layanan PTRM cenderung stabil. Sebagai contoh, dalam kurun waktu 3 bulan (September-Desember 2014) layanan PTRM di sebuah provinsi hanya menunjukkan peningkatan jumlah klien yang sangat minimal (3 orang dalam tiga bulan dalam satu provinsi).

Berdasarkan hasil peninjauan dan memperhatikan permasalahan tentang pemanfaatan layanan PTRM yang kurang berkurang seperti digambarkan oleh Kementerian Kesehatan, maka para peserta melihat bahwa permasalahan pokok dalam peyediaan layanan PTRM saat ini adalah penggunaan napza di luar metadon yang cenderung tinggi. Permasalahan ini menjadi prioritas dari para pelaksana program karena ada kecenderungan bahwa sekitar 52% dari klien rumatan metadon pada saat dilakukan tes urin menunjukkan positif menggunakan napza selain metadon (Data PTRM 4 Puskesmas, Februari 2015) . Meski cenderung beragam jenis napza yang dipakai tetapi ada kecenderungan bahwa peserta sebagian besar menggunakan anti depresan (benzodiazepine). Penggunaan heroin sangat sedikit ditunjukkan oleh klien rumatan metadon. Meski penggunaan napza selain heroin bukan merupakan indikator keberhasilan PTRM tetapi akan mengganggu kualitas terapi yang dijalani oleh klien rumatan metadon mengingat ketergantungannya dengan zat lain ini dikhawatirkan bisa menginterupsi ketaatannya dalam mengikuti rumatan. Ini menjadi sangat perlu diperhatikan jika penggunaan napza tersebut digunakan dengan menggunakan jarum suntik. Indikasi penggunaan jarum suntik untuk menggunakan napza ini bisa dilihat dari kenyataan bahwa

sebagian dari klien PTRM yang menggunakan napza juga mengakses LASS yang tersedia di wilayah tersebut.

Oleh karena potensinya dalam menghambat proses rumatan, maka disepakati bahwa permasalahan paling strategis dalam penyediaan layanan TRM di keempat puskesmas tersebut adalah penggunaan napza lain selain metadon. Dianggap strategis karena dengan menyikapi permasalahan tersebut, maka permasalahan yang terkait dengan drop out, kepatuhan, kualitas layanan dan retensi di dalam terapi bisa ditingkatkan.

Peserta mengidentifikasi dan memetakan berbagai alasan munculnya kecenderungan ini dari sisi penyedia layanan maupun dari sisi klien. Gambaran permasalahan strategis yang muncul dalam diskusi tampak dalam gambar di bawah ini:



Penyebab penggunaan napza lain selama mengikuti rumatan metadon dari sisi klien yang terutama adalah kejenuhan dalam mengikuti program TRM dengan beberapa faktor yang pendorong antara lain:

- Belum adanya konselor adiksi yang tidak hanya berfungsi untuk menangani naik-turun dosis tetapi juga untuk memantau perubahan perilaku klien karena masih kuatnya sugesti untuk menggunakan napza.
- Banyak klien PTRM tidak tahu kapan bisa berhenti sehingga merasa bosan dan tidak ada harapan. Isu ini muncul dikaitkan dengan proses asesmen awal yang belum optimal sebelum klien memutuskan untuk ikut PTRM. Klien perlu mendapatkan informasi dan

ikut melakukan perencanaan mengenai durasi untuk mengikuti PTRM mulai dari *tapering-off* sampai akhirnya bisa berhenti.

- Meningkatnya penggunaan napza lain di kalangan klien PTRM disebabkan kurang kondusifnya lingkungan PTRM dengan banyaknya bandar yang ada di sekitar PKM dan masih banyaknya klien PTRM lain yang masih menggunakan napza sehingga memicu seorang klien untuk tetap menggunakan napza.

Sementara itu, penyebab masalah tersebut dari sisi penyedia layanan adalah kejenuhan dalam memberikan pelayanan yang sifatnya jangka panjang. Beberapa hal yang mendorong munculnya kejenuhan ini adalah:

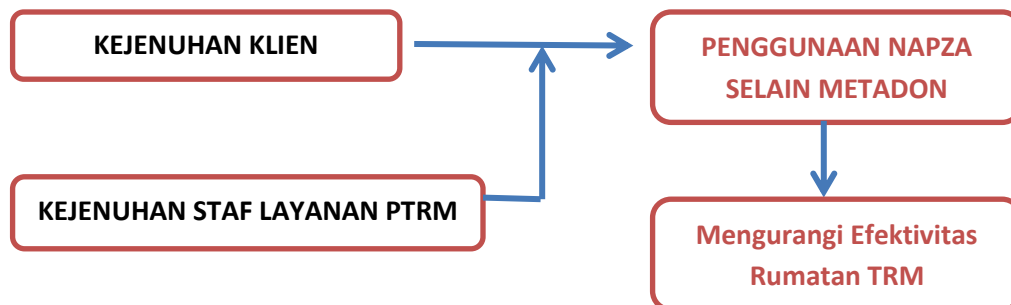
- Layanan perlu ada setiap hari, sementara jumlah sumber daya manusia terbatas dan memiliki banyak tugas.
- Masih kurang optimalnya peran kader puskesmas yang tugas kesehariannya lebih berfokus pada pekerjaan administrasi dari pada pendampingan dan pemantauan klien rumatan.
- Meningkatnya penggunaan napza lain pada klien menunjukkan belum adanya perubahan perilaku pada klien yang membuat penyedia layanan merasa pekerjaan yang dilakukannya tidak berhasil.
- Masih belum optimalnya koordinasi baik secara internal (antar petugas dan kader) maupun eksternal (dengan LSM harm reduction) dalam mengelola klien rumatan metadon.
- Masih terbatasnya atau belum adanya sistem pencatatan perkembangan klien sehingga mempersulit dalam melakukan pemantauan klien rumatan metadon.

C. Disain Intervensi Penguatan Pemantauan Klien Rumatan Matadon

Tujuan pengembangan disain intervensi adalah untuk menentukan intervensi yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas layanan PTRM berdasarkan permasalahan strategis yang telah disepakati pada pertemuan pemangku kepentingan sebelumnya. Tahap ini merupakan suatu rangkaian pertemuan diskusi dan konsultasi dengan para penyedia layanan dan pemangku

kepentingan. Pertemuan ini berfokus pada identifikasi berbagai alternatif pemecahan masalah atas masalah strategis yang disepakati. Rangkaian pertemuan ini merupakan bagian penting dalam penelitian karena melalui proses inilah tim peneliti berupaya untuk membangun rasa memiliki terhadap program pada para staf penyedia layanan PTRM agar mereka berpartisipasi aktif dalam seluruh proses penelitian.

Isu strategis yang telah disepakati adalah tentang masih tingginya angka penggunaan napza lain selain metadon pada klien PTRM yang dikhawatirkan akan menjadi hambatan bagi efektivitas program TRM. Demikian pula, telah diidentifikasi beberapa faktor dari sisi klien dan penyedia layanan yang diindikasikan menjadi faktor yang memungkinkan terjadinya peningkatan penggunaan napza selain metadon pada klien PTRM. Untuk menyederhanakan permasalahan tersebut, telah dibuat kerangka pemikiran yang akan dijadikan dasar untuk mengembangkan intervensi untuk mengurangi penggunaan napza selain metadon pada klien PTRM. Kerangka pemikiran ini bisa dilihat pada diagram di bawah ini:



Berdasarkan kerangka pemikiran di atas, maka alternatif intervensi dikembangkan dengan mempertimbangkan potensi sumber daya yang tersedia dan bisa digunakan atau dioptimalkan untuk melaksanakan intervensi tersebut sehingga intervensi yang dikembangkan bisa mampu laksana dan mampu hasil. Pendalaman tentang sumber daya yang dimiliki layanan menunjukkan bahwa staf layanan PTRM pada dasarnya sudah berfungsi sesuai dengan tugas dan pokok fungsinya, bahkan seringkali beban kerja masing-masing staf melebihi kapasitas mereka karena mereka bertugas tidak hanya di layanan PTRM. Meski demikian, ada kebutuhan staf puskesmas yang paling menonjol untuk mengoptimalkan layanan ini adalah diperlukannya penyegaran kembali berbagai prosedur pelayanan berdasarkan pedoman

pelaksanaan yang berlaku dan membangun kebersamaan antar anggota tim PTRM. Termasuk didalamnya adalah kebutuhan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan operasional dalam penyediaan layanan melalui berbagi pengalaman antar staf PTRM dari puskesmas yang lain.

Pada sisi lain, dari sisi kader yang secara fungsional merupakan penghubung antara penyedia layanan (Puskesmas) dan klien belum terlalu dioptimalkan walaupun sebenarnya memiliki potensi untuk berperan lebih besar mendukung pemantauan klien rumatan metadon. Kader merupakan seseorang yang secara ideal memiliki kedekatan atau pemahaman tentang karakteristik klien dan prosedur penyediaan layanan TRM. Kurang optimalnya fungsi kader ini disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kurang difungsikannya kader dalam melakukan pendampingan atau konseling awal bagi klien TRM. Selama ini mereka cenderung terlibat lebih banyak untuk urusan administratif klinik seperti pencatatan dan mengorganisasikan pertemuan, jika ada. Kedua, hingga saat ini kader yang ada belum memperoleh pelatihan untuk melakukan pendampingan, pemantauan klien atau melakukan komunikasi efektif dengan klien TRM sehingga kapasitas untuk melakukan pendampingan klien rumatan metadon memang relatif terbatas. Ini bisa terjadi karena kegiatan peningkatan kapasitas untuk kader juga sangat terbatas dan masih bersifat sporadis karena sangat bergantung dari ketersediaan dana dan disposisi yang diberikan untuk staf layanan, bahkan banyak di antara para kader di keempat PKM yang belum pernah mendapatkan pelatihan apapun terkait dengan PTRM karena pelatihan lebih banyak diberikan untuk dokter maupun perawat.

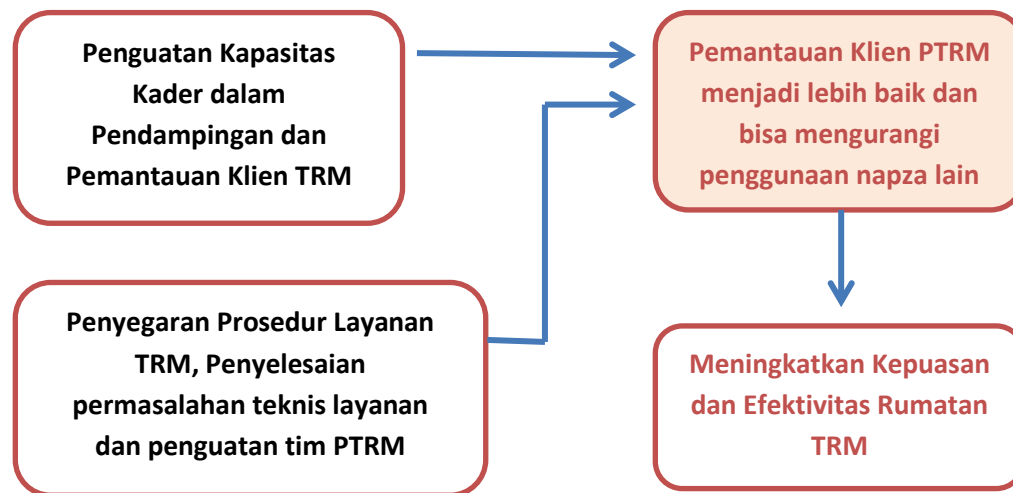
Dari sisi pedoman, mekanisme pemantauan dan evaluasi klien TRM masih sangat terfokus pada pendekatan klinis sementara pendekatan psikososial belum bisa dilakukan karena masih terbatasnya staf dengan kemampuan untuk memberikan layanan konseling psikososial. Tidak adanya konselor ini berakibat tidak adanya catatan perkembangan psikososial klien secara individual dan akibat lebih jauhnya adalah tidak tersedianya mekanisme pemantauan klien TRM secara sistematis. Tetapi untuk memiliki seorang staf puskesmas yang memiliki kapasitas konseling psikososial akan terkendala oleh administrasi dan pendanaan yang ada di puskesmas sehingga dalam waktu dekat tidak mungkin diadakan. Ada peluang untuk melakukan kerja sama dengan fakultas psikologi dari universitas di DKI untuk menempatkan secara berkala

mahasiswa psikologi untuk memberikan konseling adiksi tetapi perlu secara formal untuk dibicarakan di tingkat Dinas atau Suku Dinas Kesehatan bersama dengan pihak universitas. Untuk itu, salah satu peluang yang bisa dilakukan dalam waktu yang cepat adalah memanfaatkan kader yang ada untuk melakukan pemantauan terhadap klien rumatan dengan melakukan pendampingan secara lebih intensif dan sekaligus melakukan pencatatan atas berbagai perubahan sikap atau perilaku dari klien selama mengikuti terapi rumatan.

Berdasarkan kerangka pemikiran tentang permasalahan strategis dan identifikasi berbagai intervensi yang dilakukan oleh peserta dalam pertemuan pemangku kepentingan, maka telah dipilih dua intervensi untuk memperkuat prosedur pemantauan klien rumatan metadon. Pertimbangan mampu laksana dan mampu hasil menjadi pertimbangan utama dalam memilih intervensi ini. Ini berarti bahwa intervensi ini harus memperoleh persetujuan dari pelaksana program (puskesmas) baik koordinator/staf PTRM maupun kader yang ada. Dua intervensi yang disepakati oleh pelaksana program adalah :

1. Penyegaran staf puskesmas tentang PTRM, berbagi pengalaman tentang penyelesaian permasalahan teknis layanan dan membangun kekompakan tim PTRM di puskesmas.
2. Penguatan kapasitas kader dalam teknik pendampingan dan pemantauan klien rumatan metadon, termasuk pencatatan dalam rangka pendampingan dan pemantauan klien.

Secara logis, disain intervensi yang dikembangkan mengacu pada permasalahan strategis yang disepakati yaitu tingginya penggunaan napza lain selain metadon pada klien metadon. Penggunaan napza lain ini dipicu oleh adanya kejenuhan dari klien terhadap lamanya waktu terapi pada satu sisi dan tidak tersedianya konseling psikososial di layanan PTRM. Untuk menyikapi permasalahan sesuai dengan ketersediaan sumber daya yang tersedia adalah dengan melakukan penguatan terhadap fungsi kader di dalam PTRM yaitu dengan mendorong mereka untuk lebih melakukan kegiatan pendampingan dan pemantauan klien PTRM. Agar mampu melaksanakan fungsi ini akan dilakukan penguatan kapasitas kader dalam teknik pendampingan, pemahaman adiksi, teknik komunikasi sebagai media pemantauan terhadap klien TRM dalam selama masa terapi dan pencatatan perkembangan klien.



Pada sisi lain, juga telah disepakati bahwa permasalahan kejenuhan dari para staf PTRM juga berkontribusi terhadap peningkatan penggunaan napza lain pada klien TRM selama mengikuti terapi. Kejenuhan dari staf ini disebabkan bahwa terapi rumatan ini seringkali dianggap sebagai pemberian rutin metadon semata kepada klien setiap hari sehingga membuat jenuh apalagi ditambah dengan beban tugas lain yang dibebankan kepada yang bersangkutan. Akibatnya layanan TRM hanya sekedar memberikan metadon dan ini yang dikeluhkan oleh klien sebagai pemicu munculnya kejenuhan dalam mengikuti terapi. Lebih jauh, kejenuhan klien ini yang menjadi salah satu alasan penggunaan napza lain selain metadon selain permasalahan psikososial yang dihadapi oleh klien selama mengikuti terapi. Untuk menyikapi masalah ini maka intervensi yang disepakati adalah melakukan penyegaran kepada staf TRM di puskesmas tentang prosedur layanan TRM dan berbagi pengalaman dalam memberikan pelayanan termasuk ketika mengalami kejenuhan.

Dua intervensi ini diharapkan bisa memberikan dampak positif terhadap proses pemantauan perkembangan klien rumatan dalam mengikuti terapi. Artinya bahwa kejenuhan klien dalam mengikuti terapi atau menyelesaikan permasalahan yang dihadapi dalam menghadapi kecanduannya bisa ditangani dengan lebih baik oleh kader maupun oleh staf puskesmas. Berkurangnya kejenuhan dan tersedianya media komunikasi bagi klien diharapkan bisa menjadi alasan untuk mengurangi penggunaan napza lain selama terapi. Dengan demikian, berkurangnya penggunaan napza bisa menjadi langkah yang penting bagi klien untuk mengelola kecanduannya, berperilaku yang lebih aman dalam penggunaan napza, semakin

berkualitas kehidupan kesehariannya dan yang utama adalah meningkatkan kepuasan mereka terhadap layanan PTRM di masing-masing puskesmas.

Intervensi ini merupakan bagian yang paling penting di dalam penelitian operasional untuk memperkuat prosedur pemantauan klien rumatan metadon. Untuk mengetahui seberapa jauh intervensi ini berpengaruh terhadap penyediaan layanan TRM di Puskesmas maka tahapan-tahapan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:



Tujuan dari penelitian operasional adalah menentukan langkah-langkah perbaikan prosedur pelayanan yang strategis untuk meningkatkan efektivitas sebuah program. Oleh karena intervensi yang telah disepakati merupakan sebuah langkah untuk meningkatkan efektivitas program TRM maka perlu diketahui terlebih dahulu situasi program khususnya capaian program (output) sebelum dilakukannya intervensi. Harapannya adalah bahwa intervensi yang dilakukan bisa meningkatkan output dari program tersebut khususnya dalam penggunaan napza lain selain metadon pada klien rumatan.

Pengumpulan data awal terkait cakupan program (baseline data) akan dilakukan sebelum intervensi dilaksanakan (penyegaran staf puskesmas dan penguatan kapasitas kader). Intervensi yang dilakukan dalam penelitian operasional pada dasarnya adalah penguatan kapasitas staf PTRM sehingga yang penting dilihat adalah pada rencana tindak lanjut (RTL) dari kegiatan pengembangan kapasitas tersebut yang secara langsung akan terefleksi di dalam pelayanan PTRM di masing-masing puskesmas. Untuk itu, RTL diarahkan untuk memperkuat berbagai pelayanan di PTRM yang bisa mengurangi kemungkinan klien metadon untuk menggunakan napza lain selain metadon. Bagaimana RTL ini dilaksanakan dilihat berdasarkan data monitoring pelaksanaan RTL. Pada bagian akhir proses intervensi, sebuah evaluasi

intervensi dilaksanakan untuk mengetahui seberapa jauh intervensi ini mampu menghasilkan keluaran yang diharapkan yaitu menurunnya penggunaan napza selain metadon yang merupakan salah satu tujuan dari PTRM. Gambaran tahapan pelaksanaan intervensi akan dijelaskan pada bagian berikut ini.

D. Pelaksanaan Intervensi

1. Kick Off Intervensi dan Pengumpulan Baseline Data

Atas dasar disain intervensi yang telah disepakati oleh pelaksana program, dinas kesehatan, kementerian kesehatan dan peneliti maka sebuah pertemuan tanggal 8 April 2015 di Unika Atma Jaya dilaksanakan dengan melibatkan para pemangku kepentingan tersebut. Tujuan dari pertemuan adalah untuk membahas rencana operasional dari disain intervensi. Ini dilakukan mengingat masing-masing lembaga memiliki prioritas kerja sehingga diharapkan dalam pertemuan tersebut bisa disepakati jadwal-jadwal penting di dalam proses intervensi ini. Jadwal ini penting khususnya bagi puskesmas, kader dan peneliti untuk melaksanakan kegiatan lapangan.

Dalam pertemuan tersebut juga dibahas tentang proses pengumpulan baseline data sebagai dasar untuk mengukur seberapa besar pengaruh intervensi terhadap output yang diharapkan. Baseline data yang akan dikumpulkan adalah data cakupan 3 bulan sebelum intervensi dilakukan (Desember 2014, Januari – Februari 2015). Data perilaku klien yang diperoleh dengan melakukan survey secara random kepada 20 orang klien ruman per puskesmas. Data yang dikumpulkan terkait dengan informasi demografi, sejarah penggunaan napza, pengalaman mengikuti PTRM, penggunaan napza selama mengikuti TRM, kepuasan terhadap layanan TRM dan seberapa jauh manfaat keberadaan kader dalam layanan TRM. Baseline data juga diperoleh dengan melakukan FGD dengan kader terkait dengan peran mereka sebelum intervensi dalam pelayanan PTRM di masing-masing puskesmas.

Satu indikator penting yang dilakukan sebelum intervensi dilakukan adalah tes urin bagi peserta ruman. Oleh karena ada keterbatasan anggaran di masing-masing puskesmas untuk melakukan tes urin, maka tes ini tidak dilakukan kepada semua klien ruman.

Proses pengumpulan data yang sama (cakupan, perilaku, peran kader dan tes urin) akan dilakukan pada akhir intervensi. Isu ini perlu disampaikan dalam pertemuan ini mengingat bahwa data tersebut hanya bisa diperoleh jika proses pengumpulan data ini didukung oleh semua pihak yang terlibat. Hasil pengumpulan baseline data lebih rinci akan dipaparkan pada bab berikutnya.

2. Pelaksanaan Intervensi

Sesuai dengan kesepakatan semua pihak, kegiatan penguatan kapasitas baik staf puskesmas maupun kader dilaksanakan pada tanggal 13-15 April 2015. Secara penuh, kegiatan ini diikuti oleh staf dan kader dari empat puskesmas (Grogol Petamburan, Tambora, Tanjung Priok dan Gambir) dan juga dihadiri perwakilan dari Kemenkes-Subdit AIDS, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, KPAP, RS Fatmawati dan RS Ketergantungan Obat sebagai Rumah Sakit Pengampu keempat PKM. Keterlibatan pemangku kepentingan lain dalam kegiatan penguatan kapasitas dimaksudkan agar proses ini memungkinkan staf puskesmas dan kader keempat puskesmas bisa memperoleh penyegaran dan pengayaan dari para pemangku kepentingan dimana kesempatan seperti ini akan sulit untuk dilakukan pada pertemuan rutin program. Selain itu, kegiatan bersama ini juga memungkinkan untuk saling berbagi informasi dan pengalaman masing-masing. Pertemuan ini sengaja dilakukan bukan di tempat kerja dimaksudkan agar semua staf layanan dan kader PTRM selama beberapa hari fokus untuk terlibat dan mengikuti seluruh kegiatan-kegiatan pengembangan kapasitas. Jadwal kegiatan pengembangan kapasitas adalah sebagai berikut:

a. *Penyegaran staf layanan PTRM*

Staf PTRM yang terlibat dalam pengembangan kapasitas adalah Koordinator HR, Kader, Farmasi dan Perawat. Sesuai dengan disain intervensi, tujuan pengembangan kapasitas ini adalah untuk mengurangi kejenuhan yang dialami oleh para staf PTRM dalam melakukan tugasnya sehari-hari dengan melakukan penyegaran informasi terkait dengan PTRM dan diskusi tentang permasalahan dan solusi dalam penyediaan layanan TRM. Gambaran sesi-sesi dalam kegiatan pengembangan staf puskesmas adalah:

1) Team Building

Sesi ini bertujuan untuk meningkatkan rasa kebersamaan antar sesama staf program, membangun rasa kepemimpinan dan meningkatkan kerjasama dalam tim PTRM. Dalam kegiatan ini peserta dibimbing oleh dua orang konsultan dari Unika Atma Jaya yang memberikan pengarahan bagi peserta untuk terlibat dalam permainan-permainan di luar ruangan yang cukup menyenangkan namun penuh dengan nilai-nilai yang diharapkan dapat berguna bagi para peserta dalam menjalankan pekerjaannya di layanan PTRM. Nilai-nilai yang didapatkan oleh peserta dari kegiatan ini antara lain: kekompakan, tahu bagaimana menerapkan prioritas dalam pekerjaan, menaati prosedur, mengikuti perintah dari pemimpin, kerjasama dalam tim, saling mendukung dalam pekerjaan, meningkatkan konsentrasi, integritas dalam bekerja, berkomunikasi yang efektif, peran pemimpin, kreativitas dan pentingnya pendokumentasian dalam bekerja. Nilai-nilai ini dirasa cukup sesuai dengan apa yang dibutuhkan para staf PTRM dalam melakukan pekerjaannya di layanan. Melalui kegiatan ini diharapkan kebersamaan dan kerjasama dalam tim semakin diperkuat dan masing-masing mampu melakukan tugas dan tanggung jawabnya dengan lebih baik dan efektif.

2) Sharing terkait pengetahuan dan permasalahan di layanan PTRM

Tujuan dari sesi ini adalah untuk saling berbagi informasi dan pengalaman dalam melayani klien dengan mempertemukan seluruh staf layanan PTRM dan para pemangku kepentingan serta RS Pengampu. Beberapa pemangku kepentingan yang hadir antara lain dari pihak Kemenkes-Subdit AIDS, KPAP dan para dokter dan perawat yang berpengalaman dalam layanan PTRM dari RS Fatmawati (sebagai RS Pengampu PKM Gropet) dan RSKO (sebagai RS Pengampu PKM Gambir, Tanjung Priok, dan Tambora). Sesi ini difasilitasi oleh kedua Koordinator HR dari PKM Gropet dan Tambora yang merupakan Koordinator HR yang sudah cukup berpengalaman di antara keempat PKM yang terlibat dalam penelitian ini. Dalam sesi ini para peserta dan pemangku kepentingan serta pihak RS pengampu saling berbagi informasi, permasalahan yang dihadapi dan berkoordinasi dalam mencari solusi terhadap permasalahan yang ada di layanan PTRM. Sesi ini dirasa sangat bermanfaat dan diharapkan dapat dilakukan terus

mengingat koordinasi staf baik dengan sesama layanan PKM, RS maupun pemangku kepentingan sangat diperlukan dalam meningkatkan kualitas layanan.

Topik-topik yang dibahas dalam sesi ini antara lain terkait pengalaman staf layanan dalam memberikan pelayanan kepada klien rumatan adalah sebagai berikut:

- Menghadapi klien yang meminta THD
- Mengenai pemberian punishment untuk klien yang tidak patuh mengikuti terapi,
- Beban kerjas staf PTRM,
- Penggunaan multidrugs,
- Membangun kerjasama dengan Fakultas Psikologi di DKI Jakarta untuk mendukung penyediaan layanan konseling adiksi.

Dalam pembahasan topik-topik tersebut, diberikan masukan juga dari semua pihak baik dari pemangku kepentingan maupun rumah sakit pengampu sehingga staf penyedia layanan merasa sangat terbantu dan mendapatkan informasi yang tepat secara langsung dari pihak pembuat kebijakan dan memiliki pengalaman lebih banyak dalam menjalankan layanan PTRM.

3) Review dan Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Dalam sesi ini peserta diajak untuk mereview kembali sesi team building dan sesi sharing yang telah dilakukan sebelumnya, mengambil manfaat dari sesi-sesi tersebut dan memikirkan bagaimana mengaplikasikan pengalaman yang diperoleh dalam pekerjaan sehari-hari. Setelah melakukan review, masing-masing tim dari setiap PKM diminta untuk bersama-sama memikirkan rencana tindak lanjut dan membuat komitmen yang akan dilakukan di masing-masing PKM untuk meningkatkan kualitas layanan PTRM. Rencana tindak lanjut yang disepakati adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan tes urin bagi klien rumatan sebelum dan sesudah intervensi
- b. Kader akan menggunakan form-form laporan harian sebagai bentuk kegiatan pemantauan klien.
- c. Memberikan laporan capaian program TRM bulanan hingga bulan Mei 2015.

- d. Menerapkan pemahaman tentang pelayanan PTRM berdasarkan praktek-praktek yang dibagikan dalam sesi permasalahan dan solusi layanan PTRM.
- e. Mendukung proses pengumpulan data dari klien PTRM dan kader PKM dengan menentukan jadwal pengumpulan data.

b. Penguatan Kapasitas dan Fungsi Kader

Kegiatan ini diikuti oleh dua orang staf PTRM untuk tiap-tiap PKM yang terdiri dari koordinator HR dan kader. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan kapasitas kader terutama dalam menjalankan fungsi manajemen kasus yaitu untuk menggali masalah, mendengarkan dan berkomunikasi dengan penasun serta memastikan bahwa klien memperoleh layanan yang dibutuhkan. Diharapkan dengan melakukan fungsi manajemen kasus, maka mekanisme pemantauan klien rumatan menjadi semakin baik termasuk di dalam proses pendokumentasian dan pemanfaatannya bagi pengambilan keputusan terkait dengan layanan yang diberikan bagi klien rumatan. Mekanisme pemantauan klien rumatan yang sistematis dan rutin diharapkan mampu mendeteksi berbagai perubahan perilaku dari klien terkait dengan perawatan yang sedang dilakukan termasuk penggunaan napza selain metadon. Fungsi manajemen kasus dan pemantauan klien bisa dilaksanakan dengan baik jika kader memiliki ketrampilan komunikasi yang baik khususnya dengan klien dan penyedia layanan. Untuk itu, pengembangan kapasitas untuk kader juga disertai dengan penguatan ketrampilan komunikasi yang diharapkan bisa mendukung fungsi manajemen kasus dan pemantatau klien. Koordinator HR di setiap PKM dilibatkan dalam penguatan kapasitas kader karena mereka yang melakukan supervisi terhadap pekerjaan kader sehari-hari. Gambaran materi kegiatan peningkatan kapasitas kader adalah sebagai berikut:

1) Adiksi dan Modalitas Treatment

Sesi ini berisi materi mengenai pemahaman terkait adiksi dan napza, epidemiologi penggunaan narkotika secara nasional, penatalaksanaan terapi dan rehabilitasi, tujuan terapi ketergantungan narkotika, konsep dasar proses terapi, tahap perubahan dalam terapi, macam-macam terapi dan program pengurangan dampak buruk serta teknik

meningkatkan motivasi dalam penanggulangan masalah adiksi. Fasilitator dalam sesi ini adalah kedua koordinator HR dari dua PKM yang menjadi lokasi penelitian. Dalam sesi ini dibahas juga contoh kasus yang pernah ditangani sebagai bahan diskusi dengan para kader dalam memahami kasus adiksi dan penanggulangannya.

2) *Bekerja dengan pecandu*

Sesi ini bertujuan untuk memberikan pembekalan dan informasi mengenai siapa itu pecandu, apa itu ketergantungan dan teori model ketergantungan, apa itu relapse dan karakteristik pecandu, bagaimana pengalaman dan tips-tips dalam bekerja dengan pecandu maupun mantan pecandu. Sesi ini diberikan oleh seorang program manager dari satu lembaga yang sudah cukup lama menjalani program pengurangan dampak buruk dan fokus bekerja mendampingi pengguna napza suntik.

Dalam sesi ini diberikan informasi kepada para kader bahwa ketika bekerja dengan pecandu perlu untuk fokus pada komitmen serta pada klien yang memiliki komitmen untuk menjalani program. Bekerja dengan pecandu adalah bekerja dengan seorang manusia sehingga perlu bekerja dengan hati, namun penting juga untuk kembali pada komitmen. Pentingnya memiliki agenda berisi rencana kegiatan dan selalu melakukan pencatatan dalam melakukan pekerjaan juga ditekankan bagi para kader. Kader juga didorong ketika bekerja dengan pecandu untuk selalu menunjukkan sifat membantu mereka sehingga bisa memperoleh kepercayaan yang tinggi dari klien.

3) *Keterampilan menggali masalah, berkomunikasi dan memberikan konseling untuk pecandu*

Dalam sesi ini para kader diajak untuk tau cara berkomunikasi dalam kegiatan outreach dan memahami pentingnya keterampilan untuk menggali masalah dan memberikan konseling kepada klien PTRM untuk membantu mereka mengakses layanan secara lebih optimal. Melalui komunikasi yang baik, dampingan dapat dibantu untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan untuk mengakses berbagai sumber daya dalam layanan serta diajak untuk mengerti dirinya sendiri. Komunikasi yang efektif memerlukan empati untuk dapat membangun hubungan yang baik dengan klien,

kemampuan mendengarkan secara aktif (dengan menggunakan teknik probing, parafrase dan membuat kesimpulan) serta kemampuan untuk mengidentifikasi masalah yang dialami klien PTRM.

Setelah mengetahui apa yang menjadi minta dampingan, kemudian kemampuan yang diperlukan seorang kader adalah kemampuan untuk dapat memberikan informasi dengan cara yang mudah diterima oleh klien. Dalam sesi ini para kader juga diberikan informasi terkait perilaku berisiko (penggunaan napza, jarum suntik dan perilaku seksual berisiko) yang menjadi cara penularan berbagai penyakit infeksi yang menjadi dampak buruk dari penggunaan napza. Lebih lanjut diberikan juga materi terkait tahap-tahap perubahan perilaku dan bagaimana memberikan konseling yang efektif untuk mendorong perubahan perilaku dan mempertahankan perubahan itu pada klien. Sesi ini dirasa sangat bermanfaat dan menarik karena diberikan secara interaktif dengan contoh-contoh kasus yang pernah ditangani oleh para kader dalam pekerjaannya sehari-hari.

4) Kebijakan dan aturan pemakaian napza

Sesi ini bertujuan untuk memberikan pemahaman mengenai kebijakan dan aturan terkait pemakaian napza dan adiksi di Indonesia, memahami kebijakan harm reduction, memahami sistem tata laksana layanan PTRM serta peran dan fungsi kader dalam layanan PTRM. Harapan dalam pemberian informasi ini adalah meningkatkan peran dan fungsi kader muda untuk melakukan pendampingan terutama dalam kaitannya dengan kegiatan advokasi atau pada klien yang tersangkut kasus hukum. Dalam sesi ini juga dilakukan diskusi-diskusi menggunakan contoh kasus yang dialami oleh teman-teman kader dalam pekerjaan mereka.

5) Pendokumentasian & pengelolaan data.

Seperti dijelaskan pada bagian-bagian sebelumnya, bahwa penting bagi seorang kader dalam menjalankan fungsinya sebagai manajer kasus untuk melakukan pencatatan dan pelaporan atau pendokumentasian data dalam melaksanakan pekerjaan sehari-hari, maka sesi ini diberikan dengan tujuan untuk memberikan pembekalan bagi para kader

terkait teknik pencatatan dan pelaporan. Para kader diberikan pembekalan mengenai pentingnya melakukan asesmen, perencanaan, serta melakukan proses monitoring dan evaluasi. Untuk melakukan hal tersebut maka diperlukan sistem pencatatan atau pendokumentasian yang baik dan tepat guna. Adapun manfaat dan tujuan pencatatan adalah untuk mengurangi kesibukan mengutip atau menyalin kembali, pembakuan kerja, pengklasifikasian data, mempermudah prosedur kerja, sebagai alat perencanaan dan sebagai alat untuk pengawasan dan evaluasi. Pencatatan ini tidak hanya untuk kepentingan individu melainkan juga untuk kepentingan program dan sistem untuk memonitor pelaksanaan program secara lebih luas dengan baik. Dalam sesi ini diberikan contoh-contoh form rencana kerja dan pelaporan yang dapat digunakan oleh para kader dalam pekerjaan mereka sehari-hari. Form-form tersebut yang akhirnya digunakan dalam masa intervensi oleh para kader untuk melakukan perencanaan dan pelaporan kegiatan.

E. Monitoring Intervensi

Monitoring pelaksanaan RTL pengembangan kapasitas staf dan kader puskesmas dilakukan melalui diskusi kelompok terfokus yang melibatkan para kader dari keempat PKM sebagai peserta. FGD ini dilakukan di Unika Atma Jaya pada tanggal 8 Mei 2015. Topik diskusi yang dibahas dalam kegiatan monitoring ini adalah :

- 1) Informasi pelaksanaan pengumpulan baseline dari masing-masing kader mengenai pelaksanaan tes urin pra-intervensi (berapa banyak yang berhasil dites, bagaimana mekanisme pelaksanaan tes urin),
- 2) Penggunaan form rencana dan laporan kerja mingguan, hal yang dirasakan berbeda setelah mengikuti lokakarya bersama dengan staf layanan
- 3) Masalah dan hambatan yang muncul untuk melaksanakan RTL pengembangan kapasitas
- 4) Perubahan-perubahan yang dirasakan dalam pelayanan sebagai hasil dari pengembangan staf

Berikut adalah hasil diskusi kelompok terarah sebagai metode monitoring pelaksanaan RTL pengembangan kapasitas.

a) *Tes Urine untuk Klien Rumatan*

Tes urin pre intervensi sudah dilakukan sebelum dilaksanakan lokakarya sesuai dengan jadwal yang telah dibuat di puskesmas. Metode pengambilan tes urine di masing-masing puskesmas cukup bervariasi. Satu puskesmas menggunakan metode memberikan *take home dose* kepada semua klien dan esok harinya diminta untuk datang untuk minum metadon tetapi sebelumnya dilakukan tes urine. Untuk memastikan bahwa semua bisa hadir maka jika ada peserta yang tidak datang maka yang bersangkutan tidak diperbolehkan mengambil THD selama sebulan. Metode ini cukup efektif untuk memobilisasi klien untuk melakukan tes urin. Semua klien selalu datang sehingga dapat diambil tes urin. Sementara itu di Puskesmas lain, tes urine dilakukan dengan metode 'menangkap' klien yang akan minum metadon dalam beberapa hari. Metode ini juga efektif karena hanya sedikit klien yang tidak mengikuti tes urine tersebut. Pendekatan berbeda dilakukan oleh Puskesmas yang lain lagi, dimana sebelum tes urine dilakukan pertemuan dengan semua klien rumatan. Hasil dari tes urine kemudian dibacakan pada saat pertemuan berikutnya. Tidak semua klien rumatan dites urine di Puskesmas yang keempat karena keterbatasan sumber daya dan waktu. Tes urine sebelum lokakarya hanya melibatkan 25% dari jumlah klien rumatan yang ada.

b) *Penggunaan Form Rencana dan Laporan Kegiatan*

Semua kader mengakui bahwa form-form tersebut sangat bermanfaat dan membantu dalam melakukan pekerjaan mereka secara lebih efisien namun pada akhirnya tidak semua kader berhasil menggunakan form tersebut secara lengkap. Seorang kader sampai saat dilakukan proses monitoring ini belum secara lengkap menuliskan rencana kerja menggunakan form yang diberikan oleh peneliti karena belum terbiasa melakukan perencanaan. Kader di puskesmas lain telah mencoba menggunakan form tersebut merasa bahwa pekerjaan mereka menjadi lebih rapih karena sudah terjadwal dan mereka merasa lebih bertanggung jawab untuk melaksanakan karena telah membuat perencanaan atas pekerjaan mereka masing-masing. Pembuatan lembar

rencana dan laporan kerja ini juga dianggap bermanfaat karena dapat menjadi laporan (bukti) tertulis mengenai hal apa saja yang dikerjakan kader, khususnya ketika ditanya oleh Koordinator HR. Kader puskesmas yang lain juga menjelaskan bahwa dengan membuat rencana kerja dirinya merasa termotivasi karena ada target yang harus dicapai oleh diri sendiri.

c) *Tantangan dan hambatan layanan*

Berdasarkan pengalaman keterlibatan kader dalam pelayanan PTRM, beberapa tantangan dan hambatan layanan yang masih dihadapi adalah sebagai berikut::

- (1) Pelaksanaan tugas menjangkau, memberikan informasi, dan mendampingi klien rumatan, beberapa kader menunjukkan sikap yang berbeda. Misalnya seorang kader mengatakn bahwa hal-hal yang dibahas dalam lokakarya adalah hal-hal yang selama ini sudah ia lakukan dalam pekerjaannya sehingga merasa bahwa tidak ada tantangan yang dihadapi dalam mendampingi klien. Tetapi sebaliknya bagi kader yang selama ini tidak berfokus pada pendampingan klien merasa bahwa penguatan kapasitas kemarin menantang mereka untuk mampu bisa berkomunikasi dengan baik dan menunjukkan sikap membantu kepada klien.
- (2) Demikian juga muncul hambatan dari penyelia kader jika yang bersangkutan tidak terlibat atau mengetahui pentingnya penguatan kapasitas kader karena penguatan kapasitas ini membuat kader bekerja cenderung melebihi dari yang ditugaskan (misalnya hanya catat mencatat menjadi melaksanakan fungsi manajemen kasus)
- (3) Pengalaman nyata melakukan konseling kepada klien PTRM belum dilakukan karena pendeknya waktu untuk menerapkan hasil penguatan kapasitas. Tetapi kesempatan untuk melakukan konseling sangat terbuka karena ada beberapa klien yang sering menceritakan masalahnya kepada para kader.

d) *Perubahan dalam Pelayanan*

Selain tantangan dan hambatan, dalam diskusi tersebut juga diidentifikasi beberapa perubahan di dalam pelayanan kepada klien, antara lain:

- Setelah mengikuti pengembangan kapasitas kader merasa menjadi 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, dan membantu klien PTRM.
- Pertemuan yang menghadirkan semua staf layanan PTRM di PKM dengan Kemenkes, Keswa dan RSKO seperti yang dilakukan dalam lokakarya kemarin sangat bermanfaat. Sebelumnya pertemuan seperti ini tidak pernah diadakan. Dalam pertemuan tersebut semua staf layanan PTRM yang hadir mendapatkan informasi yang sama sehingga menciptakan suasana kerja yang lebih kondusif di layanan, khususnya di antara sesama staf. Sebagai contoh, saat menghadapi kasus tertentu, kalau sebelumnya masing-masing punya informasi dan pengetahuan yang berbeda dan saling mempertanyakan apa yang seharusnya dilakukan, setelah lokakarya semua bisa menentukan kesepakatan berdasarkan informasi yang mereka dapat dari lokakarya.
- Kader melaporkan salah satu kebiasaan baru yang ia lakukan setelah lokakarya sebagai inisiatifnya sendiri, yaitu mencatat dan meringkas data-data & informasi penting terkait layanan setiap bulannya (jumlah pasien aktif, DO, rujuk masuk dan keluar, THD, dsb). Hal ini ia lakukan karena dalam pelaksanaan tugasnya kader merasa seringkali membutuhkan informasi ini dengan cepat tapi selama ini setiap kali data dibutuhkan ia tidak bisa mengaksesnya langsung. Selain itu, dari pengalaman beberapa bulan terakhir Kader dan staf layanan seringkali merasa kesulitan saat tim peneliti dari Atma Jaya butuh untuk mengakses data-data ini.
- Ada perubahan sikap dan keluwesan dalam bekerja sama satu sama lain dalam tim PTRM.
- Kader merasa materi yang diberikan waktu pelatihan kemarin sangat bermanfaat khususnya terkait teknik berkomunikasi dalam menghadapi klien yang sedang

mabok/marah-marah. Merasa lebih mampu menghadapi klien yang sedang marah yaitu dengan berusaha mendengarkan terlebih dahulu, berbicara pelan-pelan, dan akhirnya klien bisa luluh.

- Kader merasa lebih lebih “dilihat” atau dirasa penting perannya dalam PTRM. Salah satu kader juga menambahkan bahwa dengan adanya lokakarya kemarin, staf lain lebih terbuka pikirannya untuk melihat peran penting kader dalam layanan.

Dalam diskusi ini juga ada kesempatan bagi para kader untuk diperkuat secara teknis ketika menghadapi berbagai kendala dalam melaksanakan fungsi dan perannya dalam PTRM. Tips dalam mendekati dan berbicara dengan klien juga diberikan fasilitator (peneliti) agar fungsi manajemen kasus menjadi lebih memungkinkan. Demikian pula cara-cara untuk melengkapi dokumentasi dan pelaporan juga diberikan masukan oleh para peneliti.

Bab IV Evaluasi

A. Tujuan

Evaluasi bertujuan untuk menilai seberapa jauh intervensi yang dilakukan (pengembangan kapasitas staf puskesmas dan kader) dalam mengurangi penggunaan napza selain metadon sehingga bisa memperkuat efektivitas program rumatan metadon. Secara spesifik evaluasi ini akan mengukur:

1. Apakah penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas sebagai intervensi untuk mengurangi kejenuhan klien bisa berkontribusi terhadap pengurangan penggunaan napza selain metadon di antara para klien rumatan metadon?
2. Apakah ada perubahan dalam perilaku penggunaan napza dari klien sebelum dan sesudah intervensi?
3. Apakah ada perubahan kepuasan klien terhadap layanan TRM yang diterima dan kepuasan terhadap peran kader dalam mendukung klien dalam terapi rumatan metadon.

B. Disain Evaluasi

Untuk mencapai tujuan evaluasi seperti tersebut di atas maka disain evaluasi yang digunakan adalah evaluasi *pre-post intervention* dimana keluaran pemantauan klien rumatan metadon yang berupa penggunaan napza selain metadon sebelum dan sesudah intervensi akan diperbandingkan. Demikian juga beberapa variabel yang relevan dengan pemantauan klien rumatan seperti pola perilaku penggunaan napza, cakupan program, klien take home dose dan peran kader sebagai fasilitator klien dalam mengakses layanan TRM juga akan dikumpulkan untuk memberikan konteks terhadap perubahan jika terjadi. Disain evaluasi dalam penelitian ini bisa digambarkan pada diagram di bawah ini:



Evaluasi ini mengasumsikan bahwa perubahan-perubahan yang terjadi sebagian dikontribusikan oleh intervensi ini meskipun evaluasi ini tidak bisa sepenuhnya bisa mengisolasi atau mendeteksi faktor-faktor di luar intervensi yang mungkin berpengaruh terhadap hasil akhir dari intervensi ini. Evaluasi yang telah dilakukan berfokus pada isu-isu strategi sebagai-berikut:

1. *Perubahan penggunaan napza selain metadon*

Fokus evaluasi dari sisi kinerja layanan adalah untuk menilai sejauh mana intervensi yang dilakukan memberikan pengaruh terhadap penggunaan napza selain metadon dengan cara membandingkan antara situasi 3 bulan sebelum intervensi dilakukan (Desember 2014 – Februari 2015) dengan cakupan selama intervensi dilaksanakan (Maret– Mei 2015). Selain mengumpulkan data tentang perubahan penggunaan napza, juga akan dilihat data tentang cakupan program yang mencakup perkembangan jumlah klien yang rutin mengakses layanan TRM, klien yang memperoleh take home dose dan angka drop out dari layanan. Data ini dikumpulkan untuk bisa memberikan konteks bagaimana situasi layanan TRM di masing-masing puskesmas.

2. *Perubahan perilaku penggunaan napza*

Intervensi yang dilakukan pada dasarnya merupakan upaya memperkuat proses tata laksana pelayanan terapi rumatan metadon khususnya dari sisi penyedia layanan. Meskipun demikian perlu dilihat bagaimana dinamika klien metadon selama masa

intervensi terkait dengan penggunaan napza. Perubahan perilaku penggunaan napza ini diasumsikan dikontribusikan oleh perubahan dalam tata laksana pelayanan yang dilaksanakan oleh staf dan kader puskesmas. Hal-hal yang dilihat dalam perilaku penggunaan napza adalah:

- a. Pengalaman penggunaan napza sebelum mengikuti terapi
- b. Pengalaman mengikuti terapi rumatan metadon
- c. Pengalaman penggunaan naza selain metadon selama mengikuti terapi

3. *Perubahan kepuasan Klien*

Evaluasi ini juga mencoba untuk melihat dampak intervensi terhadap kepuasan klien setelah dilakukannya intervensi. Dua aspek kepuasan klien yang dilihat adalah kepuasan terhadap layanan TRM yang mereka terima dari staf puskesmas dan kepuasan terhadap kader yang merupakan 'penghubung' antara layanan dengan klien untuk memenuhi layanan-layanan kesehatan yang dibutuhkan di puskesmas terkait dengan terapi yang sedang dilakukannya. Dimensi kepuasan yang dilihat adalah prosedur layanan, kemudahan mengakses layanan, sikap penyedia layanan, kenyamanan dan kerahasiaan pasien ketika memanfaatkan layanan saat ini.

C. Pengumpulan Data

a. *Perubahan penggunaan napza selain metadon*

Perubahan penggunaan napza selain metadon dilihat berdasarkan dua sumber. Sumber pertama adalah berasal dari tes urine yang dilakukan oleh puskesmas sebelum dan sesudah intervensi dan sumber kedua adalah *self-report* tentang penggunaan napza dari klien dalam 30 hari terakhir yang dilihat sebelum dan sesudah intervensi. Sementara data untuk cakupan program diperoleh dari data program yang disediakan oleh masing-masing puskesmas.

b. *Perubahan perilaku penggunaan napza*

Data pengalaman penggunaan napza dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada klien TRM di masing-masing puskesmas. Setiap puskesmas dipilih secara random 20 orang klien atau 80 orang klien untuk seluruh puskesmas baik untuk pengumpulan data baseline maupun data evaluasi. Responden sengaja tidak dipilih secara *cohort* untuk

berpartisipasi dalam baseline dan evaluasi karena untuk menyederhanakan proses pengumpulan data. Dalam analisisnya, dua kelompok responden (baseline vs evaluasi) yang masing-masing besarnya adalah 80 orang (total 160 orang) akan dinilai terlebih dahulu tingkat homogenitasnya agar bisa diperbandingkan. sesudah untuk mengisi kuesioner secara mandiri dengan didampingi oleh seorang fasilitator. Pengambilan data untuk baseline dilakukan sebelum kegiatan penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas. Sementara pengumpulan data evaluasi dilakukan pada akhir bulan Mei 2015.

Ada sebanyak 8 petugas pengumpulan data survey (*enumerator*) yang berasal dari mahasiswa Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya. Setiap puskesmas 2 orang ditugaskan untuk mewawancarai 20 orang klien rumatan metadon baik pada saat baseline maupun evaluasi. Sebelum pengumpulan data, dilakukan pelatihan tentang pengumpulan data yang mencakup tentang tujuan penelitian, etika penelitian, administrasi kuesioner, dan pemahaman tentang teknik pengumpulan data. Dalam pelatihan ini, para kader puskesmas juga diundang untuk diperkenalkan dengan para enumerator, sehingga memudahkan mereka dalam melakukan kontak.

c. *Perubahan kepuasan klien*

Pengumpulan data tentang kepuasan klien terhadap layanan yang diterima selama ini dan kepuasan terhadap kader sebagai fasilitator layanan dilakukan sebagai bagian dari survei pola perilaku penggunaan napza dari para klien rumatan metadon. Kepuasan terhadap layanan dinilai dengan sebuah skala kepuasan yang berisi 10 item yang mencakup: kelengkapan informasi, kenyamanan, kompetensi petugas, waktu tunggu layanan, ketepatan waktu layanan, kesediaan staf untuk mendengarkan permasalahan klien, upaya untuk membantu klien, kerahasiaan, keamanan dan biaya untuk layanan yang diakses. Reliabilitas (*cronbach's alpha*) skala ini pada 0.9263. Sementara untuk kepuasan terhadap kader dinilai juga dengan sebuah skala yang berisi 5 item yang mencakup: kelengkapan informasi, kenyamanan, pengetahuan petugas tentang program, ketersediaan waktu kader untuk berbicara dengan klien dan upaya untuk

membantu klien dalam mengakses layanan. Reliabilitas (*cronbach's alpha*) skala ini pada 0.9434.

d. *Peran kader puskesmas*

Selain berfokus pada pengumpulan data untuk menjawab tiga indikator utama dalam evaluasi ini, juga dilakukan diskusi kelompok terarah untuk para kader dari keempat puskesmas. Diskusi ini dilakukan pada saat sebelum dan sesudah intervensi. Diskusi sebelum intervensi diarahkan untuk melihat berbagai peran dan fungsi yang dilakukan oleh para kader dalam program TRM dan pola hubungan mereka dengan klien rumatan metadon. Diskusi untuk evaluasi lebih dititik beratkan pada perubahan-perubahan yang dirasakan atau dilakukan oleh para kader setelah pengembangan kapasitas dilakukan. Diharapkan dengan hasil dari diskusi ini bisa membantu untuk menjelaskan berbagai perubahan yang terjadi pada indikator utama di atas khususnya pengurangan penggunaan napza selain metadon.

D. Hasil Evaluasi

Pada bagian ini akan disajikan hasil evaluasi dari penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas yang memberikan pelayanan kepada klien rumatan metadon. Seperti dijelaskan di atas bahwa evaluasi ini berfokus pada hasil (*outcome*) dari kegiatan pengembangan kapasitas sebagai bentuk intervensi yang memperkuat prosedur pemantauan penyediaan layanan TRM di empat puskesmas. Hasil yang diharapkan terjadi perubahan adalah pengurangan penggunaan napza selain metadon pada klien metadon atau jika masih menggunakan napza maka perilaku penggunaannya menjadi lebih aman dan kepuasan klien terhadap layanan dan kepuasan terhadap fungsi dan peran kader dalam program terapi rumatan metadon. Evaluasi yang berfokus pada proses dan keluaran intervensi pengembangan kapasitas telah digambarkan pada bagian intervensi pada bagian sebelumnya. Sebelum menunjukkan berbagai perubahan yang ingin dilihat, situasi layanan pada bulan Desember 2014- Mei 2015 akan disajikan terlebih dahulu sebagai informasi yang melatarbelakangi jika terjadi perubahan-perubahan pada tingkat layanan atau perilaku klien.

1. *Prosedur Layanan PTRM*

Layanan PTRM disediakan oleh keempat puskesmas dengan jam layanan yang bervariasi tetapi pada umumnya dari pagi hari hingga siang jam 12.30. Dari sisi prosedural, hampir semua petugas layanan mengetahui prinsip dasar dan prosedur pelaksanaan PTRM karena tersedia panduan, modul, dan peraturan Kementerian Kesehatan. Persyaratan dasar untuk mengikuti layanan PTRM adalah membawa identitas diri berupa KTP sebagai penanda domisili sesuai dengan lokasi PKM dan didampingi oleh wali. Menjadi tugas dari kader untuk melakukan asesmen awal, melapor ke dokter dan dilakukan asesmen lebih lanjut kepada calon klien. Asesmen oleh dokter digunakan sebagai dasar untuk menentukan dosis awal metadon. Dari sisi biaya, klien yang memiliki KTP Jakarta tidak dikenakan biaya administrasi, sedangkan pemilik KTP non-Jakarta harus membayar biaya sebesar Rp. 5.000 karena pembiayaan PTRM ditanggung oleh dana Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dari dana APBD sehingga yang bisa diklaim hanya yang memiliki penduduk yang memiliki KTP Jakarta.

Dari sisi klinis, dosis awal ketika seseorang mengakses metadon adalah 20-25 mg dan akan dinaikkan secara bertahap dalam waktu tertentu sampai pasien merasa nyaman. Batas maksimal kenaikan dosis selama seminggu adalah 50 mg. Jika klien masih ingin naik dosis akan diminta untuk bertahan dan selama seminggu kemudian dosis akan dinaikkan secara berkala.

Dosis rata-rata klien jika tidak mengonsumsi obat-obatan lainnya adalah 90-120 mg. Bagi klien yang mengonsumsi obat-obatan (seperti ARV dan obat TB), dosisnya lebih tinggi, bahkan mencapai 300 mg. Dosis stabil untuk setiap pasien bisa berbeda-beda ada yang 200 mg, bahkan ada yang mencapai dosis hingga 500 mg, tergantung kondisi pasien. Dosis akan terus dinaikkan sampai pasien merasa nyaman dan stabil.

Adapun aturan pemberian *Take Home Dosis (THD)* atau obat yang dibawa pulang diberikan pada klien yang sudah mengakses layanan PTRM antara 3-6 bulan, berkondisi stabil, dan hasil tes urin negatif. Biasanya THD diberikan bagi klien yang sudah bekerja, sakit, atau keluar kota, dan harus bisa memberikan dokumen pendukung yang diperlukan. Menurut responden aturan mengenai THD ini sudah diatur secara jelas dalam panduan. Sebagai penghargaan atas

perubahan perilaku yang telah ditunjukkan, THD seringkali diberikan kepada klien yang telah menunjukkan perubahan selama beberapa waktu.

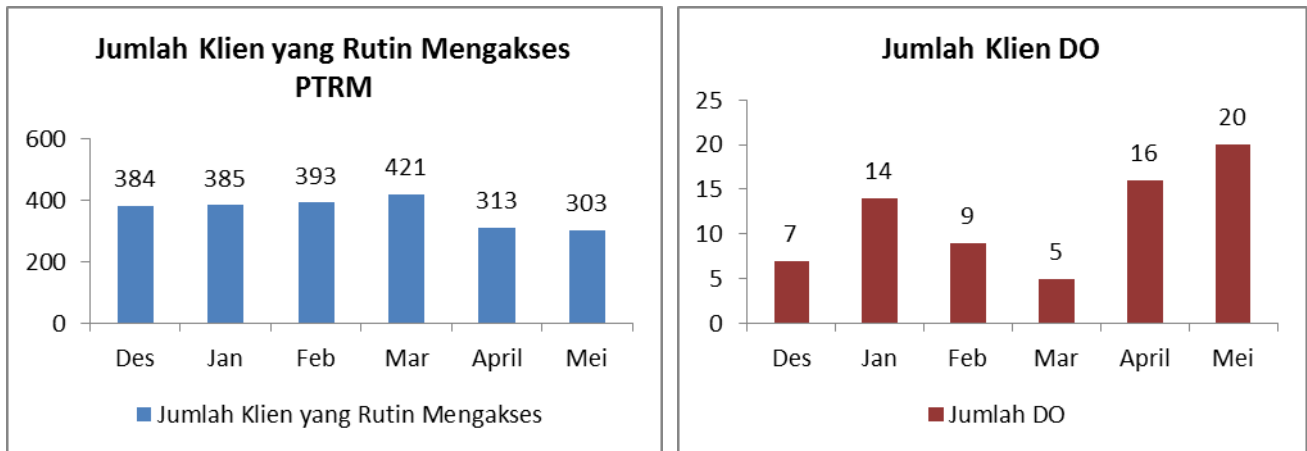
Semua klien diberi kesempatan untuk mengajukan permintaan menurunkan dosis untuk akhirnya bisa *tapering off*. Meskipun tidak ada syarat khusus yang harus dipenuhi, namun klien perlu memberikan alasan tertentu agar bisa menurunkan dosisnya. *Tapering off* hanya dilakukan atas permintaan dari klien yang akan dilakukan secara bertahap selama 5 minggu, khususnya bagi klien dengan dosis besar. Dosis akan diturunkan secara berkala sebanyak 5 mg per 2 minggu. Sedangkan untuk pasien dengan dosis kecil (kisaran 70-90 mg), dosis akan diturunkan secara berkala sebanyak 2,5 mg per 2 minggu. Sebelum dokter menyetujui *tapering off*, pasien harus melakukan tes urin dan diminta untuk mengikuti konseling rutin per 2 minggu.

Daftar hadir, tingkat emosional, fisik, dan hasil tes urin merupakan kriteria pemantauan kepatuhan dalam mengikuti terapi yang digunakan di semua PKM. Dokumentasi yang digunakan untuk melakukan pemantauan adalah 1) catatan farmasi (riwayat dosis); 2) catatan perawat (jam minum, catatan kesehatan khusus, seperti muntah); dan 3) catatan dokter yaitu konseling, kesehatan dasar, serta dosis dan alasannya.

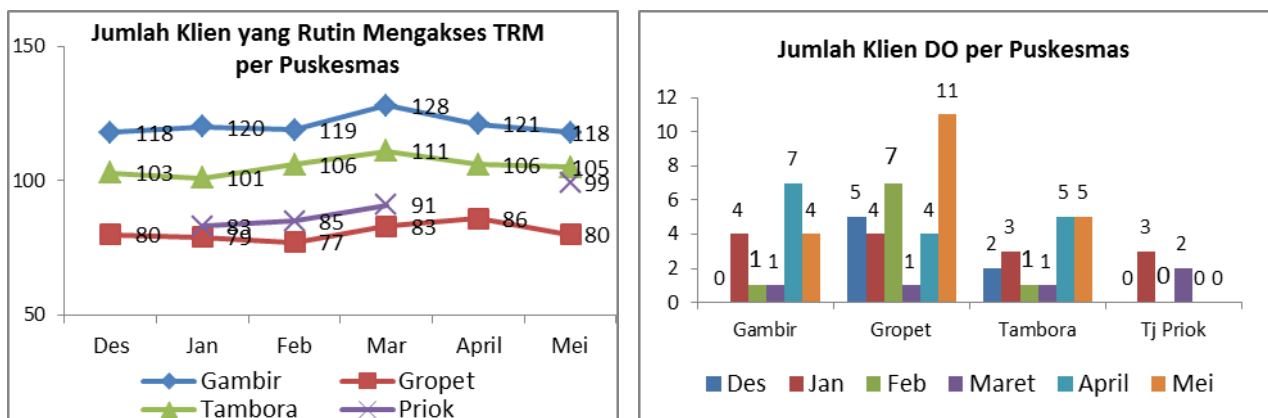
Berdasarkan kriteria pemantauan kepatuhan tersebut, sanksi yang akan diberikan kepada klien rumatan yang tidak patuh adalah: (a) jika 3 hari tidak datang maka dosis yang bersangkutan akan diturunkan setengah dari dosis yang sedang digunakan dan mereka akan dihubungi oleh staf layanan. (b) Jika 7 hari tidak datang maka petugas layanan akan melakukan kunjungan rumah dan dosisnya diturunkan ke dosis awal yaitu 25 mg. (c) Jika ada klien yang bertahan di dosis 30 mg dan tidak pernah mau naik dosis, maka petugas akan curiga apakah pasien ini benar-benar patuh dan hanya menggunakan metadon.

2. Cakupan Layanan

Dalam empat bulan awal (Desember 2014 - Maret 2015) jumlah klien yang secara rutin mengakses layanan terapi rumatan metadon secara keseluruhan relatif stabil. Penurunan tajam terjadi pada bulan April dan Mei 2015. Penurunan ini juga tampak pada kecenderungan adanya meningkatnya jumlah klien yang drop out yang disebabkan oleh terminasi, tapering off, meninggal, tidak datang 7 hari berturut-turut, pindah keluar atau meninggal pada bulan April dan Mei 2015.

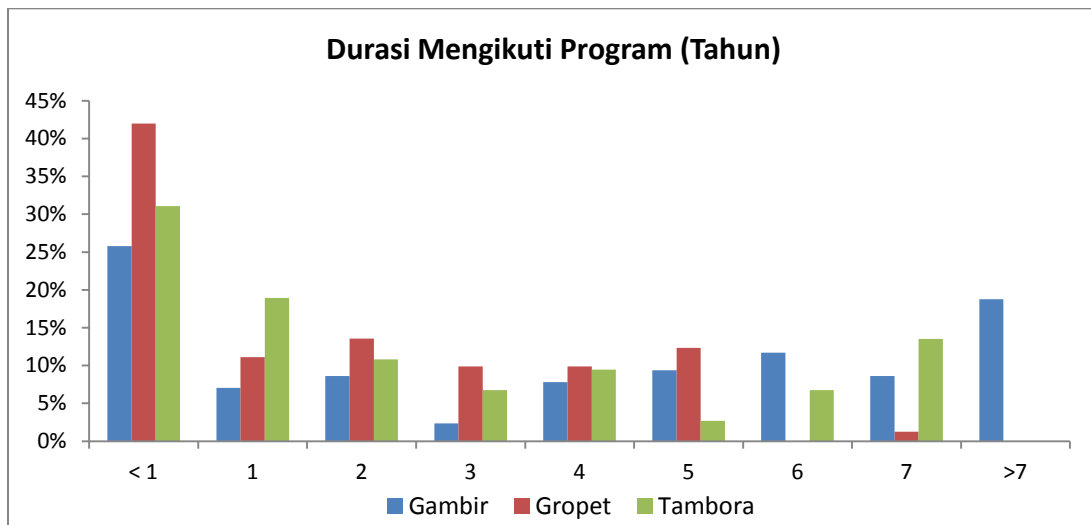


Variasi jumlah klien yang rutin mengakses layanan di tiga puskesmas (Gambir, Gropet, Tambora). mengalami penurunan jumlah klien yang mengakses rutin dan kenaikan jumlah klien yang DO pada bulan April dan Mei 2015. Sementara di Tanjung Priok, pada bulan Mei mengalami kenaikan dibandingkan dengan jumlah klien yang rutin mengakses terapi TRM pada bulan Maret dan tidak ada klien yang dilaporkan DO pada bulan April dan Mei 2015.



Gambaran kecenderungan klien yang mengakses secara rutin rumatan metadon dan klien DO per puskesmas bisa dilihat pada gambar sebelumnya.

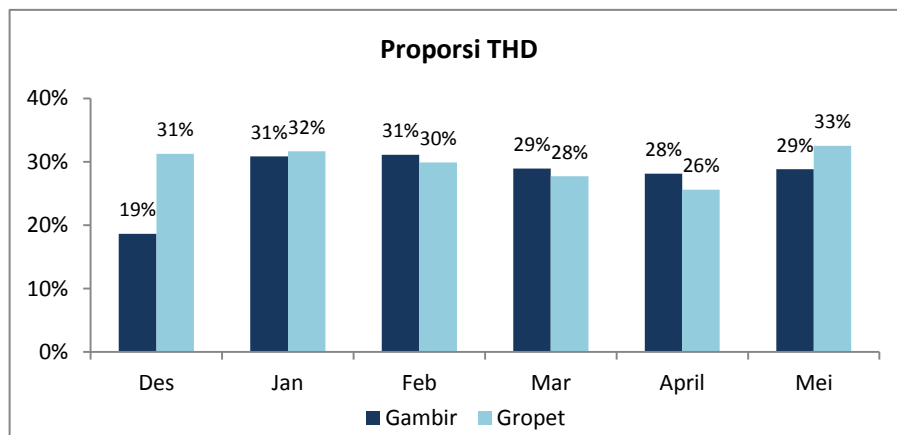
Jika diperhatikan bahwa jumlah klien yang drop out tidak seimbang dengan jumlah penurunan klien yang mengakses secara rutin TRM sehingga ada kemungkinan ada faktor lain yang menyebabkan klien tersebut tidak rutin mengakses layanan TRM. Salah satu kemungkinan yang bisa diduga adalah tersedianya napza suntik di wilayah-wilayah sekitar dimana para klien ini bertempat tinggal. Atau cara lain yang bisa terjadi adalah pada awal-awal tahun 2015 ketersediaan napza di wilayah-wilayah tersebut relatif terbatas sehingga para penasun mengalihkannya pada metadon.



*) Puskesmas Tanjung Priok tidak melaporkan durasi mengikuti program

Kecenderungan perubahan situasi ketersediaan napza ini barangkali bisa dilihat dari durasi klien TRM yang kurang dari 1 tahun cukup besar proporsinya di tiga puskesmas (Gambir, Grogol Petamburan dan Tambora). Proporsi yang besar pada kelompok ini barangkali bisa menunjukkan fluktuasi dari klien baru yang relatif belum stabil di dalam terapinya. Situasi seperti ini memperkuat temuan dalam peninjauan yang menunjukkan bahwa klien masih menggunakan napza karena faktor biaya dimana klien mengikuti layanan PTRM bukan murni karena ingin berhenti dari penggunaan napza, melainkan karena ingin menghemat biaya. Selain itu masih adanya kecenderungan dimana klien masih *nongkrong* dan ajakan teman-teman klien yang masih merupakan pecandu.

Dilihat dari proporsi pasien rutin yang mengakses TRM setiap bulannya, proporsi klien yang memperoleh THD relatif sedikit. Jika hal ini dikaitkan dengan prosedur pemantauan klien rumatan yang menunjukkan bahwa jika klien dinilai patuh atau telah stabil, bekerja, menunjukkan perubahan perilaku yang lebih baik, sakit atau keluar kota maka berhak untuk memperoleh THD. Proporsi klien THD yang tidak cukup banyak ini sebenarnya bisa mengindikasikan bahwa sebagian besar dari klien rumatan cenderung masih kurang patuh di dalam terapinya. Kemungkinan lain bahwa banyak klien yang sudah memperoleh THD tetapi karena hasil positif urin yang dilakukannya menyebabkan hak untuk memperoleh THD dicabut. Hal ini juga didukung oleh kenyataan bahwa hasil tes urin yang dilakukan menunjukkan hampir 40% klien positif menggunakan napza selain metadon. Barangkali ini menjadi lebih jelas lagi jika dari empat puskesmas yang ada di dalam penelitian ini hanya dua yang melaporkan memberikan THD kepada kliennya yaitu Puskesmas Gambir dan Grogol Petamburan.



*) Puskesmas Tambora dan Tanjung Priok tidak melaporkan klien yang diberi THD

Dilihat berdasarkan cakupan dari keempat puskesmas pada bulan April dan Mei 2015 dimana intervensi penguatan kapasitas staf dan kader dilakukan maka secara sederhana bisa disimpulkan intervensi yang dilakukan belum mampu untuk meningkatkan kinerja puskesmas khususnya dalam meningkatnya cakupan program. Bahkan jika dibandingkan dengan kinerja pada bulan-bulan sebelumnya, kinerja bulan April dan Mei terjadi kecenderungan penurunan. Argumentasi yang bisa diberikan dengan adanya kecenderungan ini adalah pertama, belum

ada efek secara langsung penguatan kapasitas ini terhadap kinerja staf dan kader puskesmas karena pendeknya waktu untuk mengimplementasikan RTL yang telah disepakati bersama. Akibatnya isu tentang kejenuhan klien terhadap terapi belum bisa disikapi dengan lebih sistematis. Kedua, adanya kemungkinan faktor eksternal di luar kontrol penyedia layanan yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan klien rumatan metadon di empat puskesmas tersebut seperti meningkatnya ketersediaan napza pada bulan-bulan tersebut sehingga menjadi *competing interest* bagi klien rumatan.

3. Pola Penggunaan Napza Klien Rumatan Metadon

Pola penggunaan napza dalam evaluasi ini dilihat dengan dua metode. Metode pertama adalah dengan melakukan survei diantara para klien rumatan metadon pada dua kelompok yaitu satu kelompok yang diwawancarai sebelum intervensi dilakukan dan satu kelompok yang lain adalah mereka yang diwawancarai setelah intervensi berlangsung. Metode kedua adalah memanfaatkan data hasil tes urin yang dilakukan sebelum intervensi dilakukan dan sesudah intervensi berlangsung. Individu yang terlibat dalam survei pra intervensi, selama/pasca intervensi dan yang melakukan tes urin tidak didasarkan pada cohort tetapi didasarkan pada penyampelan secara acak berdasarkan waktu. Misalnya 20 klien rumatan metadon yang ditemui oleh enumerator pada hari dan jam tertentu ditetapkan menjadi sampel baik pra dan pasca intervensi. Demikian pula tes urin yang dilakukan oleh puskesmas ditentukan secara acak berdasarkan waktu yang ditentukan oleh puskesmas. Oleh karena itu dalam melihat hasil evaluasi dengan metode pre and post intervention ini tidak bisa disimpulkan sebagai sebuah *cohort* yang dinilai dari aspek berperilaku dan biologis.

Mempertimbangkan pola rekrutmen responden yang demikian, maka dalam analisis data dilakukan adalah menentukan kelompok-kelompok tersebut bukan sebagai kelompok dengan individu yang sama sehingga perlu untuk menilai karakteristik masing-masing kelompok dari aspek demografinya untuk menentukan tingkat homogenitas dari dua kelompok tersebut sehingga memungkinkan untuk diperbandingkan. Sementara itu untuk data penggunaan napza yang diperoleh dari tes urine yang dilakukan oleh puskesmas diperoleh hanya jumlah yang mengikuti tes urine dan jumlah klien rumatan yang positif menggunakan napza maka tidak memungkinkan untuk mengases karakteristik dari kelompok pra dan pasca intervensi

sehingga dalam analisis yang dilihat adalah dengan membandingkan hasil tes sebelum dan sesudahnya saja dengan catatan bahwa ada kemungkinan bahwa kelompok pra dan post ada kemungkinan memiliki karakteristik yang berbeda mengingat rekrutmennya yang tidak menggunakan prinsip *cohort*.

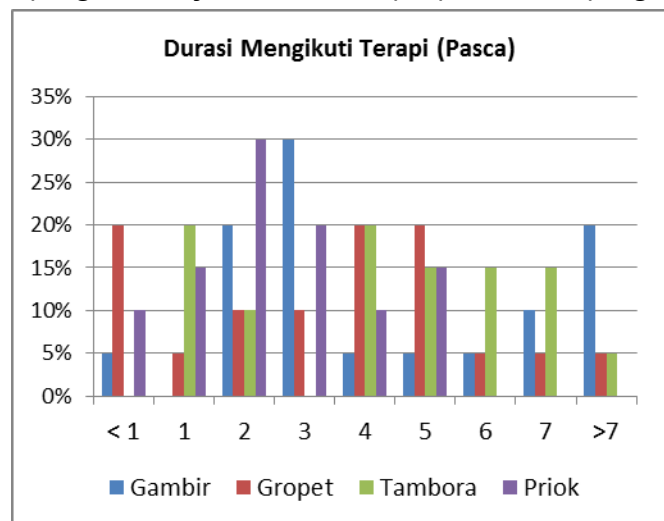
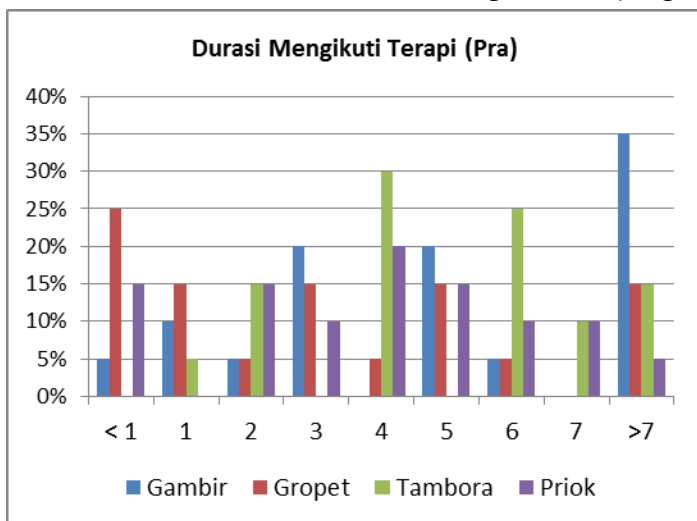
a. *Karakteristik Responden Klien Rumatan Metadon*

Sebagian besar klien rumatan metadon adalah laki-laki. Ini tampak pada ada beda yang signifikan proporsi jenis kelamin diantara responden untuk survei pra dan pasca intervensi. Demikian pula tidak ada perbedaan yang signifikan dalam umur, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, status perkawinan dan jumlah anak yang dimilikinya (lihat tabel di bawah). Dengan demikian bisa disimpulkan bahwa dua kelompok responden pra dan pasca intervensi relatif homogen sehingga memungkinkan untuk diperbandingkan dalam melihat variabel-variabel terkait dengan penggunaan napzanya.

Variabel	Pra		Pasca	
	Frekuensi	Persen	Frekuensi	Persen
Jenis Kelamin				
Laki-laki	76	95	73	91.25
Perempuan	4	5	7	8.75
Total	80	100	80	100
Umur				
Mean	33.6		32.2	
Median	32.5		32	
Penghasilan/Bulan (ribuan)				
Mean	1427.4		1210.5	
Median	1040		900	
Pendidikan				
SD	7	8.75	2	2.53
SMP	16	20	24	30.38
SMA	48	60	47	59.49
PT	9	11.25	6	7.59
Total	80	100	79	100
Status Tempat Tinggal				
Sendiri	8	10	12	15
Saudara/kelg	67	83.75	65	81.25
Teman Kos	1	1.25	2	2.5
Ikut Teman	2	2.5	1	1.25

Lain	2	2.5	80	100
Pekerjaan				
Penghasilan tetap	19	23.75	20	25
Tidak Tetap	38	47.5	41	51.25
Wiraswasta	5	6.25	3	7.5
Tidak bekerja	17	21.25	12	15
Tidak Menjawab	1	1.25	1	1.25
Total	80	100	80	100
Status Perkawainan				
Belum kawin	22	27.85	22	27.5
Kawin	38	48.1	39	48.75
Cerai hidup	13	16.46	13	16.25
Cerai mati	6	7.59	2	2.5
Total	79	100	4	5
Lama Mengikuti Terapi (tahun)				
Mean	4.21		3.64	
Median	4		3	

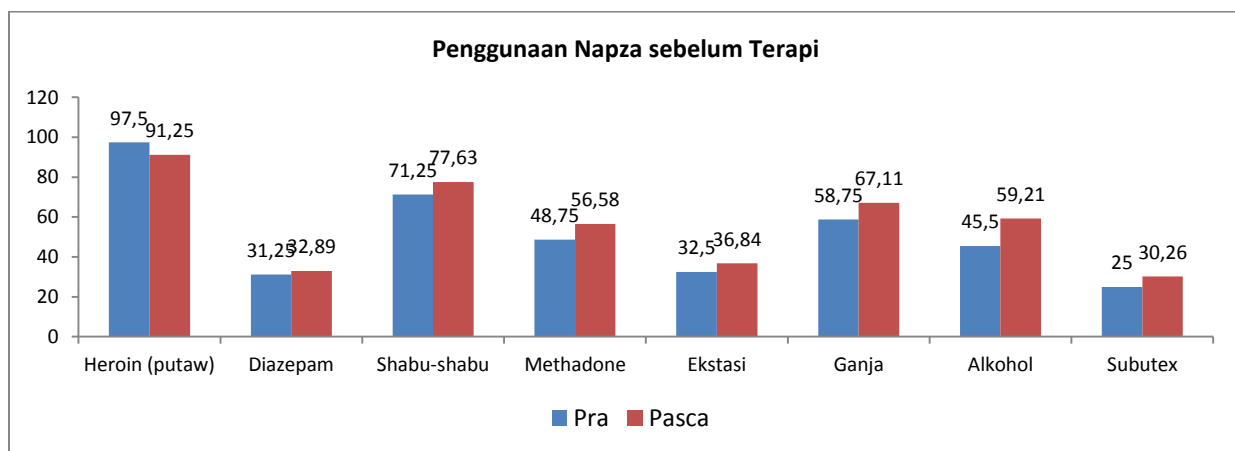
Meski tidak ada perbedaan yang signifikan diantara dua kelompok tersebut terlihat bahwa kelompok pre intervensi cenderung lebih tua, memiliki penghasilan lebih tinggi dan telah mengikuti terapi lebih lama dari pada kelompok pasca intervensi. Secara khusus perlu diperhatikan bahwa ada perbedaan yang tampak jelas diantara kelompok yang berpartisipasi dalam survei dengan klien metadon yang ada di empat puskesmas khususnya dalam hal lama mengikuti terapi metadon. Dalam survei ini proporsi responden yang mengikuti terapi kurang dari satu tahun lebih kecil proporsinya dibanding dengan proporsi dari klien yang mengikuti lebih lama. Ini berbeda dengan data program yang menunjukkan bahwa proporsi klien yang



mengikuti terapi metadon kurang dari satu tahun cenderung mendominasi di tiga puskesmas. Memperhatikan hal tersebut, maka ada kemungkinan responden dalam survei ini ada kemungkinan berbeda dengan gambaran umum dari klien rumatan metadon di empat puskesmas tersebut. Untuk itu, kesimpulan dari survei perlu dilihat secara hati-hati khususnya jika ingin menarik kesimpulan umum dari hasil survei ke dalam populasi klien rumatan metadon.

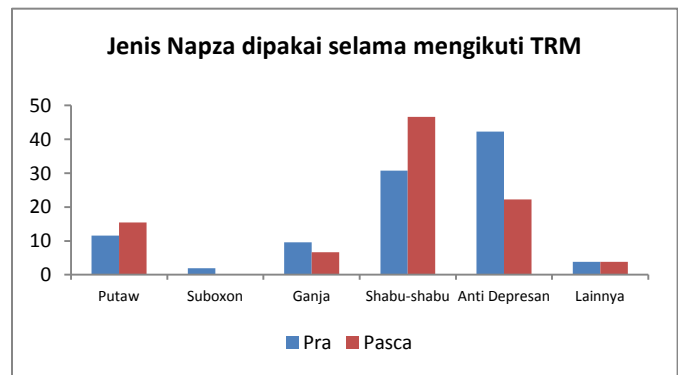
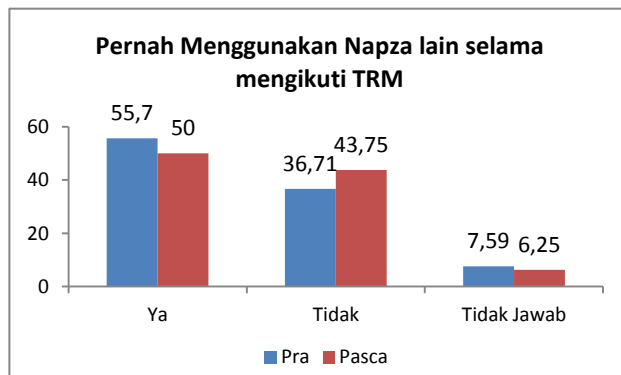
b. Pengalaman Penggunaan Napza

Kelompok pra intervensi memiliki pengalaman penggunaan napza yang lebih lama dari pada kelompok pasca intervensi dimana rata-rata mereka telah menggunakan napza selama 12 dan 10 tahun secara berurutan. Jenis napza yang digunakan cenderung sama untuk kedua kelompok tersebut seperti tampak dalam gambar di bawah ini:

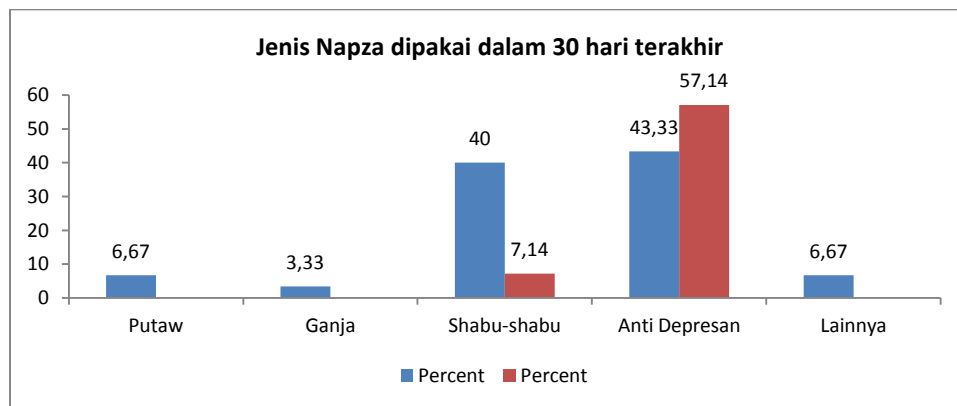


Selama mengikuti terapi sekitar dua pertiga dari responden melaporkan pernah menggunakan napza baik pada kelompok pra maupun pasca intervensi. Hasil ini juga konsisten dengan laporan hasil tes urin dari Puskesmas pada tahun 2014 yang menunjukkan antara 17% - 62% klien metadon menggunakan napza (lihat bab II). Sementara itu bagi mereka yang melaporkan penggunaan napza selama mengikuti TRM menyebutkan bahwa anti depresan (*benzodiazepine*) dan shabu-shabu (*methamphetamine*) merupakan jenis napza yang laing banyak digunakan baik pada kelompok pra dan pasca intervensi. Alasan-alasan penggunaan napza selain metadon selama terapi seperti diungkapkan dalam hasil peninjauan disebabkan karena kejenuhan mengikuti terapi, ketersediaan napza di wilayahnya, diajak oleh teman dan

mengikuti TRM hanya sebagai cara untuk menghemat biaya untuk menggunakan putaw. Meski secara ideal penggunaan napza selain heroin/putaw bukan merupakan indikator keberhasilan dari program rumatan metadon, tetapi penggunaan napza jenis-jenis tersebut akan mempengaruhi kestabilan psikologis dan kesehatan dari klien rumatan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kepatuhannya di dalam mengikuti terapi.

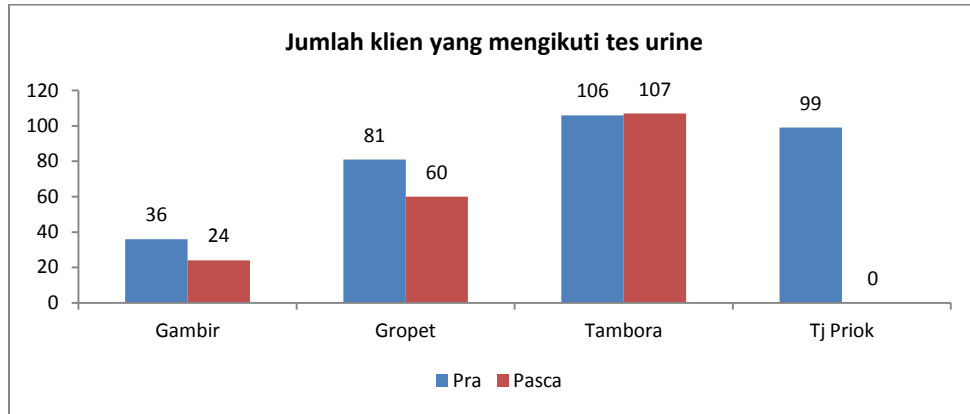


Kecenderungan penggunaan napza selama mengikuti terapi metadon ini tidak tampak dalam jangka pendek dimana dalam 30 hari terakhir sebelum dilakukan survei, hanya 33% dan 32% pada kelompok pra dan pasca intervensi melaporkan penggunaan napza lain. Meski demikian pola penggunaan jenis napza selama 30 hari ini didominasi oleh penggunaan jenis napza anti depresan dan shabu-shabu baik bagi kelompok pra maupun pasca terapi . Ada kecenderungan bahwa kelompok pasca intervensi melaporkan penggunaan shabu-shabu lebih tinggi dari pada kelompok pra intervensi yang lebih banyak menggunakan anti depresan baik dalam penggunaan .napza selama terapi maupun dalam 30 hari terakhir.

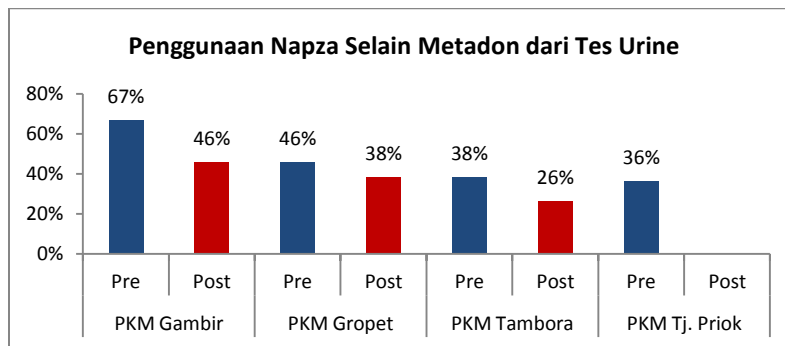


Untuk mengkonfirmasi hasil survei penggunaan napza lain dalam 30 hari terakhir yang merupakan self-report dari responden, maka laporan hasil tes urine pre dan post intervensi

yang dilakukan oleh puskesmas digunakan sebagai pembandingan termasuk jenis napza yang dipakai dalam 30 hari terakhir. Tes urine ini dilakukan dengan metode yang berbeda untuk setiap puskesmas sesuai dengan prosedur yang selama ini digunakan oleh masing-masing puskesmas. Tes urine untuk pra intervensi dilakukan oleh keempat puskesmas tetapi untuk tes pasca intervensi hanya dilakukan di tiga puskesmas karena salah satu puskesmas tidak memiliki reagen untuk tes urine. Jumlah klien yang dites urine adalah sebagai berikut:

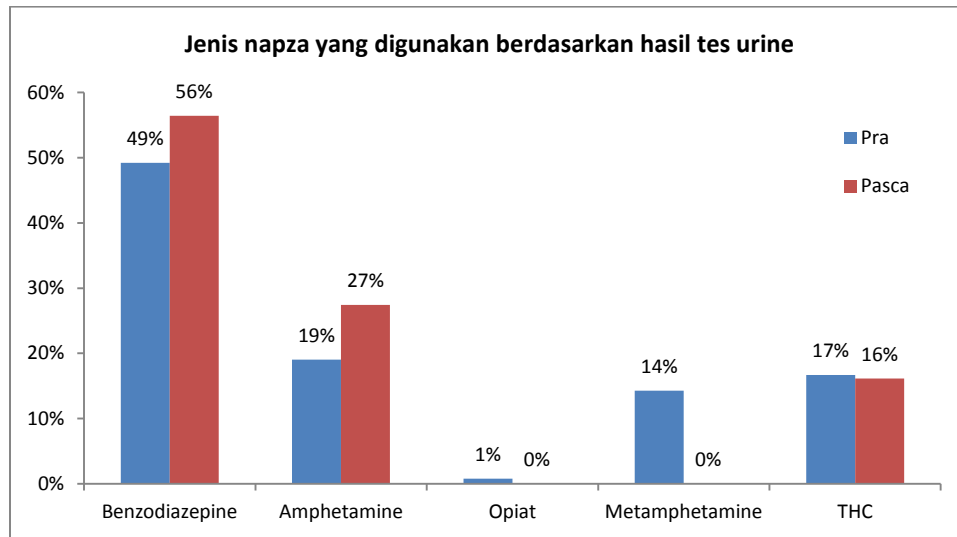


Secara keseluruhan hasil tes urine yang dilakukan oleh puskesmas pada saat pra dan pasca intervensi dimana kelompok pra intervensi ditemukan 39% (126 dari 322 klien) dengan hasil positif penggunaan napza dan 32% (62 dari 191 klien) pada kelompok pasca intervensi. Ini relatif konsisten dengan yang dilaporkan oleh responden dalam survei yang melaporkan penggunaan napza dalam 30 hari terakhir adalah 33% untuk kelompok pra intervensi dan 32% untuk kelompok pasca intervensi. Distribusi penggunaan napza selain metadon berdasarkan tes urine per puskesmas bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



*) Puskesmas Tanjung Priok tidak melakukan tes urine pasca intervensi

Perbandingan antara penggunaan napza selain metadon pada kelompok pre dan pasca intervensi mengindikasikan adanya penurunan di semua puskesmas yang melakukan tes urine pasca intervensi. Penurunan cukup tinggi (20%) bisa dilihat dari klien rumatan metadon di Puskesmas Gambir, sementara di puskesmas lain melaporkan penurunan sekitar 10%. Sementara jenis napza selain metadon yang digunakan berdasarkan hasil tes urin pre dan pasca intervensi adalah sebagai berikut:



Berbeda dengan hasil survei penggunaan napza dimana proporsi klien yang menggunakan amphetamine cenderung tinggi bahkan lebih tinggi dilaporkan oleh kelompok pasca intervensi, hasil tes urine menunjukkan bahwa penggunaan benzodiazepine tetap napza yang paling dominan dipakai oleh klien rumatan metadon. Bahkan ada kecenderungan meningkat jika dibandingkan dengan kelompok pra intervensi. Penggunaan opiat hampir tidak ada, ini menunjukkan bahwa klien metadon dalam satu bulan terakhir tidak menggunakan heroin atau jika menggunakan digunakan secara tidak teratur.

Berdasarkan perbandingan hasil survei maupun hasil tes urine pra intervensi dengan pasca intervensi menunjukkan bahwa penggunaan napza selain metadon cenderung mengalami penurunan. Penurunan ini secara sederhana mungkin bisa dikontribusikan sebagai hasil (*outcome*) penguatan kapasitas staf dan kader jika kesimpulan ini mengecualikan faktor lain yang bisa berpengaruh terhadap penggunaan napza selain metadon. Meski mengalami penurunan hingga 20% berdasarkan hasil tes urine, proporsi yang menggunakan napza lain

secara rata-rata masih relatif tinggi (32%) sehingga memunculkan pentingnya untuk meneruskan rencana tindak lanjut dari kegiatan pengembangan kapasitas staf dan kader yang masih sangat terbatas diimplementasikan selama masa intervensi. Meski demikian menjadi deterministik jika penurunan ini diatributkan karena adanya pengembangan kapasitas staf dan kader. Banyak faktor eksternal di luar sektor layanan yang mempengaruhi terjadinya perubahan ini seperti dinamika ketersediaan napza di wilayah dimana para klien ruman berada, kegiatan penangkapan terhadap pecandu yang semakin meningkat akhir-akhir ini, serta faktor pribadi dari klien.

Upaya untuk mengoptimalkan layanan dengan meningkatkan pemahaman tentang prosedur yang standar PTRM dan meningkatkan peran kader puskesmas dalam pelayanan sebenarnya menjadi kunci keberhasilan dari sisi pemantauan klien ruman metadon untuk mengatasi kejenuhan klien dalam mengikuti terapi yang berjangka panjang. Pemantauan yang sistematis dengan didukung oleh staf dan kader serta penerapan prosedur yang konsisten (termasuk prosedur THD, penurunan dosis, kepatuhan dan tidak kalah pentingnya adalah prosedur penerimaan klien) akan mendidik klien untuk juga lebih konsisten. Menjadi penting untuk selalu melakukan penyegaran kapasitas staf dan kader layanan PTRM agar selalu terupdate secara teratur tentang perkembangan layanan dan kecenderungan perilaku klien ruman. Apalagi di saat pergantian staf yang bertanggung jawab di layanan relatif sering terjadi.

4. Tingkat Kepuasan Klien terhadap Layanan dan Kader Puskesmas

Seperti telah dijelaskan di atas bahwa dalam survei tentang penggunaan napza ada dua aspek kepuasan yang diminta dari responden untuk memberikan tanggapan. Aspek-aspek tersebut ke dalam survei ini untuk merespon adanya persepsi klien tentang layanan yang muncul dalam kajian peninjauan sebelumnya. Dalam kajian peninjauan tersebut muncul bahwa klien pada umumnya tidak mengeluhkan dengan pelayanan yang tersedia tetapi ada beberapa hal yang menjadi perhatian atau harapan terhadap layanan maupun kepada kader yang bertugas dalam layanan tersebut misalnya adanya perubahan aturan karena ada perubahan staf, perlunya staf dan kader untuk lebih mendukung dan memfasilitasi keinginan klien untuk bisa lepas dari metadon.

Dua skala telah dikembangkan untuk masing-masing aspek kepuasan tersebut. Kepuasan akan dilihat berdasarkan persetujuan responden terhadap pernyataan-pernyataan yang tertulis dalam skala tersebut, mulai dari sangat setuju (1) hingga sangat tidak setuju (4). Pada analisis dua respon pernyataan yang menyatakan persetujuan (sangat setuju dan setuju) dijadikan satu untuk menyederhanakan kesimpulan yang berupa tingkat kepuasan tinggi. Demikian juga untuk dua respon pernyataan ketidaksetujuan (tidak setuju dan sangat tidak setuju) dijadikan satu menjadi tingkat kepuasan yang rendah. Secara rinci hasil skala ini tampak pada tabel di bawah ini:

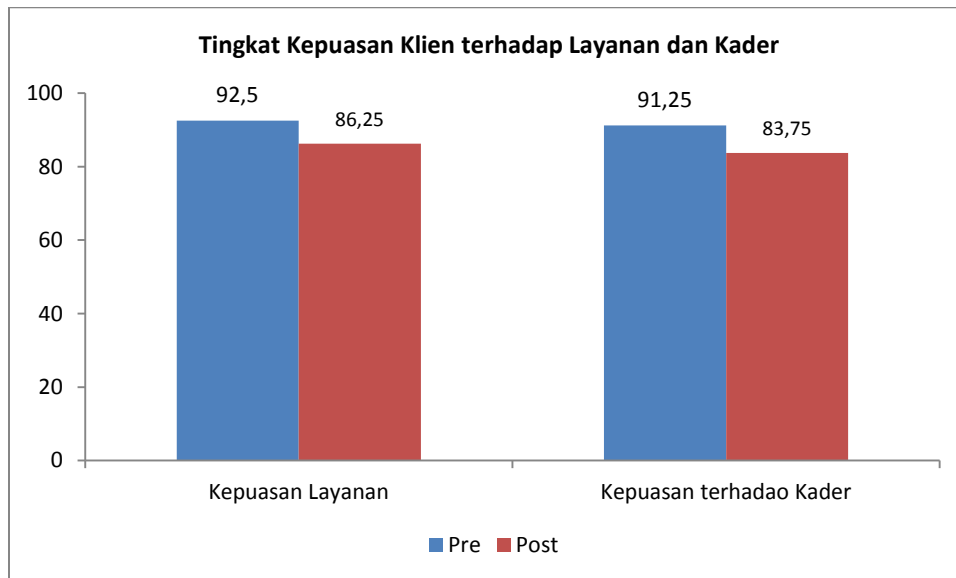
Kepuasan Klien terhadap Layanan PTRM

Pernyataan	Pra Intervensi								Pasca Intervensi							
	Sangat Setuju	%	Setuju	%	Tidak Setuju	%	Sangat Tidak Setuju	%	Sangat Setuju	%	Setuju	%	Tidak Setuju	%	Sangat Tidak Setuju	%
a. Saya memperoleh informasi yang jelas terkait dengan terapi rumatan metadon yang sedang saya jalani	50	62.5	30	37.5					18	22.5	56	70	6	7.5		
b. Saya merasa nyaman saat dilayani oleh petugas ketika mengakses layanan TRM	47	58.75	28	35	5	6.25			17	21.25	60	75	3	3.75		
c. Saya merasa bahwa para petugas di klinik tahu apa yang dia lakukan dalam memberikan pelayanan TRM	43	53.75	31	38.75	6	7.5			16	20	57	71.25	7	8.75		
d. Saya tidak harus menunggu dalam waktu yang lama untuk memperoleh pelayanan TRM	35	43.75	30	37.5	13	16.25	2	2.5	15	18.75	42	52.5	20	25	3	3.75
e. Saya merasa bahwa klinik TRM memberikan layanan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	38	47.5	33	41.25	8	10	1	1.25	16	20	46	57.5	15	18.75	3	3.75
f. Saya merasa diberi waktu yang cukup oleh petugas untuk berkonsultasi tentang berbagai masalah yang terkait dengan terapi saya	37	46.25	37	46.25	4	5	2	2.5	19	23.75	52	65	7	8.75	2	2.5
g. Saya merasa bahwa petugas klinik membantu saya untuk memperoleh layanan kesehatan lain yang saya butuhkan	45	56.25	32	40	2	2.5	1	1.25	15	18.75	57	71.25	8	10		
h. Saya merasa bahwa kerahasiaan saya sebagai klien metadon bisa dijaga oleh petugas	48	60	30	37.5	1	1.25	1	1.25	26	32.5	52	65	2	2.5		
i. Saya merasa aman ketika mengakses layanan TRM di klinik ini	48	60	30	37.5	2	2.5			18	22.5	60	75	2	2.5		
j. Saya merasa tidak keberatan dari sisi biaya untuk mengakses layanan ini	36	45	36	45	6	7.5	2	2.5	20	25	46	57.5	10	12.5	4	5

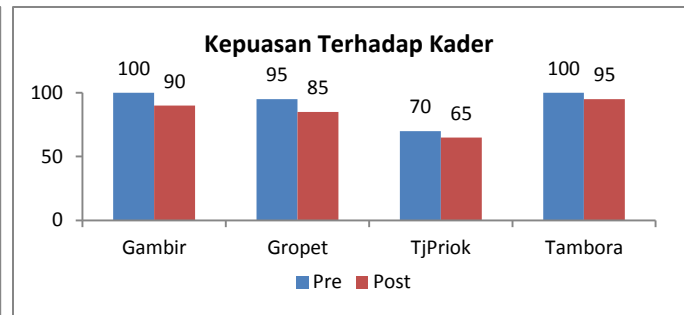
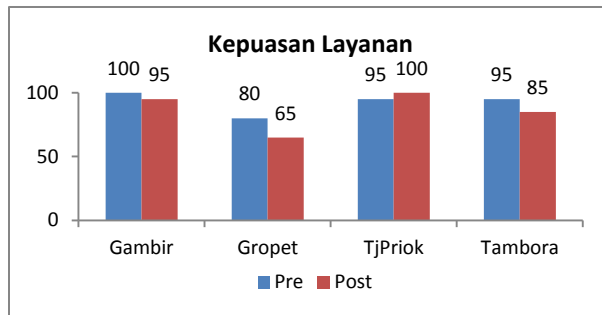
Kepuasan Klien terhadap Kader

Pernyataan	Pra Intervensi								Pasca Intervensi							
	Sangat Setuju	%	Setuju	%	Tidak Setuju	%	Sangat Tidak Setuju	%	Sangat Setuju	%	Setuju	%	Tidak Setuju	%	Sangat Tidak Setuju	%
a. Saya merasa bahwa kader muda puskesmas telah memberikan informasi terkait dengan layanan TRM dan kesehatan yang lain secara jelas	36	45	33	41.25	10	12.5	1	1.25	14	17.5	51	63.75	15	18.75		
b. Saya merasa nyaman ketika diberi informasi oleh kader muda puskesmas	39	48.75	34	42.5	6	7.5	1	1.25	15	18.75	56	70	9	11.25		
c. Saya merasa bahwa kader muda memiliki pengetahuan yang mencukupi dalam menyampaikan informasi terkait dengan TRM dan masalah kesehatan lain	34	42.5	33	41.25	12	15	1	1.25	14	17.5	51	63.75	15	18.75		
d. Saya merasa bahwa kader muda bisa memberikan waktu yang cukup untuk menjelaskan informasi yang dibutuhkan atau diajak ngobrol	33	41.25	35	43.75	11	13.75	1	1.25	14	17.5	48	60	18	22.5		
e. Saya merasa bahwa kader muda membantu saya untuk memperoleh layanan kesehatan yang saya butuhkan selain TRM	37	46.25	35	43.75	7	8.75	1	1.25	14	17.5	51	63.75	15	18.75		

Konsisten dengan hasil yang ditemukan dalam kajian peninjauan bahwa tingkat kepuasan klien rumatan terhadap layanan dan kader sangat tinggi. Meski ada perbedaan antara kelompok pra intervensi dengan kelompok pasca intervensi, tetapi perbedaan ini bukan perbedaan yang signifikan sehingga bisa disimpulkan bahwa klien rumatan metadon selama ini merasa puas dengan layanan yang diakses dan peran kader yang membantu mereka memperoleh layanan di puskesmas. Gambaran tentang kepuasan secara total bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Secara lebih rinci tingkat kepuasan klien terhadap aspek kepuasan terhadap layanan dan kader per puskesmas bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Di lihat dari gambar tersebut tampak bahwa klien di semua puskesmas menunjuk kepuasan yang lebih rendah terhadap kader dibandingkan dengan kepuasan terhadap layanan TRM yang mereka terima. Meski kepuasan terhadap layanan sudah tinggi tetapi kebijakan turun dosis yang kurang dipahami oleh klien metadon menjadi isu terkait dengan kepuasan terhadap layanan (lihat hasil kajian penjangkauan pada bab II). Adanya perbedaan persepsi tentang waktu dan kriteria turun dosis perlu diperjelas dan disosialisasikan secara tertulis kepada para klien. Strategi untuk menurunkan dosis dengan cara tidak datang ke layanan selama 7 hari tentunya bukan strategi yang bisa diterima dalam upaya untuk mempertahankan kestabilan dan kepatuhan terhadap terapi. Penguatan kapasitas terhadap staf dengan melalui diskusi secara spesifik tentang kebijakan penurunan dosis ini telah dilakukan diantara staf puskesmas dengan dihadiri oleh staf rumah pengampu. Hasil ini memang belum secara formal dijadikan pedoman, tetapi diharapkan bisa menjadi acuan untuk menentukan kriteria oleh masing-masing puskesmas yang bisa disosialisasikan keada klien rumatan.

Terkait dengan lebih rendahnya kepuasan klien terhadap kader, perlu dicermati konteks bagaimana kader ini berperan di puskesmas. Peran kader ini di masing-masing puskesmas tidak sama, ada yang melakukan penjangkauan, rujukan, administrasi atau memfasilitasi kelompok dukungan sebaya. Tetapi mereka cenderung lebih banyak membantu pelayanan TRM sehari-hari dari pada melakukan kegiatan luar gedung. Demikian juga untuk *ngobrol* dengan klien juga relatif terbatas karena kesibukannya di loket sehingga relatif tidak banyak berinteraksi dengan klien. Hanya untuk kader yang telah cukup mengenal pecandu yang mampu untuk berinteraksi rutin dengan klien sementara yang bukan cenderung menghabiskan waktu untuk kegiatan administrasi dan pelaporan.

Dengan pola kerja kader yang demikian, pengembangan kapasitas kader puskesmas sebenarnya diarahkan untuk lebih mampu untuk melakukan pemantauan terhadap klien rumatan metadon mengingat mereka pada dasarnya merupakan manajer kasus bagi klien rumatan metadon. Layanan-layanan terkait dengan kecanduan termasuk komunikasi rutin dengan klien sebagai bagian dari upaya pemantauan, layanan perawatan HIV bagi mereka yang HIV positif dan aspek legal (jika klien mengalami permasalahan hukum terkait dengan terapinya) perlu menjadi prioritas dari kader. Meski masalah administrasi menjadi bagian yang tidak bisa ditinggalkan, tetapi jika terlalu berfokus pada hal-hal ini maka fungsi sebagai manajer kasus sulit untuk dicapai. Adanya kapasitas untuk melakukan komunikasi yang lebih baik kepada klien rumatan akan memungkinkan kader untuk melakukan fungsi konseling adiksi yang selama ini memang belum tersedia di layanan tersebut. Memang beberapa puskesmas menunjuk dokter dan perawat untuk menjadi konselor tetapi tentunya dengan tugas ganda yang dilakukan akan menjadi cukup sulit bagi mereka untuk menyediakan waktu untuk memberikan layanan konseling.

Penguatan peran kader sebagai sebuah intervensi tentunya belum secara penuh bisa berkontribusi terhadap kinerja puskesmas dalam PTRM mengingat waktunya yang terbatas. Tetapi jika penguatan peran puskesmas ini bisa diinstitutionalisasi ke dalam program TRM maka menjadi langkah terobosan untuk melengkapi layanan selama ini yang dirasakan kurang oleh klien yaitu melakukan fasilitasi dan dukungan untuk bisa berhasil dalam terapi rumatan. Peran koordinator HR dan kepala puskesmas menjadi sangat penting agar institutionalisasi peran kader sebagai manajer kasus ini bisa terlaksana.

E. Kesimpulan Evaluasi

Seperti disebutkan di atas bahwa kegiatan evaluasi ini secara spesifik akan mengukur (a) Apakah penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas sebagai intervensi untuk mengurangi kejenuhan klien bisa berkontribusi terhadap pengurangan penggunaan napza selain metadon di antara para klien rumatan metadon? (b) Apakah ada perubahan dalam perilaku penggunaan napza dari klien sebelum dan sesudah intervensi? (c) Apakah ada perubahan kepuasan klien terhadap layanan TRM yang diterima dan kepuasan terhadap peran kader dalam mendukung klien dalam terapi rumatan metadon.

Berdasarkan tujuan di atas, maka hasil evaluasi menunjukkan bahwa telah terjadi pengurangan penggunaan napza selain metadon oleh klien rumatan metadon. Tetapi indikasi bahwa pengurangan penggunaan napza ini tidak bisa semata-mata dikontribusikan oleh adanya penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas karena ada faktor-faktor eksternal penyedia layanan seperti ketersediaan napza di wilayah dimana klien rumatan tinggal, meningkatnya operasi narkoba oleh pihak berwenang dan dinamika permasalahan dari klien rumatan. Hal yang jelas bisa diperkuat adalah bahwa pemantauan klien melalui tes urine perlu dilakukan secara rutin untuk mendeteksi penggunaan napza selain metadon. Tes urine yang dilakukan dua kali satu tahun bahkan satu tahun kurang memiliki efek pada penggunaan napza selain metadon karena langkah untuk menyikapi penggunaan napza lain tersebut tidak bisa dilakukan. Selain itu, pemahaman tentang prosedur dan kelengkapan layanan yang lebih kuat dan penguatan kader puskesmas menjadi hal yang strategis dilakukan dalam rangka untuk meningkatkan pemantauan terhadap klien.

Secara umum tidak ada perubahan pola perilaku penggunaan napza dari klien selama intervensi ini dilakukan. Penggunaan jenis napza selain metadon cenderung tidak berubah, *benzodiazphine* dan *amphetamine* masih merupakan napza yang dominan digunakan oleh klien PTRM. Tidak berubahnya jenis napza yang digunakan ini tidak terlepas dari tersedianya napza yang ada di komunitas atau di wilayah klien rumatan. Penggunaan heroin atau putaw relatif tidak tampak pada klien rumatan metadon. Menjadi catatan penting bahwa ada kecenderungan di penasun untuk menggunakan napza jenis *benzodiazephine* dengan menggunakan suntikan sehingga risiko terjadinya penularan HIV melalui suntikan tetap tinggi mengingat belum jelasnya kebijakan akses LASS bagi klien rumatan metadon. Tidak berubahnya pola penggunaan napza ini sulit untuk disimpulkan tidak berhasilnya penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas. Satu hal yang menjadi kesulitan untuk menyimpulkan adalah terbatasnya waktu implementasi rencana tindak lanjut berupa pemantauan klien rumatan secara lebih sistematis. Terbatasnya waktu ini menjadi kendala untuk menginstitutionalisasi berbagai kesepakatan untuk rencana perubahan-perubahan dalam sistem dokumentasi, peran kader sebagai manajer kasus maupun melaksanakan fungsi konselor karena harus bersaing dengan tugas-tugas keseharian yang selama ini dilakukan.

Dukungan penuh dari pihak puskesmas terhadap perubahan-perubahan masih perlu dioptimalkan di masa depan.

Kepuasan klien terhadap layanan dan kader puskesmas juga tidak menunjukkan perubahan selama intervensi ini dilaksanakan. Kepuasan terhadap layanan PTRM dan kader puskesmas pada dasarnya sudah tinggi tetapi kepuasan yang lebih rendah tampak pada kepuasan terhadap kader. Ini disebabkan karena selama ini kader lebih banyak berfungsi untuk membantu staf puskesmas dalam menyediakan layanan dari pada melaksanakan fungsi-fungsi fasilitasi layanan, melakukan komunikasi dengan klien atau melakukan rujukan terhadap layanan lain yang diperlukan sehingga secara langsung kurang berhubungan dan mendukung kebutuhan klien untuk bisa menjalani terapi dengan berhasil, termasuk menyelesaikan rumatan yang dilaksanakan. Peran yang masih terbatas dari kader puskesmas dalam PTRM tidak bisa dilepaskan dari konteks terbatasnya SDM yang tersedia di puskesmas untuk mendukung layanan ini secara rutin, sehingga kader cenderung diperankan sebagai petugas yang membantu staf puskesmas dari pada staf yang membantu klien untuk memperoleh layanan dengan lengkap.

Bab V. Pembahasan dan Kesimpulan

A. Pengantar

Tujuan umum dari penelitian operasional ini adalah untuk meningkatkan efektifitas pengobatan rumatan metadon bagi penasun melalui perbaikan prosedur program. Agar hal tersebut bisa dicapai maka secara khusus penelitian ini bertujuan untuk (1) melakukan evaluasi terhadap layanan PTRM, (2) mendokumentasikan faktor-faktor pendukung dan kendala pelaksanaan PTRM, (3) melakukan uji coba intervensi untuk memperkuat pelaksanaan PTRM dan (4) merekomendasikan penyempurnaan pedoman tata laksana PTRM. Hasil dari tahapan penelitian mulai dari kajian peninjauan, pengembangan disain intervensi, pelaksanaan intervensi, implementasi rencana tindak lanjut dari intervensi, monitoring dan evaluasi telah dipaparkan pada bagian sebelumnya. Pada bagian ini akan dipaparkan tentang pembahasan hasil penelitian ini berdasarkan kerangka konseptual dan pembelajaran yang diperoleh selama melaksanakan penelitian operasional. Setelah itu akan dipaparkan juga tentang kesimpulan dari penelitian ini khususnya dalam menjawab tujuan penelitian serta rekomendasi untuk memperkuat layanan program terapi rumatan metadon di masa yang akan datang.

B. Pembahasan

Hasil kajian peninjauan 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. Pertama, prosedur layanan walaupun sudah disediakan buku pedoman pelaksanaannya ternyata dalam pelaksanaannya masih cenderung kurang konsisten dilaksanakan oleh penyedia layanan maupun oleh pemanfaat layanan. Kedua, 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 rumatan. Ketiga, peran staf dan kader puskesmas belum optimal dilaksanakan dalam pelayanan rumatan metadon yang disebabkan karena terbatasnya staf, kejenuhan dalam memberikan

layanan dan terjadinya pergantian staf puskesmas yang cukup sering. Keempat adalah 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.

Tiga permasalahan utama bisa disikapi dengan mengembangkan disain intervensi yang memperkuat kapasitas staf dan kader dalam pelayanan PTRM, sedangkan 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 pengembangan kapasitas tersebut sehingga diharapkan ada kesadaran bahwa penyediaan terapi metadon ini membutuhkan waktu yang lama (Joseph et al, 2000). 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,

Sejumlah peneliti (Van Den Berg et al.2007; Tilson et al.2007; Farrell et al.2005; Kreek 2000, Joseph et al, 2000, Sarasvita, 2010) menyatakan bahwa efektivitas intervensi farmakologis bisa dicapai jika dilengkapi dengan intervensi-intervensi perilaku dan psikososial untuk perawatan dan terapi penggunaan napza suntik mencakup *contingency management*, penguatan kelompok dukungan sebaya, terapi perilaku kognitif, terapi motivasional, komunitas terapi dan pendekatan-pendekatan pemulihan. Sayangnya ketersediaan intervensi perilaku dan psikososial ini belum tersedia secara mencukupi di layanan PTRM sehingga mengakibatkan munculnya berbagai persoalan terkait dengan kejenuhan dan penggunaan napza lain selain. Memang telah ada konseling, pertemuan kelompok klien rumatan dan pemantauan perilaku klien, tetapi frekuensi dan intensitas berbagai intervensi perilaku dan psikososial ini masing

sangat minimal dan sangat tergantung dari dukungan dana dari pihak lain misalnya seperti dari KPAP yang menyediakan dana untuk pertemuan kelompok selama dua kali dalam satu tahun.

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. Pengalaman dari China dalam penguatan dan perluasan layanan PTRM melalui pengembangan kapasitas klinik metadon telah menunjukkan perbaikannya yang signifikan dalam kinerja program khususnya kepatuhan terapi dan penggunaan napza lain (Li et al, 2012, Lin et al, 2009).

Hasil monitoring dan 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 diinstitutionalisasi ke prosedur layanan di masing-masing puskesmas agar berdampak pada kinerja layanan yang lebih optimal di masa yang akan datang.

Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini relatif singkat sehingga kurang mampu mendeteksi hasil (*outcome*) intervensi penguatan kapasitas dalam cakupan maupun perubahan

perilaku dari klien rumatan. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa cakupan program sesudah intervensi dilakukan tidak mengalami perubahan dalam arti tidak terjadi peningkatan cakupan pada klien yang rutin mengakses TRM, klien yang diberikan THD dan penurunan angka drop out. Kecenderungan seperti ini bisa dilihat dari dua sisi. Pertama, bahwa cakupan tersebut menunjukkan penyedia layanan (staf dan kader puskesmas) belum sepenuhnya mengimplementasikan rencana tindak lanjut dari pengembangan kapasitas karena terbatasnya waktu. Kedua, adanya faktor eksternal yang tidak mampu dikontrol melalui pengembangan kapasitas yaitu dinamika ketersediaan napza di lapangan. Ini menjadi lebih sulit dideteksi lagi karena mekanisme pemantauan yang diusulkan dalam rencana tindak lanjut melalui penguatan peran kader sebagai manajer kasus belum bisa dilakukan.

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 sangat kecilnya jumlah pasien yang menggunakan heroin. Hasil ini mempertegas hasil dari penelitian tentang efektivitas PTRM dalam mengurangi penggunaan heroin seperti yang ditunjukkan oleh penelitian-penelitian sebelumnya (Mattick, Breen et al.2003; Schwartz et al.2006; IoM, 2007, Sarasvita, 2010).

Meski demikian, seperti ditunjukkan oleh Joseph et al (2000) dan Costigan et al (1999) bahwa 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 (Joseph et al 2000).

Penguatan kapasitas staf dan kader puskesmas yang telah dilakukan belum mampu meningkatkan kepuasan klien rumatan terhadap layanan dan kepuasan terhadap peran kader

dalam PTRM. Kepuasan klien rumatan sebenarnya sudah tinggi dimana lebih 90 persen klien merasa puas dengan layanan dan sekitar 85% merasa puas dengan peran kader puskesmas. Namun perbandingan penilaian kepuasan sebelum dan sesudah intervensi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dan bahkan cenderung turun pada beberapa puskesmas. Kemungkinan penjelasan atas turunnya tingkat kepuasan ini adalah karena adanya perpindahan tempat layanan dan pergantian staf yang bertanggung jawab dalam pelayanan serta kurang berperannya kader di beberapa puskesmas dalam memfasilitasi kebutuhan klien rumatan. Selain itu terbatasnya waktu pelaksanaan rencana tindak lanjut penguatan kapasitas staf dan kader juga menjadi salah satu alasan belum berdampak pada kualitas layanan.

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 cakupan program 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.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian operasional ini ada beberapa keterbatasan yang muncul dalam peninjauan awal, pengembangan intervensi, implementasi RTL intervensi dan evaluasi intervensi. Berbagai keterbatasan ini perlu memperoleh perhatian karena akan membatasi dalam interpretasi dan penggunaan hasil penelitian operasional. Beberapa keterbatasan yang ada di dalam penelitian ini antara lain:

- a. Dalam tahap persiapan dan peninjauan beberapa masalah yang muncul adalah sulitnya memperoleh ijin penelitian ini dari pemerintah sehingga membuat pelaksanaan kegiatan peninjauan menjadi mundur dari jadwal yang telah ditentukan. Akibatnya kegiatan berikutnya menjadi tertunda. Tahap yang paling kritis dalam penelitian operasional yaitu implementasi RTL intervensi menjadi terbatas waktunya. Sebelumnya implementasi RTL

direncanakan bisa dilaksanakan dalam 3 bulan sehingga bisa mendeteksi hasil (outcome) pengembangan kapasitas dengan lebih baik tetapi pada kenyataannya hanya tersedia waktu kurang lebih 6 (enam) minggu.

- b. Penelitian operasional ini dilaksanakan bukan oleh pengelola program sehingga memerlukan waktu untuk meyakinkan para pengelola program bahwa upaya memperkuat layanan merupakan hal yang penting untuk dilakukan oleh mereka sendiri. Strategi untuk melibatkan pemangku PTRM seperti dinas kesehatan, rumah sakit pengampu dan kementerian kesehatan telah memungkinkan partisipasi puskesmas yang lebih besar dalam penelitian ini.
- c. Data yang dikumpulkan dari klien baik dalam bentuk survei maupun kelompok diskusi terarah dilakukan setelah klien menerima terapi metadon sehingga dalam proses pengumpulan data sebagian besar responden atau informan berada dalam pengaruh metadon. Potensi terjadi inkonsistensi dalam memberikan respon mungkin akan mengganggu keakuratan data yang dikumpulkan. Demikian juga pengumpulan data dari pengelola data cenderung cukup tergesa-gesa karena waktu yang disediakan untuk wawancara relatif pendek sehingga eksplorasi data menjadi terbatas. Keterbatasan yang lain yang mempengaruhi keakuratan data adalah pergantian staf puskesmas dimana staf baru belum memahami secara penuh program TRM yang ada di puskesmasnya. Untuk mengatasi beberapa kemungkinan bias tersebut serangkaian pertemuan sebagai bentuk triangulasi dan validasi data dengan berbagai pihak telah dilakukan baik dalam bentuk diskusi membahas hasil temuan dan pengembangan disain intervensi.
- d. Penggunaan disain *pre and post intervention* untuk melakukan evaluasi intervensi tidak perektan sampel dengan menggunakan metode *cohort* tetapi menggunakan pemilihan sampel secara acak berdasarkan waktu bisa menimbulkan bias dalam menyimpulkan hasil *pre* dan *post-test survey* atau tes urine. Untuk mengurangi adanya bias tersebut maka dalam analisis data dilakukan terlebih dahulu analisis perbandingan dua kelompok untuk dinilai homogenitasnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok pra dan pasca intervensi sehingga dua kelompok tersebut bisa diperbandingkan.

- e. Tidak semua puskesmas melaporkan indikator PTRM secara lengkap sehingga tidak semua indikator PTRM bisa diperbandingkan berdasarkan puskesmas. Untuk itu mengatasi itu beberapa indikator juga ditanyakan dalam survei kepada klien rumatan untuk bisa diperoleh hasilnya. Meski data tersebut tidak bisa diperbandingkan dalam mendeskripsikan indikator tertentu (lama mengikuti TRM, penggunaan napza lain) kedua data disandingkan dimana data survei diperlakukan sebagai data estimasi.

D. Kesimpulan

Hasil kajian peninjauan terhadap situasi layanan program rumatan metadon di empat puskesmas di Provinsi DKI Jakarta menunjukkan beberapa hal yang perlu memperoleh perhatian sebagai berikut:

1. Walaupun tidak semua petugas mengetahui prosedur penyediaan layanan PTRM, pelaksanaan di tingkat layanan telah mengacu pada pedoman yang digunakan. Ada persamaan pengetahuan mengenai prinsip dasar pelaksanaan PTRM baik di tingkat layanan maupun klien misalnya dalam persyaratan awal mengakses layanan, kebijakan pemberian dosis awal, THD, *tapering off* dan dosis bagi yang mengonsumsi obat ARV dan TB..
2. Jumlah pasien yang mengakses layanan rumatan metadon secara rutin relatif stabil dengan tingkat kepatuhan yang cukup tinggi dan tingkat drop out cukup rendah.
3. Intervensi perilaku dan psikososial secara rutin belum tersedia di puskesmas karena keterbatasan SDM dan kapasitas teknis. Intervensi psikososial yang dilakukan lebih banyak berupa konseling untuk kenaikan atau penurunan dosis.
4. Rotasi staf puskesmas cukup tinggi sehingga tidak semua staf memiliki tingkat pemahaman yang sama tentang layanan yang diberikan sehingga berakibat pada kinerja yang bervariasi diantara staf PTRM. Apoteker cenderung tidak pernah dirotasi tetapi dokter, perawat dan koordinator HR memiliki *turn over* yang tinggi.
5. Adanya kejenuhan di antara petugas layanan dan klien dikarenakan prosesnya lama. Tingkat motivasi mengikuti layanan PTRM mempengaruhi kesuksesan klien dalam mengikuti program ini.

6. Hampir setengah klien rumatan masih menggunakan napza lain seperti amphetamine dan benzodiazepine. Beberapa klien juga masih mengakses LASS tapi tidak ada mekanisme di tingkat layanan untuk menindak lanjuti klien PTRM yang masih mengakses LASS.
7. Tes urin yang dilakukan sebagai sarana monitoring dan evaluasi dirasa kurang efektif oleh klien karena tidak dilakukan secara rutin karena adanya keterbatasan anggaran.
8. Faktor-faktor pendukung kesuksesan terapi dari segi petugas layanan dan klien mengatakan bahwa pengaruh keluarga dan lingkungan sangat penting termasuk motivasi diri. Pelibatan keluarga sangat penting dalam mendukung proses terapi klien.

Berdasarkan evaluasi situasi layanan PTRM di empat puskesmas tersebut, maka dikembangkan sebuah intervensi yang dimaksudkan untuk meningkatkan efektivitas penyediaan layanan PTRM. Permasalahan strategis yang diantisipasi dalam pengembangan intervensi ini adalah tingkat kejenuhan klien dalam mengikuti terapi yang berakibat pada meningkatnya penggunaan napza lain. Kejenuhan klien ini muncul karena tidak adanya intervensi perilaku dan psikososial di puskesmas dan pada sisi yang lain ada kejenuhan dari staf puskesmas dalam menyediakan pelayanan PTRM yang bersifat rutin dan tidak berjangka waktu. Intervensi yang dipilih adalah pengembangan kapasitas staf dan kader PTRM dalam prosedur layanan dan pemantauan klien rumatan.

Hasil yang diharapkan dari intervensi pengembangan kapasitas adalah meningkatnya kapasitas penyedia layanan untuk mengantisipasi kejenuhan klien dengan menerapkan prosedur layanan yang lebih konsisten, mengoptimalkan fungsi manajemen kasus bagi kader dan peningkatan kemampuan komunikasi untuk melaksanakan intervensi perilaku dan psikososial. Peningkatan kapasitas staf dan kader puskesmas ini dilakukan melalui workshop selama dua hari yang diikuti oleh semua petugas dan kader yang bertugas dalam PTRM di masing-masing puskesmas. Dalam workshop tersebut juga disepakati berbagai rencana tindak lanjut (RTL) untuk memperkuat layanan PTRM di masing-masing puskesmas. Ukuran keberhasilan dari intervensi ini dari sisi keluaran (*output*) adalah meningkatnya cakupan

program dan dari sisi hasil (*outcome*) adalah menurunnya penggunaan napza lain pada klien rumatan dan meningkatnya kepuasan klien rumatan terhadap layanan dan peran kader.

Evaluasi atas intervensi yang dilakukan menunjukkan bahwa pengembangan kapasitas staf dan kader merupakan intervensi yang mampu laksana dan mampu hasil dari sisi puskesmas karena diarahkan untuk memanfaatkan secara optimal sumber daya yang tersedia di puskesmas. Meski tidak mampu menunjukkan pengaruhnya terhadap perubahan cakupan intervensi karena terbatasnya waktu implementasi RTL, intervensi ini telah mampu menunjukkan adanya perubahan-perubahan awal di dalam penguatan prosedur layanan, pemantauan klien dan motivasi kerja dari staf dan kader puskesmas.

Selama intervensi dilakukan, ada kecenderungan penurunan penggunaan napza lain pada klien rumatan metadon. Meski demikian penurunan penggunaan metadon ini tidak bisa semata-mata disimpulkan sebagai pengaruh kegiatan pengembangan kapasitas. Ada kemungkinan faktor eksternal penyedia layanan (klien atau ketersediaan napza) juga berpengaruh terhadap penurunan penggunaan napza lain. Hasil yang juga dievaluasi adalah tingkat kepuasan klien terhadap layanan dan kader puskesmas. Tidak ada perbedaan kepuasan klien rumatan terhadap layanan dan peran kader sebelum dan sesudah intervensi. Kemungkinan besar tidak ada perbedaan ini disebabkan karena waktu yang terbatas dalam pelaksanaan RTL intervensi sehingga perubahan-perubahan dalam layanan dan peran kader belum bisa dilihat oleh klien. Justru sebaliknya pada saat yang sama terjadi perubahan setting pelayanan dan pergantian staf PTRM sehingga terjadi perubahan-perubahan dalam pelayanan.

Pembelajaran yang diperoleh dari penelitian operasional ini yaitu, pertama, permasalahan yang muncul dalam pelaksanaan PTRM 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. Kedua, 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. Ketiga, penguatan kapasitas bisa dilakukan secara sederhana dengan melalukan lokakarya internal yang diikuti oleh staf dan kader puskesmas

yang terlibat dalam program. Keempat, peran kader sebagai fasilitator layanan PTRM bisa diperluas untuk melaksanakan peran dan fungsi manajemen kasus bagi klien metadon. Kelima, institusionalisasi perubahan prosedur layanan bisa terlaksana jika ada komitmen yang lebih besar dari koordinator dan kepala puskesmas. Terakhir, kegiatan pengembangan kapasitas telah mampu mempengaruhi puskesmas untuk melakukan pembenahan-pembenahan dalam pelayanan PTRM di puskesmas.

E. Rekomendasi

Penelitian ini telah mengidentifikasi sejumlah ruang yang bisa digunakan untuk memperkuat efektivitas program terapi rumatan metadon seperti digambarkan di bawah ini.

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. Pemantuan 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.

Daftar Pustaka

- Aceijas, C., et al. (2004). Global Overview of Injecting Drug Use and HIV infection among Injecting Drug Users. *AIDS*. 18(17), 2295-303.
- 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.
- Booth, R.E., Corsi, K.F., Mikulich-Gilbertson, SK. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street recruited injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 74 (2), 177-85.
- 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.
- Kreek MJ. Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. History, recent molecular and neurochemical research and future in mainstream medicine. *Ann NY Acad Sci* 2000;909:186-216.
- Li Jianhua, Wang C, McGoogan CM, Rou, Keming, Bulterysc, Marc & Wub, Zunyou, Human resource development and capacity-building during China's rapid scale-up of methadone maintenance treatment services, *Bull World Health Organ* 2013;91:130-135
- Lin C, Wu Z, Rou K, Pang L, Cao X, Shoptaw S et al. Challenges in providing services in methadone maintenance therapy clinics in China: service providers' perceptions. *Int J Drug Policy* 2010;21:173-8. doi:10.1016/j.drugpo.2009.09.002 PMID:19818591
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD002209.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD002207.

- Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, DePhilippis D, Stolley P, Abrutyn E. Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: An 18-month prospective follow-up. *JAIDS* 1993;6:1049–1056.
- Moss AR, Vranizan K, Gorter R, Bacchetti P, Watters J, Osmond D. HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990. *AIDS* 1994;8: 223–231.
- Pisani, E., Dadun., Sucahya, P.K., Kamil, O., Jazan, S. (2003). Sexual Behavior among Injecting Drug Users (IDUs) in 3 Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to non injectors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4).
- Rapid Response Service. (2013). Rapid Response: Adherence to Methadone Maintenance Treatment & Antiretroviral Therapy. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network.
- 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.
- Schwartz RP, Highfield DA, Jaffe JH, Brady JV, Butler CB, Rouse CO, Callaman JM, O'Grady KE, Battjes RJ. A randomized controlled trial of interim methadone maintenance. *Arch Gen Psychiat* 2006;63:102–109.
- Serpellini G, Carrieri MP. Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: A nested case-control study. *AIDS Care* 1994;6:215–220.
- Spire, B., Lucas, G.M., Carrieri, M.P. (2007). Adherence to HIV treatment among IDUs & the role of Opioid Substitution Treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 18(4): 262-70.
- 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.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Laporan epidemi AIDS di Indonesia, update. (2013). Geneva: UNAIDS.
- 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.
- Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007;102:1454-62.

Lampiran

1. Instrumen Penjajakan

Lembar Informasi bagi Informan Penelitian
“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI Jakarta”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL, dan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Pengantar

Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL, akan mengadakan penelitian **“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)” di Propinsi DKI Jakarta**. Pengguna jarum suntik (penasun) adalah salah satu kelompok yang rentan terhadap infeksi HIV. Berbagai upaya pengurangan dampak buruk sudah dilakukan sejak awal epidemi HIV pada kelompok ini. Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah salah satu program pengurangan dampak buruk yang diluncurkan pemerintah mengingat gangguan adiksi memerlukan penanganan komprehensif, berproses dan bersifat jangka panjang. Namun demikian pelaksanaan PTRM di Indonesia belum maksimal. Salah satu kendala adalah pelaksanaan PTRM tidak selalu mengacu pada pedoman yang ada dan tingginya angka *drop out* serta kepatuhan untuk mengikuti klien masih terjadi. Diperlukan suatu intervensi untuk menyempurnakan program dan menentukan praktik-praktik positif apa saja di tingkat penyedia layanan dan penerima manfaat yang bisa dimasukkan ke dalam pelaksanaan PTRM sehingga program lebih maksimal. Untuk itu Kemenkes RI, Ditjen PP & PL bekerja sama dengan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) Universitas Katolik Atma Jaya akan melakukan suatu penelitian operasional untuk memperbaiki layanan PTRM dan memberikan rekomendasi untuk penyempurnaan pedoman tata laksana PTRM di masa yang akan datang

Data yang dikumpulkan

Data primer yang akan dikumpulkan menyangkut pelaksanaan dan kendala-kendala PTRM baik dari sudut pandang pemberi layanan (klinik) dan penerima layanan (penasun). Dari segi **klinik**, topik yang akan ditanyakan menyangkut tingkat kepatuhan klien, angka *drop out*, kebijakan dosis obat yang diberikan, durasi rata-rata klien mengikuti program, kebijakan pemberian dosis obat yang dibawa pulang, kualitas layanan dan konseling yang diberikan, serta pemahaman pemberi layanan terhadap pedoman PTRM. Sedangkan dari segi **klien**, topik yang akan ditanyakan menyangkut pengalaman dalam mengakses layanan, kendala yang dihadapi selama mengakses layanan, dosis obat yang diterima dan kapan mereka bisa bawa obat pulang, persepsi dan pemahaman tentang program, pengalaman *drop out*, serta motivasi untuk ikut dan bertahan dalam program.

Informan

Sumber informasi penelitian ini adalah penyedia layanan dan pengguna jarum suntik (penasun) di wilayah Jakarta Pusat, Barat, dan Utara. Empat lokasi PTRM berbasis puskesmas akan dipilih, yaitu PTRM Gambir, Tanjung Priok, Grogol-Petamburan dan Tambora. Metode pengumpulan data menggunakan *in-depth interview* terhadap lima orang di setiap PTRM yang dipilih yaitu:

penanggung jawab (kepala Puskesmas), koordinator, perawat, petugas laboratorium, dan kader. Metode pengumpulan data untuk klien menggunakan fokus grup diskusi (FGD) dengan jumlah maksimal penasun 10 orang disetiap PTRM. Data-data klinis atau sekunder PTRM juga akan dikaji.

Waktu Keterlibatan dari Informan dalam Penelitian

Penelitian ini diperkirakan berlangsung selama 5 bulan (Agustus – Desember 2014). Waktu untuk pengumpulan data diharapkan selesai dalam waktu 2-12 minggu.

Risiko dan Manfaat

Potensi risiko bagi peserta untuk terlibat dalam penelitian ini telah dinilai oleh Komisi Etik dan dinilai memiliki risiko yang minimal yaitu keterlibatan informan di dalam penelitian ini tidak lebih dari risiko yang dihadapi oleh informan sehari-hari. Dari sisi manfaat, penelitian ini tidak memberikan manfaat langsung bagi informan. Potensi manfaat yang dihasilkan oleh penelitian adalah rekomendasi untuk penyempurnaan pedoman pelaksanaan PTRM, sehingga pelayanan dan pengurangan dampak buruk pada penasun menjadi optimal.

Kompensasi atas Keterlibatan dalam Penelitian

Informan yang terlibat dalam penelitian ini tidak akan memperoleh kompensasi atau imbalan atas waktu atau informasi yang diberikan dalam wawancara. Informan akan memperoleh uang penggantian transport dari/ke tempat wawancara atau workshop

Informasi Lebih Lanjut

Jika informan memiliki berbagai pertanyaan terkait dengan topik atau proses pengumpulan data setelah wawancara maka bisa menghubungi Iko Safika di nomor telpon 087886175856 atau email di ikofika@yahoo.com.

PERSETUJUAN

Setelah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari membaca seluruh isi **Lembar Penjelasan bagi Calon Subyek Penelitian “Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI Jakarta”**, silakan menandatangani pernyataan berikut:

Dengan menandatangani formulir ini, Saya, _____, menyatakan persetujuan untuk menjadi subyek penelitian dalam penelitian ini.

Tandatangan subyek penelitian:

Tanggal:

(Nama jelas :.....)

Pedoman Focus Group Discussion
“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di
Propinsi DKI Jakarta”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL dan Pusat Penelitian HIV dan AIDS
(PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Terima kasih atas kesediaan Teman-teman untuk mengikuti penelitian ini. Informasi yang Teman-teman berikan dalam studi ini akan digunakan untuk memperbaiki pelaksanaan PTRM sehingga hasil yang diharapkan bisa lebih optimal. Nama Teman-teman tidak akan muncul di bagian manapun dalam penelitian ini, jadi mohon dijawab apa adanya sesuai pendapat yang Teman-teman pikirkan dan rasakan.

Lokasi Penelitian:

- Puskesmas Gambir
- Puskesmas Tanjung Priok
- Puskesmas Grogol Petamburan
- Puskesmas Tambora
- Lainnya _____

Bagian A: Informasi Latar Belakang

Sebelum memulai FGD, silakan Teman-teman memperkenalkan diri masing-masing

1. Di mana tempat tinggal (Kecamatan) saat ini?
2. Sejak kapan mulai menggunakan Napza? Sejak kapan menggunakan Napza suntik?
3. Apa saja jenis napza lain yang digunakan selain methadone?
4. Apa saja layanan yang sudah atau sedang diakses? Ceritakan! Dimana biasanya mengakses layanan tersebut? **Probing**: puskesmas, LSM, KPA/K
5. Bagaimana akhirnya bisa mengakses layanan tersebut? Apakah dirujuk oleh LSM atau dapat informasi dari yang lain?
6. Sejak kapan mulai mengakses layanan PTRM? (tahun dan bulan)? Dimana pertama kali mengakses layanan PTRM?
7. Berapa lama mengakses layanan PTRM? (tahun dan bulan)

Bagian B: Persepsi dan Pemahaman Mengenai Layanan PTRM

1. Apa yang Teman-teman ketahui mengenai PTRM sebelum mengikuti program?
2. Apa harapan Teman-teman dengan mengakses layanan PTRM?

Bagian C: Pengalaman Saat Pertama Kali Mengakses Layanan PTRM

1. Apa alasan Teman-teman memutuskan untuk mengakses layanan PTRM?
2. Bagaimana proses pertama kali Teman-teman mengakses layanan PTRM?
 - 2.1. Siapa petugas kesehatan yang Teman-teman temui?
 - 2.2. Informasi apa saja yang Teman-teman terima?
 - 2.3. Apa saja syarat dan prosedur yang harus Teman-teman jalani? **Probing**: apakah dilakukan asesmen (termasuk pilihan treatment: long/maintenance), konseling, dan pemeriksaan penunjang (e.g. tes urine, VCT, dan/atau tes IMS lainnya)

3. Bisakah teman-teman menceritakan proses konseling yang dilakukan? Apa isi konseling yang diberikan? Seberapa sering konseling diberikan?
4. Apa kesan/pendapat Teman-teman setelah mengakses layanan pertama kali?

Bagian D: Pengalaman dalam Mengakses Layanan PTRM saat ini

1. Bagaimana pendapat teman-teman mengenai layanan PTRM yang dilakukan di Puskesmas? **Probing:** akses ke lokasi, jam operasional, proses administrasi, layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan mulai dari mendaftar hingga mengikuti program ini, kepuasan yang anda rasakan atas pelayanan yang diberikan dokter, petugas administrasi, petugas lab, dll.
2. Bagaimana prosedur pemberian dosis?
 - a. Berapa dosis dan jangka waktu yang diberikan pertama kali?
 - b. Apa saja syarat dan prosedur yang dijalani untuk pemberian dosis?
 - c. Apakah ada perubahan (naik/turun) dosis yang diberikan?
 - d. Apa saja syarat dan prosedur yang dijalani untuk perubahan dosis?
 - e. Apakah ada pengalaman drop out? **Probing:** setelah berapa lama mengakses layanan, apa alasan anda drop out)
 - f. Apakah ada pengalaman dipindahkan dari puskesmas yang satu ke yang lain? **Probing:** setelah berapa lama mengakses layanan, apa alasan anda di pindah?
 - g. Apakah anda tahu sudah ada teman yang berhenti mengakses layanan karena memang sudah dianggap stabil? Ceritakan! **Probing:** Sejak kapan diperbolehkan untuk berhenti? Apa alasan diperbolehkan untuk berhenti? Bagaimana proses penghentian (tapering off)?
 - h. Apakah ada pengalaman diberi hukuman atau dikeluarkan dari program? **Probing:** Sejak kapan dan apa alasannya? Jika pernah dikeluarkan, dari PTRM mana? Sejak kapan diikutkan lagi dalam program? Apa alasannya?
 - i. Apakah Teman-teman tahu bahwa ada perbedaan dosis bagi yang mengonsumsi ARV dan yang tidak/belum?
3. Bagaimana prosedur pemberian dosis bawa pulang (THD – Take Home Dose)?
 - a. Apakah ada pengalaman mengambil THD?
 - b. Apa saja syarat dan prosedur yang dijalani untuk THD?
 - c. Apa alasan memerlukan THD?
 - d. Berapa lama boleh mengambil THD?
4. Bagaimana pelaksanaan pemeriksaan penunjang selama mengakses PTRM?
 - a. Apakah pernah diminta untuk melakukan tes urin secara acak pada situasi tertentu?
 - b. Apakah tes tersebut dilakukan secara berkala? Seberapa sering?
 - c. Apakah diberitahu alasan perlunya melakukan pemeriksaan penunjang? Apa saja alasannya?
 - d. Apakah pernah diminta untuk melakukan tes pemeriksaan penunjang lainnya (HIV, IMS, SGOT/PT, CD4)? Seberapa sering?
5. Apakah ada pelayanan konseling (adiksi maupun lainnya) dan intervensi psikososial lain yang diberikan?
 - a. Layanan konseling apa yang pernah diakses? **Probing:** Apa isi konseling tersebut? Seberapa sering konseling dilakukan? Terjadwal atau tidak?

- b. Siapa saja yang terlibat dalam pemberian layanan konseling dan intervensi psikososial lainnya?
- c. Apa saja syarat dan prosedur untuk menerima layanan konseling atau intervensi psikososial lainnya?
- d. Bagaimana pengalaman mengakses layanan konseling atau layanan intervensi psikososial lainnya?
- e. Bagaimana kesan/pendapat setelah menerima layanan tersebut?

Bagian E: Faktor Pendukung, Tantangan/Hambatan dan Harapan

- 1. Apa saja yang memotivasi Teman-teman dalam mengakses layanan PTRM? Jelaskan!
- 2. Siapa saja yang berperan untuk mendukung dalam mengakses layanan dan bagaimana mereka bisa mempengaruhi?
- 3. Apa saja tantangan/hambatan yang dihadapi oleh teman-teman dalam mengakses layanan PTRM? Jelaskan! **Probing:** dari segi lokasi, jam operasional, layanan tenaga kesehatan (dokter, admin, petugas lab)?
- 4. Perubahan/manfaat apa yang Teman-teman rasakan sebelum dan sesudah mengakses layanan PTRM? **Probing:** apakah Teman-teman berhenti menggunakan Napza (abstinence)?
- 5. Apakah layanan yang diterima sesuai dengan pengetahuan/harapan Teman-teman?
- 6. Apakah ada hal lain yang Teman-teman harapkan dari layanan PTRM?

TERIMAKASIH ATAS INFORMASINYA

Pedoman Wawancara Mendalam
“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI Jakarta”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL dan Pusat Penelitian HIV dan AIDS
(PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Pengantar (hanya untuk panduan pewawancara): Terima kasih atas kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Informasi yang Anda berikan dalam penelitian ini akan digunakan untuk memperbaiki pelaksanaan PTRM sehingga hasil yang diharapkan bisa lebih optimal. Mohon dijawab sejujur-jujurnya sesuai dengan pengalaman Anda dan kondisi sebenarnya. Nama dan identitas Anda tidak akan muncul di bagian manapun dalam kuesioner ini, dan juga tidak ada jawaban yang benar ataupun salah.

Lokasi Penelitian:

- PKM Gambir
- PKM Tanjung Priok
- PKM Grogol Petamburan
- PKM Tambora

Bagian A: Informasi Latar Belakang

Pertama, kami akan bertanya tentang latar belakang Anda.

1. Jenis Kelamin? Laki-laki Perempuan
2. Berapa usia anda? Tahun
3. Apa posisi Anda disini?
 - Kepala PKM Asisten apoteker
 - Koordinator PTRM Psikolog/Konselor Adiksi
 - Perawat Kader
 - Petugas Laboratorium
4. Berapa lama Anda sudah bekerja menjabat posisi di No.3? _____ Tahun _____ Bulan
5. Berapa lama Anda sudah bekerja di PKM ini? _____ Tahun _____ Bulan
6. Berapa lama Anda sudah bekerja di layanan PTRM? _____ Tahun _____ Bulan
7. Berapa jumlah penasun yang aktif mengakses PTRM di PKM ini?
 - 1).0-9 5).120 atau lebih
 - 2).10-29 8) Tidak Tahu
 - 3).30-69 9) Tidak Relevan
 - 4).70-119
8. Dari jumlah penasun yang mengakses layanan PTRM, berapa yang HIV+?
 - 1).0-9 5).120 atau lebih
 - 2).10-29 6). Tidak Tahu
 - 3).30-69 7). Tidak Relevan
 - 4).70-119

Bagian B: Latar belakang profesional penyedia layanan

1. Bisakah diceritakan latar belakang profesional dan pengalaman Anda dalam program HIV dan AIDS? Bagaimana ketika menangani penasun? **Probing:** termasuk lama bekerja di bidang ini

2. Adakah perubahan sikap terhadap pekerjaan dan persepsi terhadap penasun yang Anda alami sejak pertama kali bekerja sampai saat ini? Tolong ceritakan!
3. Menurut Anda, apakah ada nilai tambah yang Anda dapatkan dengan bekerja di sini? Tolong jelaskan! **Probing:** *nilai tambah baik bagi individu secara pribadi maupun pengembangan karir*

Bagian C: Pemahaman petugas layanan terhadap prinsip mendasar dalam pedoman PTRM

1. Menurut Anda, mengapa program ini dilaksanakan? Apa tujuan dari program PTRM?
2. Tolong jelaskan dasar kebijakan yang Anda ketahui dan gunakan dalam penyelenggaraan PTRM!
3. Panduan apa yang digunakan dalam menentukan klien untuk mengikuti PTRM? **Probing:** *hal-hal yang menurut Anda harus diperhatikan oleh responden, bagaimana pelaksanaan prinsip-prinsip mendasar yang diatur dalam kebijakan dan panduan.* **Catatan untuk pewawancara:** *cross check dengan pedoman PTRM*
4. Tolong ceritakan bagaimana proses saat pertama kali klien diikutkan dalam layanan PTRM? **Probing:** *apa saja kriteria yang digunakan, bagaimana prosedur pemeriksaan yang dijalani, biaya yang harus dikeluarkan, termasuk faktor-faktor klinis?*
5. Tolong ceritakan bagaimana dengan kunjungan berikutnya? **Probing:** *jarak waktu antar kunjungan, persamaan dan perbedaan dengan kunjungan sebelumnya*
6. Bagaimana dengan ketersediaan sumber daya manusia yang terlatih untuk layanan PTRM ditempat Anda? **Probing:** *jumlah staf, pembagian tugas dalam layanan, pelatihan yang harus dan pernah diikuti*
7. Bagaimana dengan ketersediaan sumber daya keuangan untuk PTRM? **Probing:** *sumber dana, pengelolaan, penggunaan dana untuk penyediaan layanan)*
8. Bagaimana ketersediaan logistik dan perbekalan kesehatan untuk layanan PTRM? **Probing:** *ketersediaan obat-obatan, perlengkapan, pelatihan mengenai fungsi dan cara menggunakannya*
9. Bagaimana ketersediaan fasilitas pendukung layanan PTRM? **Probing:** *ketersediaan dan kelayakan ruangan yang dibutuhkan, peralatan medis dan non medis*
10. Seberapa sering tes urin untuk klien dilakukan? Tolong ceritakan! **Probing:** *kapan, siapa yang menentukan, dan pengaruhnya terhadap klien*
11. Apakah ada pelayanan konseling psikososial yang dilakukan? Tolong dijelaskan! **Probing:** *kapan dilakukan, siapa yang mengakses dan melayani, seberapa sering dilakukan*
12. Bagaimana dengan jam layanan PTRM? Tolong jelaskan! **Probing:** *Apakah jam layanan dirasa sudah bisa memenuhi kebutuhan klien? apakah pernah ada keluhan dari klien mengenai ini? pernahkah ada permintaan untuk melayani di luar jam layanan?*
13. Selain layanan PTRM, layanan-layanan apa saja yang juga diberikan untuk klien aktif berlatar belakang penasun di PKM ini?
14. Apakah ada aturan-aturan tidak tertulis dalam panduan pelaksanaan yang sudah dilakukan selama ini atau yang menurut Anda penting untuk dilakukan? (contoh: aturan mengenai klien tidak boleh nongkrong setelah minum metadon)

Bagian D: Kebijakan pemberian obat metadon

1. Bisa tolong jelaskan bagaimana aturan mengenai dosis metadon yang diberikan?

2. Bagaimana dengan aturan mengenai dosis metadon yang bisa dibawa pulang? (**Probing:** *persyaratan dan kondisi untuk bisa membawa pulang metadon siapa yang menentukan*)
3. Bagaimana cara Anda memantau klien PTRM dalam kepatuhan minum metadon? (**Probing:** *dari segi metode, pihak yang dilibatkan, kendala yang dihadapi*)
4. Bisa tolong jelaskan aturan mengenai penghentian pemberian metadon (untuk kasus klien yang *tapering off* dan akhirnya abstinen)? (**Probing:** *kapan, bagaimana ini dilakukan, dan siapa yang menentukan*)
5. Apakah ada kendala dengan pemberian dosis metadon selama ini? Jika ya, tolong ceritakan kendala apa yang selama ini dihadapi! (**Probing:** *kendala dari penyedia layanan dan klien*)
6. Berdasarkan yang Anda ketahui, apakah ada efek samping dari penggunaan metadon?
7. Apakah ada efek samping yang pernah dilaporkan oleh klien? Jika ya, apa efeknya dan apa yang biasanya dilakukan?

Bagian E: Situasi dan kondisi klien yang mengikuti PTRM

1. Bagaimana menurut Anda proporsi kepatuhan klien yang mengikuti PTRM di sini? (**Probing:** *apa saja kriteria kepatuhan yang digunakan?* **Catatan:** *cross check dengan jawaban pertanyaan Bagian A nomor 7.* Dari penasun yang aktif, berapa proporsi klien yang patuh berdasarkan kriteria yang digunakan?)
2. Tindakan apa yang Anda lakukan saat masalah terkait kepatuhan klien muncul? Bagaimana dengan staf lainnya di PKM ini?
3. Apakah ada klien yang Anda ketahui masih menggunakan Napza baik yang disuntik maupun tidak? Jika ya, kira-kira berapa jumlahnya? Menurut anda apa penyebabnya?
4. Apakah ada klien yang Anda ketahui masih menggunakan layanan alat suntik steril (LASS)? Jika ya, kira-kira berapa jumlahnya (atau presentase yang masih menggunakan LASS)? Menurut Anda apa penyebabnya?
5. Bagaimana pengaruh PTRM terhadap kualitas hidup klien yang mengikuti PTRM? (**Probing:** *pengaruh PTRM terhadap kondisi fisik dan mental klien. Kriteria apa yang digunakan untuk melihat kualitas hidup klien?*)
6. Berdasarkan pengalaman Anda dengan klien, faktor-faktor apa yang mempengaruhi kesuksesan dan kegagalan terapi klien PTRM? (**Probing:** *faktor pendukung dan penghambat*)

Bagian F: Tambahan

1. Tolong ceritakan bagaimana mekanisme koordinasi internal (antara manajemen PKM dengan layanan PTRM)?
2. Bagaimana mekanisme evaluasi internal mengenai layanan PTRM? (**Probing:** *bentuk evaluasinya seperti apa, kapan dilakukan, siapa saja yang terlibat*)

TERIMAKASIH ATAS INFORMASINYA

2. Instrumen Monitoring

Pedoman *Focus Group Discussion* Kader Persiapan Intervensi

“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI Jakarta” Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL dan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Bagian A: Informasi Latar Belakang

Pertama, kami akan bertanya tentang latar belakang Anda.

1. Jenis Kelamin? Laki-laki Perempuan
2. Berapa usia anda? Tahun
3. Berapa lama Anda sudah bekerja menjabat posisi di No.3? _____ Tahun _____ Bulan
4. Berapa lama Anda sudah bekerja di Puskesmas ini? _____ Tahun _____ Bulan
5. Berapa lama Anda sudah bekerja di layanan PTRM? _____ Tahun _____ Bulan

Bagian B: Tugas dan tanggung jawab Kader

1. Bisakah Anda ceritakan tugas apa saja yang diharapkan Anda kerjakan ketika pertama kali diminta menjadi Kader?
2. Apakah ada deskripsi pekerjaan yang tertulis mengenai tugas dan tanggung jawab Anda? Oleh siapa deskripsi pekerjaan itu diberikan? apa bentuknya (surat kontrak atau lainnya)?
3. Bisakah Anda ceritakan apa yang Anda lakukan dalam pekerjaan sehari-hari:
 - a. di PKM dan lapangan
 - b. Penjangkauan
 - c. Rujukan
 - d. Konseling
 - e. Pelaporan
4. Bagaimana bentuk pelaporan yang selama ini dilakukan dalam pekerjaan Anda? (**Probing:** lisan/tulisan? kepada siapa? seberapa sering? untuk apa atau bagaimana laporan tersebut digunakan?)
5. Dengan pihak mana sajakah Anda berkoordinasi dalam melakukan pekerjaan Anda? (**Probing:** petugas PTRM, petugas layanan lainnya di PKM, LSM, keluarga klien, pihak lainnya (mis: polisi, Toga-Toma)?)
6. Bagaimana hubungan kerja dan koordinasi dengan petugas dari LSM yang dijalankan selama ini? (**Probing:** ada berapa LSM yang terlibat, adakah bentuk dan kerjasama yang konkrit, apa keuntungan, adakah hambatan?)

Bagian C: Kapasitas Kader

1. Menurut Anda, apa yang diperlukan untuk menjadi Kader? (**Probing:** latar belakang pendidikan, kemampuan, sifat, dsb)
2. Pelatihan atau peningkatan kapasitas apa saja yang pernah Anda ikuti? Tolong sebutkan! (**Probing:** materi panduan PTRM,
3. Hambatan atau kesulitan apa saja yang Anda hadapi dalam melakukan pekerjaan Anda?
4. Pelatihan atau kegiatan apa yang Anda rasa perlu untuk meningkatkan kapasitas Kader?

5. Apakah Anda pernah mengusulkan untuk mengikuti pelatihan tertentu? Kepada siapa? Bagaimana respon atau jawaban terhadap usulan Anda?

TERIMAKASIH ATAS INFORMASINYA

**RENCANA KERJA MINGGUAN
KADER PKM
(Gambir / Gropet / Tambora / Tj. Priok)**

Target Minggu ini	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu

**LAPORAN MINGGUAN
KADER PKM
(Gambir / Gropet / Tambora / Tj. Priok)**

Hari/Tanggal	Kegiatan	Pihak yang ditemui	Deskripsi	Rencana Tindak Lanjut
Senin, / /2015				
Selasa, / /2015				
Rabu, / /2015				
Kamis, / /2015				
Jumat, / /2015				
Sabtu, / /2015				
Minggu, / /2015				

Pedoman Focus Group Discussion
Monitoring dan Evaluasi
“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI Jakarta”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL dan Pusat Penelitian HIV dan AIDS
(PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Setiap kader diminta untuk membawa:

1. Laporan hasil tes urin Pra-Intervensi untuk 4 zat yang sudah dilaksanakan di masing-masing PKM
2. Lembar rencana dan Laporan kerja mingguan yang sudah diisi

Hal-hal yang akan dibicarakan dalam diskusi:

1. Update dari masing-masing kader mengenai pelaksanaan tes urin Pra-Intervensi (Berapa banyak yang berhasil dites, dan apakah ada mekanisme pelaksanaan yang berbeda dari biasanya)
2. Bagaimana penggunaan lembar rencana dan laporan kerja mingguan?
 - a. Apakah Koordinator HR terlibat dalam merencanakan, mereview laporan kerja kader ini? Bisa tolong ceritakan bagaimana prosesnya?
 - b. Apakah lembar rencana dan laporan kerja mingguan ini dirasa bermanfaat? Ya atau Tidak, bisa tolong jelaskan dengan memberikan contoh?
 - c. Apakah ada usulan atau ide lain dari para kader terkait proses perencanaan dan pelaporan kerja mingguan ini?
3. Apakah ada hal yang berbeda yang dirasakan dan terjadi dalam layanan PTRM setelah lokakarya kemarin sampai dengan hari ini untuk hal-hal dibawah ini? Ya atau Tidak, menurut Anda mengapa? Bisa tolong ceritakan dengan memberikan contoh?
 - a. Interaksi Anda dengan klien (frekuensi pertemuan, cara berkomunikasi dan berinteraksi dengan klien, respon klien)
 - b. Pengalaman memberikan konseling kepada klien
 - c. Pemberian informasi dan pendampingan
 - d. Pencatatan hasil kerja
4. Jika ada hal baru atau berbeda yang Anda lakukan sebagai kader setelah lokakarya, tolong ceritakan apa yang Anda lakukan, alasannya, dan bagaimana Anda melakukannya, termasuk faktor pendukung dan penghambat yang Anda temui!
5. Apakah ada hal-hal yang masih membingungkan untuk Anda dan ingin ditanyakan?

Penutup:

1. Meringkas semua poin penting dari hasil diskusi
2. Mengingatkan kader kembali mengenai proses intervensi berikutnya (termasuk tahapan-tahapannya)
3. Menyepakati jadwal pertemuan berikutnya

Terima kasih

3. Instrumen Evaluasi

Lembar Informasi bagi Informan Penelitian
Survei Evaluasi
“Evaluasi dan Intervensi Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di Propinsi DKI
Jakarta”
Kerjasama Kementerian Kesehatan RI, Ditjen PP & PL dan Pusat Penelitian HIV dan
AIDS (PPH) – Universitas Katolik Atma Jaya

Yth. Bapak/Ibu informan penelitian,

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah salah satu program pengurangan dampak buruk dari penggunaan napza yang dilaksanakan sejak awal epidemi HIV pada kelompok pengguna napza suntik. Program ini dilaksanakan dengan tetap berpegang pada prinsip bahwa gangguan adiksi memerlukan penanganan komprehensif, berproses dan bersifat jangka panjang. Namun demikian pelaksanaan PTRM di Indonesia belum maksimal. Salah satu kendala adalah pelaksanaan PTRM tidak selalu mengacu pada pedoman yang ada dan tingginya angka *drop out* serta kepatuhan untuk mengikuti klien masih terjadi. Diperlukan suatu intervensi untuk menyempurnakan program dan menentukan praktik-praktik positif apa saja di tingkat penyedia layanan dan penerima manfaat yang bisa dimasukkan ke dalam pelaksanaan PTRM sehingga program menjadi lebih maksimal. Untuk itu Kemenkes RI bekerja sama dengan Pusat Penelitian HIV dan AIDS (PPH) Universitas Katolik Atma Jaya melakukan penelitian operasional untuk memperbaiki layanan PTRM dan memberikan rekomendasi untuk penyempurnaan pedoman tata laksana PTRM di masa yang akan datang.

Untuk keperluan penelitian ini, kami melalui lembar informasi ini ingin meminta kesediaan Bapak/ Ibu untuk menjadi informan dalam penelitian ini. Pengambilan data tahap ini akan dilakukan dengan metode wawancara terstruktur dengan menggunakan kuesioner. Pertanyaan yang akan diajukan dalam wawancara mencakup pertanyaan mengenai persepsi dan perilaku Anda sebagai klien PTRM dalam pemanfaatan layanan PTRM. Anda diminta untuk dapat berpartisipasi dengan memberikan jawaban yang sesuai dengan pengalaman Anda dan tidak ada jawaban yang benar atau salah dalam wawancara ini.

Manfaat dan Risiko

Dari sisi manfaat, penelitian ini tidak memberikan manfaat langsung bagi informan. Potensi manfaat yang dihasilkan oleh penelitian ini adalah rekomendasi untuk penguatan kebijakan dan pelaksanaan layanan PTRM ke depan. Potensi risiko bagi peserta untuk terlibat dalam penelitian ini telah dinilai oleh Komisi Etik dan dinilai memiliki risiko yang minimal, yaitu keterlibatan informan di dalam penelitian ini tidak lebih dari risiko yang dihadapi oleh informan sehari-hari. Data dan identitas Anda sebagai informan penelitian akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Hak Undur Diri

Anda berhak menolak ataupun membatalkan keikutsertaan Anda dalam penelitian ini tanpa risiko apapun. Jika Anda menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tidak akan ada pengaruhnya terhadap kualitas layanan kesehatan yang Anda dapatkan.

Kompensasi atas Keterlibatan dalam Penelitian

Informan yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan memperoleh uang pengganti transport dari/ke tempat wawancara sebesar Rp. 20,000.

Informasi Lebih Lanjut

Jika informan memiliki berbagai pertanyaan terkait dengan topik atau proses pengumpulan data setelah wawancara maka bisa menghubungi Emmy (koordinator penelitian) di nomor telpon 0812 9758 4440

PERSETUJUAN

Setelah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari membaca seluruh isi **Lembar Penjelasan bagi Calon informan Penelitian Baseline Survey Klien PTRM Penelitian Operasional Program Terapi Rumatan Metadon**, silahkan menandatangani pernyataan berikut:

Dengan menandatangani formulir ini, Saya, _____ (Inisial) menyatakan persetujuan untuk menjadi subyek penelitian dalam penelitian ini.

Tandatangan subyek penelitian:

Tanggal:

**BASELINE dan ENDLINE SURVEY KLIEN PTRM
[PENELITIAN OPERASIONAL PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON - 2015]**

**Kerjasama:
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
dengan
PUSAT PENELITIAN HIV & AIDS – UNIKA ATMA JAYA JAKARTA**

PERKENALAN

1. Ucapkan Salam (misalkan: Selamat Pagi / Selamat Siang).
2. Perkenalkan diri.
3. Jelaskan maksud dan tujuan Survei klien PTRM (lihat script untuk informed consent)
4. Ucapkan Terima kasih atas kesediaan Klien mengisi kuesioner.

I. KETERANGAN PEWAWANCARA

1	Nama Pewawancara I
2	Tanggal Wawancara/...../.....

II. LOKASI

1	Puskesmas PTRM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gambir 2. Grogol Petamburan 3. Tanjung Priok 4. Tambora 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Jenis Kelamin Responden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki 2. Perempuan 	<input type="checkbox"/>
5	Nomor Kode Responden		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. KARAKTERISTIK

1.	Umur Anda saat ini? tahun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Pendidikan tertinggi yang pernah/sedang Diduduki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah sekolah 2. SD/ sederajat 3. SLTP/ sederajat 4. SLTA/ sederajat 5. Akademi/ perguruan tinggi 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Dengan siapa Anda tinggal sekarang (pilihan jawaban)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sendiri 2. Saudara/keluarga 3. Teman Kos 4. Dengan Teman 5. Tidak punya tempat tetap (jalanan) 6. Lainnya, Sebutkan..... 98. Tidak menjawab 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Bisakah Anda mengatakan apa pekerjaan Anda? [Bacakan jawaban]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja dengan penghasilan tetap 2. Bekerja dengan penghasilan tidak tetap 4. Tidak bekerja 5. Lainnya 98. Tidak menjawab 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	3. Wiraswasta	
5. Berapa rupiah uang yang Anda peroleh dalam sebulan terakhir (dalam ribuan)?	Rp(ribu) 97. Tidak tahu 98. Tidak menjawab	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Status perkawinan Anda saat ini? (Bacakan pilihan jawabannya)	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati 98. Tidak menjawab	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Apakah anda dan pasangan anda memiliki anak?	1. Ya, jumlahanak 2. Tidak	<input type="text"/> anak

IV. PERILAKU DAN PERSEPSI PEMANFAATAN LAYANAN

1. Pada umur berapa anda pertama kali menggunakan narkoba? tahun	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
2. Sudah berapa lama Anda menggunakan narkoba? tahun bulan 98. Tidak tahu 99. Tidak menjawab	Thn <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/>																																												
3. a. Sebelum mengikuti terapi rumatan metadon, jenis narkoba apa saja yang pernah Anda gunakan atau suntikkan? [Bacakan pilihan]	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jenis Narkoba</th> <th>Ya</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A</td><td>Heroin (putaw)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>B</td><td>Diazepam (valium, xanax,)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>C</td><td>Amphetamine (Shabu-shabu)</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>D</td><td>Methadone</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>E</td><td>Subutex/Suboxon</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>F</td><td>Jamur/Mashroom</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>G</td><td>Ekstasi</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>H</td><td>Ganja</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>I</td><td>Alkohol</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>J</td><td>Jenis lain:</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		Jenis Narkoba	Ya	Tidak	A	Heroin (putaw)	1	2	B	Diazepam (valium, xanax,)	1	2	C	Amphetamine (Shabu-shabu)	1	2	D	Methadone	1	2	E	Subutex/Suboxon	1	2	F	Jamur/Mashroom	1	2	G	Ekstasi	1	2	H	Ganja	1	2	I	Alkohol	1	2	J	Jenis lain:	1	2	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
	Jenis Narkoba	Ya	Tidak																																											
A	Heroin (putaw)	1	2																																											
B	Diazepam (valium, xanax,)	1	2																																											
C	Amphetamine (Shabu-shabu)	1	2																																											
D	Methadone	1	2																																											
E	Subutex/Suboxon	1	2																																											
F	Jamur/Mashroom	1	2																																											
G	Ekstasi	1	2																																											
H	Ganja	1	2																																											
I	Alkohol	1	2																																											
J	Jenis lain:	1	2																																											
	b. Jenis narkoba apa yang paling sering anda gunakan pada saat itu? (Hanya satu pilihan dan <u>tuliskan kode narkoba sesuai dengan daftar di atas</u>)	<input type="text"/>																																												
4. Sudah berapa lama Anda sudah mengikuti terapi rumatan metadon? tahun bulan	Thn <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/>																																												
5. Selama mengikuti terapi rumatan metadon, apakah anda pernah menggunakan napza lain?	1. Ya 2. Tidak 99. Tidak menjawab	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
6. Jenis napza apa yang pernah anda gunakan selama mengikuti terapi rumatan metadon? (boleh memilih lebih dari satu pilihan, Jangan bacakan pilihan)	1. Heroin/Putaw 2. Suboxon/subutex 3. Ganja 4. Shabu-shabu 5. Anti Depresan 6. Lainnya.....	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																																												
7. Dalam 30 hari terakhir, apakah anda pernah menggunakan napza selain metadon?	1. Ya 2. Tidak 99. Tidak menjawab	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
8. Jenis napza apa selain metadon yang anda gunakan dalam 30 hari terakhir? (boleh memilih lebih dari satu pilihan, Jangan	1. Heroin/Putaw 2. Suboxon/subutex	1 <input type="checkbox"/>																																												

bacakan pilihan)	3. Ganja 4. Shabu-shabu 5. Anti Depresan 6. Lainnya.....	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>			
9. Kapan terakhir kali anda menggunakan napza selain metadon?	1. Hari ini 2. 1 - 7 hari 9. Tidak menjawab	3. 8 - 30 hari 4. Lebih dari 1 bulan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
10. Berapa kali Anda minum/menggunakan napza kemarin ? kali 88. Tidak tahu 99. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
11. Pada usia berapa anda berhubungan seks pertama kali? <i>Hubungan seks yang dimaksud adalah hubungan seks penetratif (misalnya penis ke dalam vagina maupun penis ke dalam lubang dubur), tidak termasuk oral seks</i>(tahun) 97. Belum pernah berhubungan seks	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
12. Apakah Anda pernah berhubungan seks di kota lain dalam enam bulan terkahir ini?	1. Ya 2. Tidak	9. Tidak menjawab <input type="checkbox"/>			
13. Kalau Ya, sebutkan 3 kota terakhir Anda melakukan hubungan seks dalam 6 bulan terakhir ini?	1 2 3				
14. Kapan Anda terakhir kali melakukan hubungan seks ?	1. Hari ini 2. Dalam 1 - 7 hari ini 3. Dalam 8 - 30 hari ini 4. Lebih dari 1 bulan tapi kurang 1 tahun 5. Lebih dari 1 tahun 99. Tidak menjawab	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
15. Dalam hubungan seks dengan pasangan anda yang terakhir kali, apakah anda menggunakan kondom?	1. Ya 2. Tidak	9. Tidak menjawab <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
16. Dalam 30 hari terakhir, apakah dalam hubungan seks yang terakhir seberapa sering anda menggunakan kondom bersama dengan pasangan seks anda?	1. Tidak Pernah 2. Kadang kadang 3. Sering 4. Selalu	<input type="checkbox"/>			
17. Berikan penilaian anda dengan mengatakan sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju terhadap pernyataan-pernyataan di bawah ini terkait pelayanan yang anda peroleh dari klinik terapi rumatan metadon yang biasanya anda akses (bacakan setiap pernyataan dan lingkari 1, bila responden sangat setuju, 2 bila menjawab setuju, 3 bila responden tidak setuju dan 4 jika responden menjawab sangat tidak setuju)					
	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju	
a. Saya memperoleh informasi yang jelas terkait dengan terapi rumatan metadon yang sedang saya jalani	1	2	3	4	A <input type="checkbox"/>
b. Saya merasa nyaman saat dilayani oleh petugas ketika mengakses layanan TRM	1	2	3	4	B <input type="checkbox"/>
c. Saya merasa bahwa para petugas di klinik tahu apa yang dia lakukan dalam memberikan pelayanan TRM	1	2	3	4	C <input type="checkbox"/>
d. Saya tidak harus menunggu dalam waktu yang lama untuk memperoleh pelayanan TRM	1	2	3	4	D <input type="checkbox"/>
e. Saya merasa bahwa klinik TRM memberikan layanan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	1	2	3	4	E <input type="checkbox"/>
f. Saya merasa diberi waktu yang cukup oleh petugas untuk berkonsultasi tentang berbagai masalah yang terkait dengan terapi saya	1	2	3	4	F <input type="checkbox"/>
					G <input type="checkbox"/>

g.	Saya merasa bahwa petugas klinik membantu saya untuk memperoleh layanan kesehatan lain yang saya butuhkan	1	2	3	4	H <input type="checkbox"/>
h.	Saya merasa bahwa kerahasiaan saya sebagai klien metadon bisa dijaga oleh petugas	1	2	3	4	I <input type="checkbox"/>
i.	Saya merasa aman ketika mengakses layanan TRM di klinik ini	1	2	3	4	J <input type="checkbox"/>
j.	Saya merasa tidak keberatan dari sisi biaya untuk mengakses layanan ini	1	2	3	4	

18. Berikan penilaian anda dengan mengatakan sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju terhadap pernyataan-pernyataan di bawah ini **terkait peran kader muda puskesmas yang ada di klinik terapi rumatan metadon yang biasanya anda akses** (bacakan setiap pernyataan dan lingkari 1, bila responden sangat setuju, 2 bila menjawab setuju, 3 bila responden tidak setuju dan 4 jika responden menjawab sangat tidak setuju)

Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju	
a. Saya merasa bahwa kader muda puskesmas telah memberikan informasi terkait dengan layanan TRM dan kesehatan yang lain secara jelas	1	2	3	4	A <input type="checkbox"/>
b. Saya merasa nyaman ketika diberi informasi oleh kader muda puskesmas	1	2	3	4	B <input type="checkbox"/>
c. Saya merasa bahwa kader muda memiliki pengetahuan yang mencukupi dalam menyampaikan informasi terkait dengan TRM dan masalah kesehatan lain	1	2	3	4	C <input type="checkbox"/>
d. Saya merasa bahwa kader muda bisa memberikan waktu yang cukup untuk menjelaskan informasi yang dibutuhkan atau diajak ngobrol	1	2	3	4	D <input type="checkbox"/>
e. Saya merasa bahwa kader muda membantu saya untuk memperoleh layanan kesehatan yang saya butuhkan selain TRM	1	2	3	4	E <input type="checkbox"/>

----- AKHIR DARI SURVEI -----