



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PREDIKTOR PERILAKU KEPATUHAN TERAPI
PASIEN RUMATAN METADON DI PUSKESMAS
DKI JAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

**IKA QURAESYIN
NPM 0706188611**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PREDIKTOR PERILAKU KEPATUHAN TERAPI
PASIEN RUMATAN METADON DI PUSKESMAS
DKI JAKARTA TAHUN 2009**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**IKA QURAESYIN
NPM 0706188611**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : IKA QURAESYIN

Npm : 0706188611

Tanda tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ika Duraespin

NPM : 070608601

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana FKM UI

Tahun Akademik : 2007/2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi¹⁾ saya yang berjudul :

Analisis Prediktor Perilaku Kepatuhan Terapi


Pasien Rawatan Metastasis di Puskesmas PKT Jakarta

Tahun 2008

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2008


(Ika Duraespin)

Keterangan :

¹⁾ tuliskan sesuai dengan jenjang studi yang saudara ambil di FKM UI.

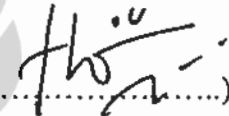
Surat pernyataan ini adalah prediktor dan disertasi pada FKM UI, 2008/2009
diserahkan ke perpustakaan


HALAMAN PENGESAHAN

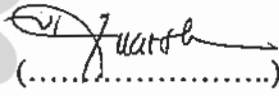
Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Ika Quraesyin
NPM : 0706188611
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Prediktor Perilaku Kepatuhan Terapi Pasien
Rumatan Metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

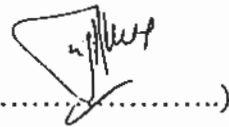
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : C. Endah Wuryaningsih, SS, M.Kes (.....)

Pembimbing : Dr.Drs.Tri Krianto, M.Kes (.....)

Penguji : Dra. Evi Martha, M.Kes (.....)

Penguji : Drs. Heru Suparno, M.Kes (.....)

Penguji : Endah Gina Faziah, SKM, M.Kes. (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Dra. C. Endah Wuryaningsih, M.Kes, selaku dosen pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (2) Dr.Drs.Tri Krianto, M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberi masukan dalam rangka penyempurnaan tesis ini;
- (3) Kepala Puskesmas, Penanggung jawab, serta staf Program Terapi Rumatan Metadon di DKI Jakarta dan Bogor Timur, serta Kepala dan staf PTRM RSKO yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (4) Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukungan ; dan
- (5) Sahabat, orang-orang tercinta, teman, sejawat, kerabat, dan setiap pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 6 Juli 2009

Penulis

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ika Quraesyin
NPM : 0706188611
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS PREDIKTOR PERILAKU KEPATUHAN TERAPI PASIEN RUMATAN METADON DI PUSKESMAS DKI JAKARTA TAHUN 2009.

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 6 Juli 2009

Yang menyatakan



(Ika Quraesyin)

ABSTRAK

Nama/ Name : Ika Quraesyin
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul / Title : Analisis Prediktor Perilaku Kepatuhan Terapi Pasien
Rumatan Metadon Di Puskesmas DKI Jakarta tahun 2009.

Penyalahgunaan NAPZA merupakan masalah kesehatan masyarakat. Kepatuhan terapi dapat menurunkan resiko serta beban terapi ketergantungan NAPZA, dan beberapa faktor diprediksi berhubungan dengan hal tersebut. Penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* dilakukan terhadap 211 pasien ketergantungan NAPZA yang telah menjalani terapi rumatan metadon minimal selama 1 tahun. Analisis data primer hasil wawancara dan tes urin terhadap kandungan morfin dan benzodiazepine, serta data sekunder konsistensi pengambilan dosis harian metadon menunjukkan hasil bahwa pasien yang patuh melakukan terapi (47,4%) lebih rendah dari yang tidak patuh (52,6%) . Lama terapi (> 24 bulan) adalah faktor yang berhubungan erat dengan kepatuhan terapi (nilai $p= 0,001$; $OR=2,569$). Untuk mempertahankan pasien tetap dalam terapi dianjurkan dengan berbagai pendekatan melalui individu, keluarga dan masyarakat. Kesepakatan target terapi perlu dilakukan untuk mengevaluasi kualitas dan kuantitas layanan yang diharapkan yang didukung dengan manajemen terapi komprehensif yang mengacu pada kepuasan pelanggan.

Kata kunci : Penyalahgunaan NAPZA, Kepatuhan, Terapi Rumatan Metadon

ABSTRACT

Name : Ika Quraesyin
Study Program : *Post Graduate Program on Public Health*
Title : *Analyze of Therapy Compliance Behavior Predictors on Methadone Maintenance Treatment Patient at DKI Jakarta Community Health Centre in 2009*

Drug abuse is recognized as a major health issue. Compliance on drugs therapy could reduce the risks and burdens of treatment, many factors having predicted with it. Analysis with cross sectional design was done to 211 drug abuse patients who had already done methadone maintenance therapy at least up to 1 year. A primary data analysis using interview and urin drug screen to detect morphin and benzodiazepine, and secondary data using the methadone dosed taking consistency daily, shows that percentage of patients compliance (47,4%) is lower than non-compliance (52,6%). Long time therapy (> 24 months) was the influential factor to compliance (p value = 0,001, OR=2,569). Keeping the patients in treatment is recommended using multiple way through individual, family, and society approaches. Agreement in therapy target is necessary to be done in order to evaluate the expected quality and quantity of the service. It can be done with comprehensive therapy management that refer to costumer satisfaction.

Key words : Drugs abuse, Compliance, Methadone Maintenance Treatment.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR ISTILAH	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Pertanyaan Penelitian	9
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	10
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	11
II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Ketergantungan NAPZA	12
2.1.1 Klasifikasi NAPZA	12
2.1.2 Kriteria Ketergantungan NAPZA	18
2.1.3 Terapi Ketergantungan NAPZA	22
2.2 Terapi Rumatan Metadon	25
2.2.1 Farmakologi dan Farmakokinetik Metadon	26
2.2.2 Protokol Terapi Rumatan Metadon	27
2.3 Kepatuhan Terapi	36
2.3.1 Konsep Kepatuhan Terapi	36
2.3.2 Teori-Teori Perilaku	37
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi	44
2.4 Perilaku Pengguna NAPZA	51
2.3.1 Konsep Kepatuhan Terapi	51
III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konsep	54
3.2 Definisi Operasional	57
3.3 Hipotesis	62

IV	METODE PENELITIAN	
	4.1 Jenis Penelitian	63
	4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	63
	4.3 Populasi dan Sampel	63
	4.4 Teknik Pengambilan Sampel	65
	4.5 Metode Pengumpulan Data	65
	4.6 Alat Pengumpul Data	66
	4.7 Pengolahan dan Analisis Data	67
V	HASIL PENELITIAN	
	5.1 Subyek Penelitian	69
	5.2 Analisis Bivariat	78
	5.3 Analisis Multivariat	79
VI	PEMBAHASAN	
	6.1 Keterbatasan Penelitian	84
	6.2 Kekuatan Penelitian	85
	6.3 Analisis Hasil Penelitian	85
VII	KESIMPULAN DAN SARAN	
	7.1 Kesimpulan	96
	7.2 Saran	97
	DAFTAR REFERENSI	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Prevalensi HIV di Indonesia Tahun 2007	2
Gambar 2.1.	Teori Reasoned-Action (TRA) dan teori Planned Behaviour (TPB)	39
Gambar 2.2.	Teori Health Believe Model (HBM)	40
Gambar 2.3.	Model of Compliance by Horne	41
Gambar 2.4.	Proses perubahan diantara tahapan perubahan perilaku	44
Gambar 2.5	Target perubahan perilaku klien PTRM	53
Gambar 3.1.	Kerangka teori	55
Gambar 3.2	Kerangka konsep penelitian	56

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jenis dan nama lain NARKOBA yang dapat diskriminasi dalam sampel urin	33
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel dependen	57
Tabel 3.2.	Definisi operasional variabel independen faktor individu	58
Tabel 3.3	Definisi operasional variabel independen faktor zat	60
Tabel 3.4	Definisi operasional variabel independen faktor lingkungan	61
Tabel 4.	Besar sampel minimal dari variabel yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon	64
Tabel 5.1	Distribusi karakteristik responden penelitian kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	70
Tabel 5.2	Distribusi Responden berdasarkan variabel kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	71
Tabel 5.3.	Distribusi data dari variabel numerik	72
Tabel 5.4.	Nilai tengah, nilai median, nilai maksimum dan minimum dari variabel numerik	72
Tabel 5.5.	Nilai tengah, nilai median, nilai maksimum dan minimum dari variabel mutu layanan	73
Tabel 5.6	Distribusi karakteristik hasil pengkatagorian dari beberapa variabel numerik	74
Tabel 5.7	Distribusi karakteristik kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	75
Tabel 5.8	Distribusi karakteristik pemakaian opiat dengan perilaku melewati dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	76
Tabel 5.9	Distribusi karakteristik pemakaian Benzodiazepin dengan perilaku melewati dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	76
Tabel 5.10	Distribusi karakteristik pemakaian opiate dan Benzodiazepin di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	77

Tabel 5.11	Distribusi karakteristik pemakaian Opiat dan Benzodiazepin dengan perilaku melewati dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009	77
Tabel 5.12	Hasil uji bivariat variabel independen dengan perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009	78
Tabel 5.13	Distribusi rata-rata lama pemakaian NAPZA menurut perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009	79
Tabel 5.14	Kandidat variabel yang akan diikutsertakan pada analisis multivariat	80
Tabel 5.15	Pemodelan lengkap analisis multivariate untuk kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009	80
Tabel 5.16	Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi , lama pemakaian NAPZA , tingkat pendidikan, mutu pelayanan, dan pengetahuan	81
Tabel 5.17	Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi , lama pemakaian NAPZA , tingkat pendidikan dan mutu pelayanan	81
Tabel 5.18	Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi, lama pemakaian NAPZA ,dan tingkat pendidikan	81
Tabel 5.19	Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi dan lama pemakaian NAPZA	82
Tabel 5.20	Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi	82

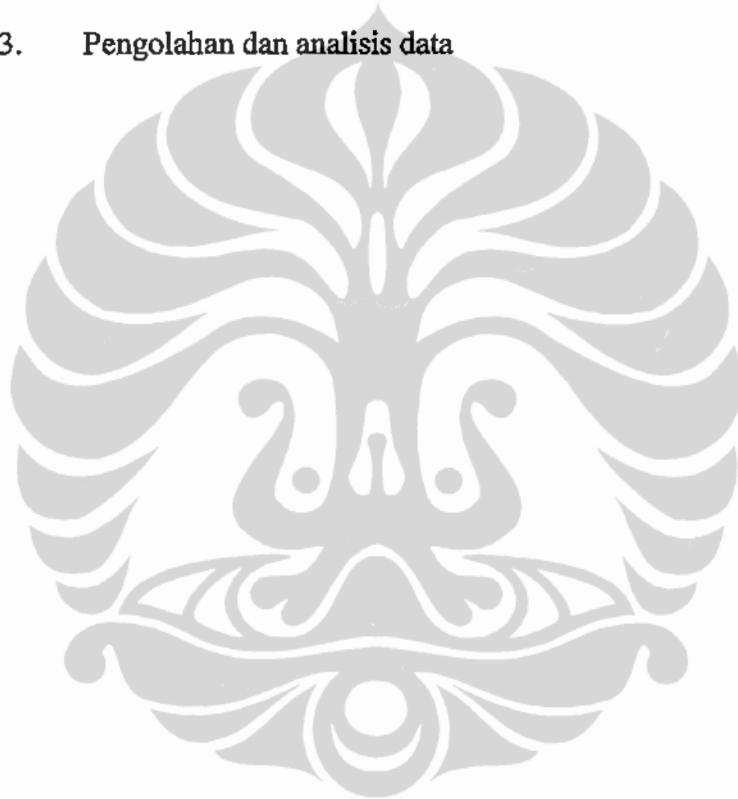
DAFTAR ISTILAH

AIDS	= Acquired Immune Deficiency Syndrome
Abstinence	= Pantangan, menahan diri dari memperturutkan hati , terkait dengan terapi ketergantungan, berhenti sama sekali penggunaan narkoba.
Craving	= Dorongan rasa ketagihan atau kecanduan yang kuat
Detoksifikasi	= Proses perawatan untuk mengeluarkan racun yang berasal dari zat-zat adiktif yang terdapat di dalam tubuh
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
HR	= Harm Reduction
IDU	= Injection Drugs User
Informed Consent	= Surat pernyataan persetujuan klien untuk suatu tindakan medis
Kambuh (<i>relapse</i>)	= Terjadi jika seseorang yang ketergantungan pada narkoba menghentikan penggunaannya untuk waktu tertentu tetapi akhirnya mulai memakainya kembali.
Konseling	= Meliputi pemberian nasihat, dukungan, bimbingan, informasi, rujukan, dan strategi pencegahan, misalnya mengenai masalah terkait kesehatan seperti HIV/AIDS.
Lapas	= Lembaga Pemasyarakatan
Modalitas	= jenis layanan terapi
NAPZA lainnya	= Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif
NARKOBA	= Narkotika, psikotropika dan bahan berbahaya lainnya
Ngedrag	= Chasing the dragon, cara yang umum dilakukan untuk memakai heroin. Sebagian narkoba ditaruh pada kertas timah. Kertas timah itu dipanaskan dari bawah dengan api dan sebagaimana heroin meleleh, asap yang keluar dihisap. Penghisapan tersebut sering melalui pipa kecil yang dipegang di mulut.

ODHA	= Orang dengan HIV / AIDS
Opiat	= Narkoba alami atau sintetis, dengan dampak yang sama pada tubuh seperti opium dan heroin
Pejasun	= Pengguna jarum suntik
Penasun	= Pengguna NAPZA suntik
Perjasun	= Pertukaran Jarum Suntik
PSK	= Pekerja Sex Komersial
PTRM	= Program Terapi Rumatan Metadon
RSKO	= Rumah Sakit Ketergantungan Obat
RS Pengampu	= Rumah Sakit yang merupakan tulang punggung implementasi PTRM yang melakukan fungsi kontrol, induk rujukan, dan bimbingan teknis medis atas mutu layanan serta manajemen metadon di wilayah setempat.
Satelit PTRM	= Tempat pelayanan terapi metadon yang sudah mandiri dalam hal sistem dan penyimpanan metadon selain rumah sakit, seperti puskesmas atau lembaga masyarakat dan berada di bawah pembinaan rumah sakit pelayanan terapi rumatan metadon sesuai dengan propinsinya.
UDS obat)	= Urine Drug Screen (Tes urine terhadap penggunaan
Withdrawal	= Gejala putus zat ; tanda dan gejala yang sering dialami waktu seseorang yang ketergantungan menghentikan penggunaan narkobanya.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Daftar variabel yang digunakan dalam penelitian : Analisis Determinan Prediktor Perilaku Kepatuhan Terapi Rumatan Methadone di DKI Jakarta Tahun 2009	104
Lampiran 2.	Kuesioner penelitian analisis prediktor perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta tahun 2009	106
Lampiran 3.	Pengolahan dan analisis data	115



BAB 1

PENDAHULUAN

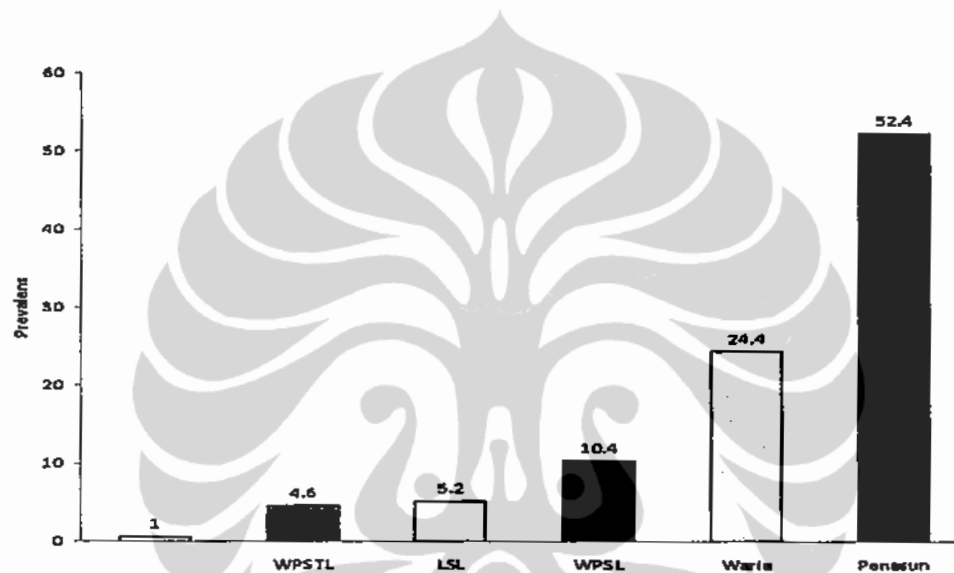
1.1 Latar Belakang

Penyalahgunaan zat narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) atau yang dikenal juga dengan istilah narkoba bukanlah sesuatu yang baru dalam sejarah kehidupan manusia. Berbagai faktor penyebab dan motivasi mendorong seseorang melakukan penyalahgunaan obat-obatan terlarang tersebut. Penyalahgunaan narkoba sampai saat ini tidak pernah dapat ditanggulangi, walaupun demikian upaya ke arah pencegahan dan pemberantasannya harus tetap diupayakan. Tidak sedikit orang yang pada awalnya hanya mencoba, kemudian menjadi pecandu barang yang memabukkan tersebut. Ketergantungan opioid dan penggunaan zat dengan cara disuntikkan adalah problem serius pada setidaknya di 138 negara-negara di dunia. Diperkirakan bahwa 13,5 juta orang menggunakan opioid, dan 9,2 juta diantaranya menggunakan heroin. Data ini mewakili 0,2% dari total penduduk dunia (UNODC, 2006). Di Indonesia penyalahguna narkoba diperkirakan sekitar 3,2 juta orang atau setara dengan 1,5% jumlah penduduk (BNN,2007).

Hingga kini kasus penyalahgunaan NARKOBA dengan berbagai implikasi dan dampak negatifnya sudah merupakan suatu masalah nasional yang sangat kompleks. Dampak buruk secara ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan NARKOBA pun semakin besar. Angka kasus kejahatan tindak pidana NARKOBA dalam lima tahun (2000 – 2004) menunjukkan peningkatan rata-rata 28,9% per tahun, jumlah tersangka meningkat rata-rata 28,6% pertahun, dan jumlah kematian di kalangan pecandu pada tahun 2004 diperkirakan sebesar 15.000 orang. Hasil penelitian Badan Narkotika Nasional menyebutkan bahwa perkiraan besaran biaya ekonomi dan sosial penyalahgunaan narkoba di Indonesia dalam tahun 2004 adalah sekitar Rp. 23,6 triliun, dimana 78% diantaranya merupakan kontribusi biaya ekonomi dengan biaya terbesar untuk konsumsi narkoba (Rp. 11,3 triliun), dan lebih dari separuh biaya konsumsi tersebut berasal

dari kalangan pecandu, serta biaya yang hilang sebagai akibat kematian dini adalah sebesar Rp. 4,4 triliun (BNN, 2007).

NARKOBA tidak hanya merusak fisik dan psikis penggunanya, tetapi juga menularkan HIV/AIDS melalui jarum suntik.. Pengguna NAPZA suntik (Penasun) merupakan kelompok populasi dengan prevalensi HIV terbesar (52,4%) diantara kelompok berisiko lainnya (Waria, Wanita Pekerja Sex Langsung, Lelaki Suka Lelaki, Wanita Pekerja Sex Tidak Langsung), seperti digambarkan dalam grafik 1.1 berikut :



Gambar 1. Prevalensi HIV di Indonesia Tahun 2007

Sumber : Riono, 2009

AIDS telah menjadi penyebab kematian terbesar keempat pada orang dewasa di seluruh dunia, dan epideminya menyebar dengan sangat cepat. Jumlah orang yang terinfeksi sekitar 60 juta orang di seluruh dunia, dan jumlah tersebut setiap harinya bertambah sekitar 14.000 orang dimana 60% diantaranya terjadi pada perempuan. Saat ini Indonesia sudah tergolong negara dengan epidemi terkonsentrasi karena prevalensi HIV pada sus populasi tertentu telah sampai atau melebihi 5% (KPAN, 2008). Sejalan dengan masalah yang dihadapi, Indonesia telah melaksanakan strategi penanggulangan HIV dan AIDS yang dimuat dalam Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS selama 3 periode, yaitu periode

tahun 1994-2003, tahun 2003-2007, dan tahun 2007-2010 yang dikembangkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

Pengurangan dampak buruk (*Harm Reduction*) merupakan salah satu pilar Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS, disamping *Supply Reduction* dan *Demand Reduction*. Sejak pertama kali ditemukannya kasus AIDS di Indonesia (1987), upaya pengurangan dampak buruk sudah dimulai dengan melakukan penjangkauan dan pendampingan pada kelompok pengguna NAPZA suntik (penasun) untuk mencegah dan menurunkan resiko penularan HIV (1999).

Kebutuhan untuk menanggulangi masalah ketergantungan NAPZA yang semakin besar juga kemudian direspon oleh masyarakat baik secara perorangan maupun sarana pelayanan kesehatan melalui berbagai metoda yang kadang tidak masuk akal, sehingga pemerintah melakukan upaya penertiban dengan dikeluarkannya standarisasi rehabilitasi narkotika yang ditetapkan dalam Kepmenkes Nomor 996/Menkes/SK/VIII/2002, dan wewenang pengawasan serta perizinannya diserahkan kepada dinas kesehatan setempat.

Sampai saat ini upaya pengurangan dampak buruk NAPZA dituangkan dalam 12 program melalui SK Menkes No. 567 tahun 2006 yaitu melalui: Program penjangkauan dan pendampingan, Program komunikasi, informasi dan edukasi, Program penilaian pengurangan risiko, Program konseling dan tes HIV sukarela, Program penyucihamaan, Program penggunaan jarum suntik steril, Program pemusnahan peralatan suntik bekas pakai, Program layanan terapi ketergantungan NAPZA, Program terapi substitusi, Program perawatan dan pengobatan HIV, Program pendidikan sebaya, dan Program layanan kesehatan dasar.

Terapi metadon adalah jenis terapi substitusi opioid yang banyak dilakukan. Sampai tahun 2005 terapi substitusi metadon sudah digunakan di sekitar 28 negara di dunia disamping terapi substitusi lainnya dengan jumlah klien yang terus bertambah setiap tahun (Ciupagea, 2008). Ada banyak penelitian yang telah dipublikasikan sejak tahun 1987 yang menguji efektivitas terapi metadon dalam penurunan perilaku berisiko HIV diantara pengguna NAPZA suntik (Gibson et al, 1999). Terapi metadon terbukti cukup efektif dalam pengurangan dampak buruk akibat NARKOBA. Penurunan penggunaan NAPZA ilegal

ditemukan pada klien yang telah menjalani terapi selama satu tahun (Simpson, D.Dwayne et al, 1999; Greenfield et al ,1995 dalam Gibson et al,1999). Terapi metadon dilakukan dalam jangka panjang, oleh karena itu disebut terapi rumatan metadon. Mereka yang bertahan dalam program rumatan metadon dalam kurun waktu yang signifikan terbukti sukses mengurangi perilaku berisiko terkait HIV, mampu menurunkan aktivitas kriminal dan angka kematian (Helmus et all dalam Sarasvita, 2006).

Pada awalnya, pemakaian metadon banyak menimbulkan kontroversi. Beberapa anggota komunitas pemulihan di Amerika berpandangan bahwa rumatan metadon hanyalah cara lain untuk mabuk, dan percaya bahwa pemulihan adalah sama dengan abstinen secara total (Breslin & Malone 1999 dalam Breslin et al, 2006). Kontroversi tersebut berlangsung selama beberapa waktu dan menjadi pembicaraan di banyak media selama tahun 2002 dan 2003 setelah dilaporkan adanya kematian dan overdosis karena metadon (Belluck, 2003 dalam Breslin et al, 2006). Di Indonesia sendiri kontroversi tersebut sempat menjadi perbincangan para pakar, seperti Prof. Dr.dr. Dadang Hawari, guru besar psikiater Universitas Indonesia yang menganggap bahwa detoksifikasi tradisional lebih efektif karena dapat memutuskan pemakaian heroin secara total (Wisanggeni, 2006). Meskipun demikian pengembangan terapi metadon di Indonesia tetap dilakukan dengan mengacu dari hasil penelitian pada 100 kasus dalam rentang waktu 2003 – 2005 di dua tempat layanan uji coba terapi metadon yaitu di RSKO Jakarta dan RS Sanglah Bali yang menunjukkan perbaikan kualitas hidup penderita dari segi fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan, penurunan angka kriminalitas, penurunan depresi dan perbaikan kembali ke aktivitas sebagai anggota masyarakat (WHO,2005). Uji coba program metadon di RS Sanglah Bali sudah berhasil menurunkan angka pemakaian heroin lebih dari 60% pada fase stabil, dan angka kesembuhan sudah mencapai 20% dari 200 klien yang ditangani. (Tokoh, 2005).

Sejak dimulainya uji coba layanan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) tahun 2003-2006 di 4 Rumah Sakit, 1 Puskesmas, dan 1 Lembaga Pemasarakatan, upaya peningkatan atau *scaling-up* PTRM terus dilakukan mengingat jumlah kasus AIDS yang semakin meningkat. Sampai dengan tahun

2007, Indonesia sudah memiliki layanan PTRM di 8 RS Rujukan PTRM, 11 satelit Puskesmas, 4 satelit Lapas, dan 1 satelit RS, yang tersebar di 7 Propinsi yaitu : Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Barat, DIY, Jawa Timur, Bali, dan Sulawesi Selatan. Delapan dari sebelas satelit Puskesmas ada di DKI Jakarta, yaitu di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok, Gambir, Jatinegara, Tambora, Tebet, Cengkareng, Koja, dan Kemayoran. Empat satelit PTRM yang baru mulai aktivasi tahun 2008 dan 2009 adalah satelit PTRM Puskesmas Bogor Timur (Oktober 2008), Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta Barat (Januari 2009), Puskesmas Kecamatan Senen Jakarta Pusat (Februari 2009), dan Puskesmas Kecamatan Kramat Jati Jakarta Timur (April 2009), Rumah Sakit rujukan PTRM yang ditunjuk sebagai RS Pengampu merupakan tulang punggung implementasi PTRM yang melakukan fungsi kontrol, induk rujukan, dan bimbingan teknis medis atas mutu layanan serta manajemen metadon di wilayah setempat. Saat ini RSKO Jakarta merupakan RS Pengampu bagi 11 satelit Puskesmas di DKI Jakarta.

Sebagian besar program rumatan metadon tidak mempunyai batas waktu, tetapi hal ini tidak berarti bahwa program tersebut menyetujui peserta yang terus menerus tergantung pada opiat. PTRM menawarkan kesempatan kepada peserta untuk menstabilkan hidupnya, untuk memperbaiki hubungan sosial dan ekonomi agar merasa lebih sehat secara fisik dan psikologis sehingga memberikan kepercayaan diri dan dorongan untuk hidup tanpa NARKOBA. Tujuan terapi substitusi metadon selain untuk mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV/AIDS serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah, juga untuk memperkecil dampak buruk narkoba pada seseorang yang ketergantungan pada opiat, serta untuk menormalkan gaya hidup dan perilakunya (Green,2001). Sebagaimana ditunjukkan oleh berbagai penelitian jangka panjang yang menjelaskan bahwa lebih lama seseorang bertahan dalam program, akan lebih besar manfaat yang diperoleh dan lebih besar kemungkinan perubahan perilaku positif yang dihasilkan (Martin et al,1990, Ball et al,1988,1991, Condelli et al,1993 dalam Gibson,1999). Akan tetapi permasalahan utamanya adalah bahwa sebagian besar pasien berhenti mengikuti program terapi sebelum mereka merasakan efek terapeutiknya dari program tersebut. Di RSKO Jakarta (2004)

75% pasien terapi metadon *dropped out* sebelum 5 bulan menjalani program (Sarasvita,2006).

Perubahan perilaku positif yang diharapkan sebagai hasil akhir terapi NAPZA tidaklah semudah membalik tangan. Pengaruh NAPZA yang bekerja pada otak seringkali dapat menimbulkan perubahan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang dapat merugikan atau membahayakan baik bagi dirinya sendiri maupun orang lain. Kurang dapat bermasyarakat, bersosialisasi, merusak, perasaan bersalah, dan kecurigaan adalah hal-hal yang paling diprediksi menjadi penyebab keluar/ dikeluarkannya pasien dari terapi metadon. Kesadaran akan ciri kepribadian dan status kejiwaan merupakan hal yang penting untuk hasil terapi metadon yang lebih baik (Stenbacka,M. et al, 2004). Penelitian lain di 13 negara di California menunjukkan bahwa intensitas dan kepuasan layanan yang lebih baik secara positif berhubungan dengan penyelesaian dan daya tahan seseorang berada dalam program. Follow up pasien yang bertahan dalam program setelah 9 bulan, mereka tidak menggunakan NAPZA, tidak terlibat dalam tindak kriminal, dan tinggal dalam komunitas (Hser et al,2000). Di lain pihak, tidak jarang petugas yang merasa tidak sabar dan lelah, khususnya bila klien hanya membuat sedikit kemajuan atau terus menerus tergelincir kembali kedalam tahap penggunaan sebelumnya. Oleh karenanya, diperlukan upaya serius dalam membantu perbaikan penderita baik upaya dari segi psikologis, medis, edukasi, dan upaya sosial lainnya.

Akses untuk mendapat pengobatan amatlah penting, tetapi hal ini tidak cukup tanpa disertai upaya untuk patuh terhadap pengobatan yang diberikan. Kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektivitas suatu pengobatan. Kepatuhan yang buruk akan membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup pasien. Resistensi terhadap pengobatan menjadikannya tidak efektif atau berhenti bekerja sehingga diperlukan upaya baru untuk melawan infeksi dengan obat lain atau obat yang sama dengan dosis berbeda atau kombinasi, sementara jenis obat terbatas persediaannya. Disamping itu mereka yang resisten sukar diobati. Dari sudut pandang ekonomi kesehatan, ketidak patuhan berobat meningkatkan biaya berobat dengan mahalanya harga obat pengganti dan lamanya perawatan di rumah sakit atau hospitalisasi .

Kepatuhan berobat jangka panjang untuk penyakit kronis bervariasi antara 30 – 70% dengan nilai rata-rata sekitar 50% (DiMatteo,2004 dalam Gyllestrand, 2007). Banyak pasien sulit melakukan terapi sesuai petunjuk karena berbagai alasan. Sama halnya dengan terapi penyakit kronis lainnya, terapi metadon membutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi karena penderita harus datang setiap hari ke tempat layanan 7 hari dalam 1 minggu setidaknya selama 2 bulan pertama, dan selanjutnya minimal 5 sampai 6 hari dalam 1 minggu.

Program terapi rumatan metadon dianggap berhasil diantaranya apabila jumlah pasien yang *drop-out* pada tahun pertama kurang dari 45 %, dan jumlah hasil tes air seni sewaktu-waktu terhadap opiat yang menunjukkan hasil positif kurang dari atau sama dengan 30%, (Menkes,2006). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta diketahui bahwa di beberapa Puskesmas Satelit PTRM, seperti halnya di RSKO Jakarta, jumlah pasien *dropped out* pada tahun pertama masih cukup tinggi seperti: Jatinegara 57,37%, Tambora 54,71%, dan Cengkareng 51,26%. Sementara untuk pasien yang sedang dalam terapi, hasil pemeriksaan urine sewaktu terhadap penggunaan obat (*Urine Drugs Screen/ UDS*) juga masih cukup tinggi (78%) serta rata-rata jumlah pasien yang tidak datang sekitar 7-8% per hari (Jatinegara ,2007)

Masih tingginya angka DO, hasil test UDS yang positif dan sejumlah pasien yang melewatkan dosis harian metadon menunjukkan masih kurangnya kesadaran pasien untuk patuh akan pengobatan/ terapi rumatan metadon. Dengan adanya kesenjangan tersebut serta belum dilakukannya penelitian sehubungan dengan kepatuhan terapi pada pasien rumatan metadon di DKI Jakarta, maka perlu dilakukan penelitian agar diperoleh gambaran determinan yang menunjang perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon khususnya di DKI Jakarta. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi terkait dalam upaya meningkatkan cakupan keberhasilan dan memperluas pelayanan PTRM untuk mengurangi penyebaran HIV/AIDS di Indonesia.

1.2. Rumusan Masalah

Ketergantungan opioid menyebabkan dampak secara multi dimensi, tidak saja menyangkut aspek biologis dan psikologis penderita tetapi juga bersinggungan dengan masalah-masalah sosial dan hukum. Seorang pecandu memiliki resiko kesehatan dan psiko-sosial yang cukup tinggi. Tingginya kasus penyakit HIV/AIDS di kalangan penasun harus diupayakan penanggulangannya secara nasional dengan pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA suntik (*harm reduction*).

Terapi rumatan metadon yang merupakan salah satu program terapi ketergantungan NAPZA dalam *harm reduction*, terbukti dapat mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV/AIDS serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah, memperkecil dampak buruk narkoba pada seseorang yang ketergantungan pada opiat, serta dapat menormalkan gaya hidup dan perilakunya. Kemungkinan perilaku positif yang diharapkan dari terapi rumatan metadon akan lebih besar jika pasien lebih lama bertahan dalam program, yang mana hal itu sampai saat ini masih sulit dilakukan karena sebagian besar pasien berhenti mengikuti program terapi sebelum mereka merasakan efek terapeutiknya dari program tersebut. , seperti halnya di RSKO Jakarta (2004) 75% pasien terapi metadon *drop out* sebelum 5 bulan menjalani program (Sarasvita,2006).

Penilaian keberhasilan pelayanan terapi metadon yang dilihat dari jumlah pasien yang *drop-out* pada tahun pertama kurang dari 45 % dan jumlah hasil tes air seni sewaktu-waktu terhadap opiat yang menunjukkan hasil positif kurang dari atau sama dengan 30% (Kepmenkes, 2006), belum dapat tercapai di sejumlah tempat pelayanan PTRM di DKI Jakarta. Jumlah pasien *drop out* pada pada tahun pertama yang masih cukup tinggi (Jatinegara 57,37%, Tambora 54,71%, dan Cengkareng 51,26%), hasil pemeriksaan urine sewaktu terhadap penggunaan obat yang juga masih cukup tinggi serta rata-rata 7-8% pasien yang melewatkan dosis harian metadon menunjukkan bahwa kesadaran pasien untuk patuh akan pengobatan/ terapi tersebut masih kurang, padahal kepatuhan adalah faktor yang menentukan efektivitas suatu pengobatan. Kepatuhan yang buruk

akan membuat dampak ganda dalam arti mengeluarkan banyak dana dan memperburuk kualitas hidup pasien

Kemungkinan pasien untuk kembali menggunakan NAPZA ilegal sangat besar mengingat sifat adiksi dari napza yang sulit untuk dihentikan, khususnya bila pasien tidak patuh atau putus dari terapi metadon. Di lain pihak banyaknya penasun yang belum terjangkau terapi, serta kemampuan pemerintah untuk terus mensubsidi pengadaan metadon menjadi pertimbangan lain agar perilaku kepatuhan terapi metadon penting untuk ditingkatkan.

Niat untuk melakukan terapi metadon sebagai upaya pengalihan ketergantungan NAPZA suntik yang dapat mengakibatkan infeksi HIV/AIDS sebagai langkah positif yang diambil oleh seorang pecandu belumlah cukup tanpa disertai dengan kepatuhannya untuk melaksanakan terapi dengan baik. Belum dilakukannya penelitian sehubungan dengan pelayanan terapi rumatan metadon di DKI Jakarta menjadi dasar sehingga dilakukan suatu penelitian untuk mengetahui determinan yang menunjang perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon khususnya di DKI Jakarta. Data yang diperoleh diharapkan dapat menjadi sumber untuk mengembangkan dan mengevaluasi program yang sedang berjalan.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Dari uraian rumusan masalah diatas, pertanyaan penelitian yang diajukan adalah ” Faktor-faktor apa saja yang diduga menjadi prediktor dalam perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon?”

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya prediktor perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas di DKI Jakarta.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1) Diketuainya gambaran perilaku kepatuhan terapi pada pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta.
- 2) Diketuainya hubungan karakteristik individu (status pernikahan, tingkat pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, motivasi dan status penyakit infeksi) sebagai prediktor terhadap perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta.
- 3) Diketuainya hubungan faktor resiko zat (lama pakai, lama terapi, dan dosis terapi) sebagai prediktor terhadap perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta
- 4) Diketuainya hubungan faktor lingkungan (mutu layanan, dan dukungan keluarga) sebagai prediktor terhadap perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas di DKI Jakarta.
- 5) Diketuainya prediktor yang paling berhubungan terhadap perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas di DKI Jakarta

1.5. Manfaat Penelitian

Diharapkan penelitian ini akan memberikan manfaat sehubungan dengan terapi rumatan metadon:

1. Bagi Perencana Program Terapi Rumatan Metadon.

Memberikan informasi dan data mengenai perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta sehingga dapat menjadi masukan dalam pengambilan keputusan dalam pembuatan program terkait terapi rumatan metadon.

2. Bagi FKM UI.

Hasil penelitian ini dapat memperkaya informasi mengenai penggunaan teori-teori dalam ilmu perilaku dan promosi kesehatan khususnya tentang perilaku kepatuhan berobat pasien ketergantungan NAPZA.

3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi dan data mengenai perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta sehingga dapat menjadi masukan dalam upaya penanggulangan dampak buruk NARKOBA

4. Bagi Peneliti Lain.

Sebagai informasi dan masukan untuk menambah pemahaman tentang terapi substitusi ketergantungan NAPZA dan faktor determinan yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan terapi pada pasien rumatan metadon

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai variable yang diprediksi mempengaruhi perilaku kepatuhan terapi pada pasien rumatan methadone di DKI Jakarta tahun 2009. Subyek penelitian ini adalah pasien rumatan metadon yang telah menjalani terapi sekurang-kurangnya selama 1 tahun di tempat-tempat pelayanan rumatan metadon di Puskesmas wilayah DKI Jakarta. Data penelitian merupakan data primer yang diambil dengan alat bantu kuesioner, data sekunder dari catatan rekam medis, dan data analisis laboratorium hasil pemeriksaan urin. Variabel yang dikaji adalah status pernikahan, tingkat pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, motivasi, status penyakit, lama pakai zat, lama terapi, dosis terapi, mutu layanan kesehatan, dan dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan terapi pada pasien rumatan metadon.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Ketergantungan NAPZA

2.1.1. Klasifikasi NAPZA

NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya, yang oleh masyarakat umum lebih populer dikenal dengan istilah NARKOBA (Narkotika dan obat berbahaya). NAPZA adalah zat yang bekerja pada otak, sehingga dapat menimbulkan perubahan pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Depkes RI, 2001). Karena perubahan-perubahan tersebut, penyalahgunaan NAPZA dapat merugikan atau membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Pengertian narkotika menurut Undang-Undang RI No. 22/1997 disebutkan bahwa narkotik adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Berdasarkan jenis penggunaan dan tingkat potensinya untuk menimbulkan ketergantungan, narkotika dibedakan dalam 3 golongan, yaitu :

- 1) Narkotika Golongan I, yaitu narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan, dan tidak ditujukan untuk terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi menimbulkan ketergantungan. Jenis narkotika ini sering disalahgunakan, contohnya : heroin (termasuk putauw, petidin, candu, dan lain-lain), *Kanabis* (ganja/ gelek/ cimeng/ , mariyuana, hashis) dan *Kokain* (daun koka, serbuk kokain dan pasta kokain)
- 2) Narkotika Golongan II, yaitu narkotika yang berkhasiat sebagai pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta

mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan, contohnya : morfin, petidin, metadon, opium, dihidromorfin, dan ekogin.

- 3) Narkotika Golongan III, yaitu narkotika yang berkhasiat sebagai pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan, contoh : kodein, etil-morfin, asetil dihidrokodein, dekstropoksifen, dihidrokodein, dan nor-kodein,

Dalam Undang-undang RI No.5 tahun 1997 tentang Psikotropika dijelaskan bahwa psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika yang berkhasiat psikoaktif, yang menyebabkan perubahan aktivitas mental dan perilaku serta menimbulkan ketergantungan psikis dan fisik bila digunakan tanpa pengawasan. Berdasarkan tingkat potensi sindroma ketergantungan yang diakibatkannya, psikotropika dibedakan menjadi 4 golongan, yaitu :

- 1) Psikotropika Golongan I, yaitu psikotropika yang tidak atau belum mempunyai khasiat pengobatan yang jelas, hanya dapat digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi amat kuat untuk mengakibatkan sindroma ketergantungan, contohnya: MDMA (ekstasi), STP, LSD (*Lysergic Diethylamid Acid*).
- 2) Psikotropika Golongan II, yaitu psikotropika yang berkhasiat sebagai pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan, contohnya : amfetamin, metamfetamin (shabu), fensiklidin, sekobarbital, metakualon, merilfenidat (ritalin).
- 3) Psikotropika Golongan III, yaitu psikotropika yang berkhasiat sebagai pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan, contohnya : pentobarbital, siklobarbital, pentazosin, flunitrazepam.
- 4) Psikotropika Golongan IV, yaitu psikotropika yang berkhasiat sebagai pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi atau untuk tujuan

ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan, contohnya : *diazepam*, *bromazepam*, *fenobarbital*, *klonazepam*, *klordiazepoxide*, *nitrazepam*, seperti pil BK, pil Koplo, Rohip, Dum, MG

Zat adiktif lain adalah bahan/ zat yang bukan narkotik atau psikotropika yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan. Zat adiktif sering digolongkan berdasarkan bagaimana zat tersebut memberikan pengaruh pada orang yang memakainya . termasuk dalam golongan ini adalah (Depkes, 2001) :

- 1) Minuman beralkohol, yaitu minuman yang mengandung etil alkohol yang berpengaruh menekan susunan syaraf pusat, dan sering menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dalam kebudayaan tertentu. Penggunaan alkohol yang dicampur dengan narkotika atau psikotropika, akan memperkuat pengaruh obat/ zat itu dalam tubuh. Jenis minuman beralkohol yang beredar di pasaran dibedakan berdasarkan kadar kandungan etanolnya yang berkisar antara 1 s/d 45% atau lebih.
- 2) *Inhalasia* (gas yang dihirup) dan *solvent* (zat pelarut) yang mudah menguap berupa senyawa organik, yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor dan sebagai pelumas mesin. Beberapa jenis yang sering disalahgunakan antara lain : lem (glue), thinner, penghapus cat kuku (acetone), dan bensin.
- 3) Nikotin (yang terdapat dalam tembakau) yang banyak digunakan secara luas di masyarakat, dimana pemakaiannya yang terus menerus juga dapat menimbulkan ketergantungan, dan pada umumnya sering menjadi langkah awal dalam penyalahgunaan NAPZA lain yang lebih berbahaya.
- 4) Kafein (terdapat dalam kopi, teh, dan minuman cola)

Berdasarkan bahan pembentuknya, NAPZA dibedakan menjadi jenis yang berasal dari tanaman dan produknya, sintesis, dan fermentasi bijian (Darmono, 2006). NAPZA yang berasal dari tanaman dan produknya seperti: *cannabis sativa* (mariyuana, hashis, ganja), *papaver somniferum* (morfin, heroin), *erythroxylum coca* (kokain). NAPZA sintetis dibuat dari bahan kimia

farmasi seperti *metylen dioksi metyl amphetamin (MDMA)* beserta jenis produk yang dihasilkannya. NAPZA hasil fermentasi bijian seperti alkohol (etanol) dan produknya.

Pengelompokan obat-obatan yang sering disalahgunakan berdasarkan substansi kerjanya dalam CSA (*Controlled Substance Act*) dibedakan menjadi 8 golongan (Robertson, Elizabeth.B, Compton, Wilson M, 2008) yaitu :

1) Golongan *Cannabinoids*

Cannabinoids diperoleh dari bunga tanaman ganja. Lebih dari 60 jenis *cannabinoids* dapat diisolasi dari tanaman ini yang berefek terhadap kesadaran, ingatan, mengubah suasana hati, pikiran dan persepsi, koordinasi otot, relaksasi dan perasaan nyaman. Toleransi terlihat nyata setelah penggunaan dosis tinggi dan /atau pemakaian yang terus menerus. Pemakaian kanabis berpengaruh terhadap sistem kardiovaskuler dengan meningkatkan detak jantung dan tekanan darah.

2) Golongan *Depresan*

Secara umum golongan depresan berperan sebagai sedatif dan hipnotis yang biasa digunakan secara medis untuk membuat rasa kantuk, tenang yang menyenangkan, dan relaksasi otot. Termasuk dalam golongan ini adalah benzodiazepin, alkohol, barbiturat, obat tidur, dan penenang sintesis. Beberapa jenis barbiturat juga mempunyai efek anestesi. Efek dari NAPZA golongan depresan ini adalah ketergantungan dosis, mulai dari relaksasi kepada pemberian obat penenang yang mengakibatkan efek hipnosis sampai menjadi pingsan. Alkohol seringkali tidak dikenal sebagai depresan, pemakaiannya dengan zat sedatif menyebabkan keadaan tidak sadar dan kematian yang lebih sering.

3) Golongan Disosiatif Anestetik (*Dissociative Anesthetics*)

Efek sedatif dan anestesi dari jenis ini menyebabkan pengguna merasa "out of body". Efek lainnya adalah distorsi persepsi terhadap apa yang dilihat, didengar, dan dirasakan dari luar dan dirinya sendiri. Jenis NAPZA ini tidak menimbulkan efek halusinasi, contohnya :PCP (*phenyclidine*) dan *ketamin*

4) Golongan Halusinogen

NAPZA golongan ini dapat menimbulkan efek halusinasi yang bersifat mengacaukan persepsi dan pola pikir pengguna atas realita yang dialaminya, termasuk sensori pengertian akan waktu dan diri mereka sendiri. Tidak seperti jenis zat yang lain, golongan ini tidak digunakan dalam terapi medis, termasuk didalamnya seperti: *kanabis* (ganja), *LSD* (*Lyseric Acid Diethylamide*), *mescaline*. Walaupun mengakibatkan dampak psikologis yang rumit, golongan halusinogen tidak menyebabkan ketergantungan fisik (Green,2001).

5) Golongan Opioid dan turunan Morfin

Opioid dan turunan morfin bersifat analgesik (mengurangi rasa sakit), sedatif (obat penenang), dan euforia. Opioid merangsang sistem syaraf pusat dan menurunkan aktifitasnya. Jenis opiat alami yang dibuat dari tanaman poppy adalah opium, morfin, dan kodein. Beberapa opiat semisintetis lain contohnya adalah heroin dan metadon. Beberapa jenis opiat digunakan dalam pengobatan untuk mengurangi rasa sakit, diare dan batuk dengan pemberian dosis yang terkendali untuk meminimalisasi efek samping yang ditimbulkannya. Opioid sangat adiktif (menyebabkan ketergantungan) sehingga pemakaian dan penjualannya sangat dibatasi oleh hukum.

6) Golongan Stimulan (perangsang)

Secara umum golongan stimulan dikenal karena efeknya yang dapat mempercepat kerja sistem syaraf pusat. Termasuk didalamnya adalah *kokain* yang berasal dari daun koka dan perangsang sintetis seperti *amphetamin*, *methylphenidate* ,dan sejenisnya. Pada dosis rendah stimulan dapat menimbulkan efek euforia (perasaan riang), peningkatan semangat. Pemakaian stimulan berpotensi untuk ketergantungan psikologis yang tinggi.

7) Golongan Inhalans

Inhalans adalah kelompok bahan kimia yang mudah menguap, contohnya seperti solvent (zat pelarut, aerosol, dan gas yang menyebabkan intoksikasi/ memabukkan ketika uapnya dihirup.

Penyalahgunaan yang kronis dapat menyebabkan kerusakan hati, otak dan gangguan pernafasan lainnya.

8) Senyawa Lainnya

Senyawa lainnya yang tidak termasuk dalam katagori diatas yang sering disalahgunakan contohnya adalah *anabolic steroid* dan beberapa jenis *over the counter* (OTC). *Anabolic steroid* adalah suatu zat sintetis yang berhubungan dengan hormon sex pria (*androgen*) yang meningkatkan perkembangan otot skeletal (efek anabolic) dan meningkatkan karakteristik seksual pria (efek androgenik). Penyalahgunaan *anabolic steroid* banyak digunakan oleh para atlit untuk membentuk otot dan meningkatkan performa/ kinerja sport nya, dimana dosis yang digunakan bisa mencapai 100 kali lipat dari dosis terapi . Efek samping penyalahgunaan *anabolic steroid* dapat mengakibatkan kista dan kanker hati, menaikkan agresi, insomnia, menurunkan selera makan, dan sakit otot/ sendi. Berbagai obat OTC banyak digunakan untuk penyakit ringan seperti flu dan penghilang rasa sakit, dan beberapa stimulant seperti obat tidur dan obat penurun berat badan. Contoh penggunaan analgesik jangka panjang dan dosis yang tidak tepat dari dapat menyebabkan iritasi lambung atau kerusakan hati, peningkatan metabolisme, tekanan darah. Penggunaan dalam dosis tinggi menyebabkan efek yang hampir sama dengan efek *dissociative anesthetic* seperti PCP dan ketamie.

Beberapa zat mungkin bisa mempunyai efek lebih dari satu, contohnya ganja memiliki efek halusinogen dan depresan sekaligus, sementara beberapa halusinogen lainnya juga mempunyai sifat stimulan (Mentha, Helen,1999). Pada beberapa zat khususnya yang didapat secara ilegal biasanya akan sulit diketahui apa yang terkandung di dalamnya dan seberapa besar kekuatannya, karena para pengedar seringkali mencampur bahan asli dengan zat lain yang lebih murah agar jumlahnya terlihat lebih banyak atau lebih besar.

Pengetahuan tentang farmakologi NAPZA penting diketahui untuk lebih memahami perkembangan penyalahgunaan zat dan ketergantungannya, serta upaya intervensi pencegahan yang akan dilakukan. Beberapa proses penting

dalam perkembangan penyalahgunaan zat adalah (Robertson, Elizabeth.B. Compton,W.M,2008) : 1). *Exposure* (paparan), termasuk waktu paparan dan suseptibilitas genetik (kepekaan genetik). 2). Ketergantungan secara fisik (*physical dependence*) , manifestasi gangguan fisik yang berat pada saat penghentian obat. 3) Ketergantungan psikologis (*psychological dependence*), atau adiksi, suatu kondisi diwawah pengaruh penggunaan zat yang digunakan secara berkala atau terus menerus untuk menghasilkan kesenangan dan menghindari perasaan tidak nyaman, dan 4) Toleransi (*tolerance*), yaitu kebutuhan untuk penambahan dosis yang lebih tinggi untuk mendapatkan efek asli NAPZA. Ketergantungan NAPZA tidak saja pemakaian yang terus menerus, tetapi juga ketergantungan secara fisik dan psikologis yang menyebabkan masalah fisik dan/ atau mental ketika putus dari zat tersebut.

2.1.2. Kriteria Ketergantungan NAPZA

Ketergantungan NAPZA adalah suatu bentuk penyalahgunaan NAPZA yang berat sehingga terdapat toleransi dan sindroma putus NAPZA (Depkes RI, 2001). Ketergantungan terhadap opioid berkembang setelah periode penggunaan opioid secara teratur, yang waktunya bervariasi tergantung jumlah, frekuensi dan cara penggunaannya, juga faktor kerentanan individu dan konteks dimana NAPZA digunakan. Ketergantungan opioid tidak hanya karena penggunaan opioid yang berat, tetapi juga merupakan kondisi kesehatan kompleks tergantung determinan sosial, psikologi dan biologi serta konsekuensinya, termasuk perubahan di dalam otak

Secara umum ada 3 faktor besar yang berpengaruh dalam penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA, yaitu faktor individu, faktor NAPZA itu sendiri, dan faktor lingkungan (Depkes, 2001). Faktor individu paling berperan dalam menentukan apakah ia akan atau tidak akan menjadi pengguna NAPZA. Usia remaja yang sedang mengalami perubahan biologik, psikologik, dan perubahan sosial yang cepat merupakan kelompok usia yang rentan dalam penyalahgunaan NAPZA. Perubahan pada masa peralihan tersebut seperti perubahan postur tubuh yang cepat kadangkala tidak disertai dengan perubahan mental, emosional sehingg menimbulkan stress, tidak percaya diri, takut, ketidak

mampuan mengendalikan diri, tekanan mental dan psikologis menghadapi berbagai persoalan, dan masih banyak lagi yang menyangkut diri atau kepribadian seseorang yang berujung pada perbuatan negatif seperti pemakaian NAPZA.

Semua jenis NAPZA bekerja pada bagian otak yang menjadi pusat penghayatan kenikmatan, termasuk stimulasi seksual. Oleh karenanya penggunaan NAPZA selalu ingin diulangi lagi untuk mendapatkan kenikmatan yang diinginkan. Potensi NAPZA sebagai zat yang menimbulkan ketergantungan makin menambah keadaan adiksi pada penggunanya.

Faktor ketiga yang tak kalah penting dan berpengaruh terhadap pemakaian NAPZA adalah masyarakat dan lingkungan sekitar yang tidak mampu mencegah dan menanggulangi penyalahgunaan NAPZA, bahkan membuka kesempatan pemakaian NAPZA. Yang dimaksud dengan faktor kesempatan di sini adalah tersedianya situasi-situasi "*permisif*" (memungkinkan) untuk memakai NAPZA di waktu luang, di tempat rekreasi seperti diskostik, pesta dan lain-lain. Lingkungan pergaulan dan lingkungan sebaya merupakan salah satu pendorong kuat untuk menggunakan NAPZA. Keinginan untuk menganut nilai-nilai yang sama dalam kelompok (*konformitas*), diakui (*solidaritas*), dan tidak dapat menolak tekanan kelompok (*peer pressure*) merupakan hal-hal yang mendorong penggunaan NAPZA. Dorongan dari luar adalah ajakan, rayuan, tekanan dan paksaan terhadap individu untuk memakai NAPZA sementara individu tidak dapat menolaknya. Pengaruh media massa yang memperlihatkan gaya hidup dan berbagai rangsangan lain yang secara langsung maupun tidak langsung mendorong pemakaian napza. Di lain pihak, masyarakat pula yang tidak mampu mengendalikan bahkan membiarkan penjualan dan peredaran NAPZA, misalnya karena lemahnya penegakan hukum, penjualan obat-obatan secara bebas, bisnis narkoba yang terorganisir. NAPZA semakin mudah diperoleh di mana-mana dengan harga terjangkau. Berbagai kesempatan untuk memperoleh dan menggunakan NAPZA memudahkan terjadinya penggunaan dan penyalahgunaan NAPZA yang mengakibatkan ketergantungan.

Dalam International Classification of Disease and Health Related Problems, 1992 (ICD-X), ketergantungan narkoba, psikotropika dan bahan adiktif lainnya adalah suatu penyakit yang digolongkan dalam gangguan mental

dan perilaku akibat penggunaan bahan psikoaktif. Ketergantungan secara fisik merupakan suatu fenomena alami. Seseorang akan mengalami ketergantungan fisik bila menggunakan suatu obat dalam dosis yang cukup besar dalam jangka waktu lama. Sel-sel tubuh yang terpapar obat akan beradaptasi terhadap obat tersebut sehingga berkembang tingkat homeostatis (keseimbangan biologis) yang baru. Ketergantungan NAPZA secara fisik dan psikologis kadangkala sulit dibedakan, karena pada akhirnya ketergantungan psikologis lebih mempengaruhi. Ketergantungan pada NAPZA menyebabkan orang tidak lagi dapat berpikir dan berperilaku normal. Perasaan, pikiran dan perilakunya dipengaruhi oleh zat yang dipakainya. Berbagai gangguan psikhis atau kejiwaan yang sering dialami oleh mereka yang menyalahgunakan NAPZA antara lain depresi, paranoid, percobaan bunuh diri, melakukan tindak kekerasan, dan lain-lain.

Penyalahgunaan NAPZA tidak terlepas dari masalah hukum dan keamanan. Beberapa temuan menunjukkan bahwa banyak perilaku menyimpang seperti perkelahian, tawuran, dan tindak kriminal dipengaruhi atau bahkan dipicu oleh penggunaan NAPZA. Seorang pecandu seringkali tidak dapat mengendalikan diri dan bersikap sesuai dengan norma-norma umum masyarakat. Di lain pihak ketergantungan pada NAPZA seringkali mendorongnya untuk melakukan apa saja guna memenuhi kebutuhannya akan NAPZA, seperti mencuri dan merampok. Perilaku menyimpang ini jelas mengganggu ketenteraman dan kenyamanan masyarakat. Pelanggaran kasus NAPZA meningkat dari 7.211 kasus (2002) menjadi 11.973 kasus (2003) dan sampai dengan Agustus 2006 menjadi 25.096 kasus. (Permenko Kesra, 2007).

Penghentian penggunaan zat secara tiba-tiba akan memberikan kekacauan terhadap mekanisme homeostatis yang ada, sehingga menimbulkan reaksi hebat yang pada umumnya memberikan efek berlawanan dengan efek opioid. Kumpulan gejala yang terjadi akibat dihentikannya opioid ini disebut sindroma putus zat (*withdrawal syndrome*) diantaranya seperti : *craving* (mendambakan zat/obat), gelisah, mudah tersinggung dan lekas marah, peningkatan kepekaan terhadap rangsang nyeri, mual, muntah, kejang otot, *disforia*, *insomnia*, demam, dan lain-lain.

Ketergantungan NAPZA sudah pasti menyebabkan rendahnya tingkat kesehatan para pemakai. Pemakaian NAPZA melalui pemakaian jarum suntik bersama misalnya, telah terbukti menjadi salah satu penyebab meningkatnya secara drastis penyebaran HIV/AIDS di masyarakat, disamping penyakit lainnya seperti Hepatitis B dan C.

Kriteria diagnostik ketergantungan zat dalam International Classification of Disease (ICD-X) adalah bahwa terjadinya ketergantungan zat diperlihatkan oleh adanya 3 atau lebih kriteria dibawah ini selama periode 12 bulan yang sama (Kepmenkes, 2006), yaitu:

- 1) Toleransi, seperti yang dipastikan dengan adanya salah satu tersebut dibawah ini :
 - a) Kebutuhan akan penambahan dosis yang mencolok agar diperoleh keadaan intoksikasi atau efek yang diinginkan
 - b) Berkurangnya efek secara mencolok akibat penggunaan berulang dengan dosis yang sama
- 2) Gejala putus zat, yang dipastikan dengan adanya salah satu yang tersebut dibawah ini :
 - a) Sindrom putus zat yang khas untuk zat tersebut
 - b) Zat yang sama harus digunakan untuk menyembuhkan atau menghindari gejala putus zat
- 3) Zat sering digunakan jauh lebih banyak atau lebih lama dibanding yang dimaksudkan
- 4) Adanya keinginan yang menetap atau usaha yang tak berhasil untuk menghentikan atau mengendalikan penggunaannya
- 5) Sebagian besar waktunya dihabiskan untuk mencari zat, menggunakan zat, atau pulih dari pengaruh zat tersebut.
- 6) Berkurang atau berhentinya kegiatan-kegiatan sosial, pekerjaan atau rekreasi akibat menggunakan zat.
- 7) Penggunaan zat berlanjut meskipun mengetahui adanya masalah jasmani atau psikologis yang disebabkan karena penggunaan zat

2.1.3. Terapi Ketergantungan NAPZA

Masalah penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA merupakan problema kompleks yang penatalaksanaannya melibatkan banyak bidang keilmuan (medik dan non medik). Penatalaksanaan seseorang dengan ketergantungan NAPZA merupakan suatu proses panjang yang memakan waktu relatif cukup lama dan melibatkan banyak profesi dan para profesional.

Terapi ketergantungan opioid merupakan strategi penting dalam menghadapi konsekuensi terkait ketergantungan NAPZA pada tingkat individu dan sosial. Terapi terhadap penyalahgunaan dan penyalahguna obat-obatan harus diupayakan secara komprehensif, meliputi terapi tingkah laku (konseling, terapi kognitif, terapi sosial), terapi medis, terapi keagamaan atau kombinasi dari semua terapi. (Ametembum, 2003). Terapi itu sendiri merupakan suatu proses, jarang ada terapi yang berhasil hanya dalam satu waktu penanganan. Orang yang sudah kecanduan seringkali tidak dapat menghentikan kebiasaan mereka karena itu adalah inti dari kecanduan. Adiksi adalah perilaku yang terus dilakukan walaupun mereka tahu konsekuensi akibat perbuatan mereka. Hal tersebut membuat suatu terapi menjadi sulit dilakukan. Suatu terapi sulit untuk dipaksakan, pengalaman menunjukkan bahwa dalam sistem pemaksaan dibawah keputusan hakim sekalipun, kekambuhan tetap merupakan fenomena yang sulit diatasi.

Tujuan utama suatu terapi adalah abstinansi, yaitu bebas dari obat yang disalahgunakan (*drugs free*). Sementara tujuan jangka panjangnya adalah mengembalikan individu ke fungsi sosialnya sehingga dia bisa kembali menjadi anggota masyarakat yang produktif. Menurut WHO, seseorang dikatakan "sembuh" dari ketergantungan opiat apabila sudah bebas atau bersih dari opiat selama minimal 2 tahun (FKUI,2000)

Ametembum menyebutkan beberapa model terapi yang digunakan untuk melepaskan kecanduan dan mendukung perilaku adalah sbb :

1) Model Moral

Model ini sangat umum dikenal oleh masyarakat yang masih memegang nilai-nilai keagamaan/ moral yang kuat. Model ini menekankan tentang dosa dan kelemahan individu untuk berperang melawan penyalahgunaan obat-obatan.

- 2) **Model Adiksi sebagai penyimpangan sosial**
Model ini memusatkan tritmen bukan pada obat-obatan yang disalahgunakan, tetapi pada perilaku penderita yang bersangkutan. Proses terapi ditujukan ke arah perubahan dari penyimpangan sosial ke arah perilaku sosial yang layak.
- 3) **Model Penyakit / gangguan kesehatan**
Model ini adalah model biologis, dengan konsep dari teori tentang fisiologis atau metabolisme yang tidak normal karena faktor etiologis atau keturunan. Ada dua model tritmen yang dilakukan berdasarkan konsep ini, yaitu terapi penyembuhan kecanduan obat dengan memakai obat lain (contohnya terapi metadon untuk pecandu opiat), serta konsep adiksi sebagai penyakit dan penyimpangan sosial.
- 4) **Model Psychologis**
Model ini membenarkan teori psychologis bahwa kecanduan adalah buah dari emosi yang tidak berfungsi dengan selayaknya atau konflik. Jika emosi dikendalikan maka penderita tidak akan mempunyai masalah dengan obat-obatan.
- 5) **Model Kebudayaan dan Sosial**
Model ini menyatakan bahwa kecanduan adalah hasil sosialisasi seumur hidup dalam lingkungan sosial atau kebudayaan tertentu. Model ini banyak menekankan proses terapi untuk anggota keluarga dari pecandu.
Apapun model terapi yang dilakukan untuk pecandu harus disampaikan kepada orangtua atau keluarga, sehingga proses pemulihan dapat diteruskan di lingkungan keluarga setelah terapi selesai dilakukan. Pemahaman yang komprehensif tentang pengguna dan penggunaan NAPZA sangat dibutuhkan agar pendekatan terapi ketergantungan NAPZA dapat berlangsung dan bermanfaat. Hal tersebut penting karena tidak semua pengguna NAPZA memiliki kesamaan dalam hal kebiasaan serta kebutuhan NAPZA yang dipakainya. Identifikasi dini para pengguna NAPZA akan sangat penting untuk mendukung proses pemulihannya.

Di Indonesia, beberapa bentuk terapi ketergantungan NAPZA dilakukan tergantung dari derajat keparahan dan intensifitas terapi yang diperlukan (*Kepmenkes, 2006*), yaitu:

- 1) Detoksifikasi dan Terapi Withdrawal
Detoksifikasi (terapi detoks) merupakan awal dari suatu terapi yang bertujuan untuk meringankan proses *withdrawal* (gejala lepas NAPZA) yang terjadi akibat penghentian penggunaan NAPZA.
- 2) Terapi terhadap kondisi emergensi
Dilakukan untuk penderita dengan perilaku yang membahayakan baik pada dirinya maupun orang sekitar. Contohnya pada keadaan *overdose opioida, kondisi paranoid, halusinasi, agresif, dan agitasi akut* yang memerlukan pertolongan profesional dengan segera.
- 3) Terapi gangguan diagnosis ganda (*dual diagnosis*)
Penderita ketergantungan NAPZA biasanya juga menderita gangguan jiwa, sehingga memerlukan terapi yang terintegrasi .
- 4) Terapi rawat jalan (*ambulatory / out-patient treatment*)
Terapi ini biasa digunakan untuk mereka yang sudah dibebaskan untuk tidak rawat inap di rumah sakit. Terapi ini sering memberikan hasil yang baik pada penderita yang telah bekerja dan memiliki lingkungan social dan keluarga yang stabil.
- 5) Terapi residensi
Terapi residensi atau disebut juga dengan terapi rehabilitasi dilakukan untuk mereka yang berulang kali gagal menjalani detoks dan terapi rawat jalan, yaitu dengan *Therapeutic Community*, dan *12- Step Recovery Program*.
- 6) Terapi pencegahan relaps
Tingginya kasus *relaps* (kekambuhan) pada pasien ketergantungan NAPZA, mengharuskan mereka menjalani terapi pencegahan relaps dengan *Relaps Prevention Training, Cognitive Behavior Therapy*, khususnya terhadap *craving* dan *the 12- Step Recovery Program*.
- 7) Terapi pasca perawatan (*after care*),
Dilakukan setelah melewati terapi rawat inap untuk mendukung pasien tetap tidak menggunakan NAPZA.

8) Terapi Substitusi

Terapi substitusi terutama ditujukan untuk pasien ketergantungan opioida terutama pengguna *opioida* yang *hard core addict* (pengguna *opioida* yang telah bertahun-tahun menggunakan *opioida* suntikan),, dengan memberikan substitusi (pengganti) yang bersifat agonis (*methadone*), agonis partial (*burphrenorphine*) atau antagonis (*naltrexon*). Terapi ini akan berjalan dengan sangat efektif bila disertai dengan konsultasi dan intervensi perilaku.

2.2. Terapi Rumatan Metadon

Program Terapi Rumatan Metadon termasuk dalam terapi substitusi ketergantungan NAPZA dengan kegiatan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral untuk terapi pengganti adiksi opioida yang biasa digunakan oleh penderita.

Metadon dikembangkan di Jerman pada tahun 1945 sebagai penawar rasa sakit dan pertama kali diuji coba di New York, AS, pada tahun 1960-an untuk mengobati para pecandu heroin yang tidak berhasil dalam terapi berdasarkan pantangan. Hasil positif dari percobaan ini ditiru di seluruh dunia. (Reynolds, A dalam Green,2001, p.224).

Manfaat metadon sebagai pengganti heroin telah dicoba di banyak negara seperti di Hongkong, Cina (1972) dan Thailand Utara (1996) dengan hasil yang positif berupa perbaikan kesehatan dan penurunan tingkat kriminalitas pelanggaran narkoba. (WHO,1997 dalam Green, 2001). Sebanyak 38 penelitian telah diidentifikasi dan dipublikasikan sejak tahun 1987 yang menguji tentang efektivitas terapi metadon (Gibson.et al,1999).

Di Indonesia hasil uji coba penggunaan metadon yang dilakukan pada tahun 2005 di dua tempat yaitu RSKO Jakarta dan RS Sanglah Bali menunjukkan adanya perbaikan kualitas hidup dari segi fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan, penurunan angka kriminalitas, penurunan depresi dan perbaikan kembali ke aktivitas sebagai anggota masyarakat. (WHO, 2005).

Program penanggulangan NAPZA yang terbukti sukses adalah program yang menyediakan terapi yang komprehensif, melalui terapi rumatan dibandingkan dengan terapi yang bertujuan hanya untuk bebas NAPZA (abstinen). Model terapi klasik yang digunakan untuk terapi metadon adalah yang berdasarkan pada 3 pendekatan, yaitu: menurunkan *craving* dan stabilisasi, konseling untuk penanganan masalah psikososial karena adiksi, serta layanan tambahan untuk menangani isu yang lain seperti pengangguran, transportasi, perawatan anak, dan perawatan kesehatan (French and Zarkin, 1992 dalam Breslin dan Malone, 2006).

2.2.1. Farmakologi dan Farmakokinetik Metadon

Metadon (4,4-diphenyl-6 dimethylamino-3-hepatone) secara kimiawi termasuk dalam keluarga opioid seperti heroin dan morfin, dengan kandungan zat aktif *methadon hydrochloride* dan zat inaktif *magnesium stearate* dan *cellulosa*. Dalam Undang-Undang RI nomor 22 tahun 1997 tentang narkotika, metadon termasuk obat golongan 2. Ia dapat digunakan untuk pengobatan medik spesifik sebagai bagian untuk terapi ketergantungan opioida, dan dalam pengawasan kuat.

Metadon bekerja menekan fungsi susunan saraf pusat dan mempunyai efek analgesik yang kuat. Ia adalah opiat sintetis, bukan zat alami seperti yang berasal dari bunga poppy. Metadon yang diberikan secara intravena mempunyai potensi yang sama dengan morfin. Metadon bukanlah penyembuh untuk ketergantungan opiat. Selama memakai metadon, pasien masih tergantung pada opiat secara fisik, tetapi metadon menawarkan kesempatan untuk menstabilkan hidup klien dan mengurangi risiko yang berhubungan dengan penggunaan narkoba seperti memakai peralatan suntik bergantian, dan tertular serta menularkan virus yang diangkut aliran darah.

Sebagai obat yang mempunyai efek analgesik, Para dokter yang berlisensi juga menggunakan metadon sebagai pengobatan analgesia untuk mengurangi rasa sakit pada penyakit kanker dan penyakit neuropatic kronis lainnya (Toombs, 2005). Efek metadon terjadi sekitar 30 menit setelah obat diminum dan konsentrasi puncak dicapai setelah 3 – 4 jam yang secara kualitatif

mirip dengan efek morfin dan opioid lainnya seperti: analgetik, sedatif, depresi pernafasan, euforia, menurunkan tekanan darah, konstriksi pupil, efek pada saluran cerna, dan spasme pada saluran empedu. Efek samping metadon antara lain gangguan tidur, mual, muntah, konstipasi, mulut kering, berkeringat, vasodilatasi dan gatal-gatal, menstruasi tidak teratur, ginekomastia, dan disfungsi seksual pada pria, serta retensi cairan dan penambahan berat badan, tetapi efek samping tersebut tidak akan terlalu banyak dialami oleh mereka yang telah menggunakan heroin (Kepmenkes, 2006).

Metadon dipecah di hati, dan banyak diikat oleh protein plasma dalam jaringan di seluruh tubuh. Enzym yang paling penting dalam metabolisme metadon adalah CYP3A4 dan CYP2B6. Enzym CYP3A4 yang banyak terdapat dalam saluran gastrointestinal memungkinkan proses metabolisme metadon sudah mulai dilakukan di usus sebelum zat tersebut masuk kedalam aliran darah (Hardman et al, 1996 dalam Leavitt, 2005). Banyaknya enzym tersebut bervariasi pada setiap orang, sehingga reaksi penyerapan dan metabolismenya juga berbeda pada setiap orang. Konsentrasi metadon dalam jaringan otak, hati, limpa, dan paru lebih tinggi daripada di dalam darah. Akumulasi dalam jaringan tersebut menyebabkan butuh waktu cukup lama bagi pasien untuk berhenti menggunakan metadon.

2.2.2. Protokol Terapi Rumatan Metadon

Program rumatan/ pemeliharaan adalah suatu terapi jangka panjang yang berlangsung sedikitnya 6 bulan sampai 2 tahun atau lebih lama lagi. Sebagian besar program rumatan metadon (PTRM) tidak mempunyai batas waktu, oleh karenanya sebelum mengikuti program peserta harus dilakukan skrining dan juga konseling untuk meyakinkan bahwa penasun memahami benar konsekuensi dari program yang akan diikutinya. Pedoman program terapi rumatan metadon (PTRM) di Indonesia ditetapkan dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006

Sasaran program terapi rumatan metadon adalah penasun yang sudah mengalami kekambuhan kronis dan telah berulang kali menjalani terapi

ketergantungan NAPZA, dan penasun yang mengidap HIV dan telah menjalani terapi ARV tetapi masih aktif menggunakan NAPZA.

Layanan inti PTRM adalah :

- 1) Asesmen pasien
- 2) Dispensing obat
- 3) Pemeriksaan tes urin
- 4) Identifikasi timbulnya kondisi akut masalah medis, psikiatrik maupun neurologis
- 5) Konseling
- 6) Evaluasi dan rujukan masalah keluarga
- 7) Sistem rujukan ke layanan lain yang dibutuhkan klien
- 8) Pencatatan dan pelaporan
- 9) Ketersediaan keamanan

2.2.2.1 Kriteria Pasien PTRM

Tidak semua pasien ketergantungan NAPZA dapat mengikuti PTRM. Ada beberapa kriteria inklusi dan eksklusi yang harus dipenuhi (Depkes, 2006), dan program ini juga tidak diberikan untuk pasien yang dalam keadaan *overdosis* atau intoksikasi opiat.

- 1) Kriteria inklusi :
 - a) Memenuhi kriteria ICD-X untuk ketergantungan opioid;
 - b) Usia yang direkomendasikan : 18 tahun atau lebih. Klien yang berusia kurang dari 18 tahun harus mendapat *second opinion* dari profesional medis lain;
 - c) Ketergantungan opioidida (dalam jangka waktu 12 bulan terakhir);
 - d) Sudah pernah mencoba berhenti menggunakan opioid minimal 1 kali
- 2) Kriteria eksklusi :
 - a) Pasien dengan penyakit fisik berat. Hal ini perlu pertimbangan khusus dengan meminta pendapat banding dari profesi medik terkait.

- b) Psikosis yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi.
- c) Retardasi mental yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi.

Seleksi pasien dilakukan oleh seorang dokter yang telah memiliki sertifikat dari Departemen Kesehatan dalam hal pelatihan terapi dan konseling yang berhubungan dengan penyakit HIV/AIDS.

2.2.2.2 Dosis Metadon

Dosis metadon diberikan sesuai dengan keadaan pasien hasil pantauan yang menunjukkan tanda-tanda toksisitas atau gejala putus obat dan toleransi pasien terhadap opiat. Metadon yang diberikan diencerkan sampai menjadi 100 cc atau lebih. Pasien harus datang setiap hari di klinik untuk menerima dosis hariannya.

Pemberian dosis metadon disesuaikan dengan fase/ tahapan terapi yaitu (Depkes, 2006):

- 1) Dosis awal
Pemberian dosis awal dianjurkan sebanyak 15-30 mg selama 3 hari pertama . Estimasi pemberian dosis awal yang terlalu tinggi dapat meningkatkan risiko toksik akibat dosis tunggal, sementara estimasi dosis yang terlalu rendah juga meningkatkan risiko pasien untuk kembali menggunakan opiat ilegal
- 2) Dosis Stabilisasi
Pada fase stabilisasi, dosis perlahan-lahan ditingkatkan 5-10 mg tiap 3-5 hari sampai memasuki fase rumatan. Total kenaikan dosis per minggu tidak boleh lebih dari 30 mg, untuk mengurangi risiko intokasikasi dan *overdosis* yang cukup tinggi pada fase ini. Pasien terapi metadon yang masih tetap menggunakan benzodiazepin, kokain, atau amfetamin mempunyai risiko yang signifikan terhadap komplikasi dan mempunyai

prognosis yang lebih buruk. Kombinasi alkohol, sedativa dan opiat secara nyata meningkatkan risiko kematian akibat *overdosis*.

- 3) Dosis Rumatan (pemeliharaan)
Menjaga terapi pasien dan membatasi atau menghentikan penggunaan NAPZA dapat dicapai jika dosis metadon mencapai 60-100 mg per hari (Green,2001). Fase ini dapat berlangsung selama bertahun-tahun sampai perilaku pasien menjadi stabil, baik dalam bidang pekerjaan, emosi dan kehidupan sosial.
- 4) Dosis Penghentian.
Metadon dapat dihentikan secara bertahap perlahan (*tapering off*) bila keadaan pasien sudah stabil, minimal 6 bulan bebas heroin, serta pasien sudah stabil untuk bekerja dan dalam lingkungan rumah (*stable working and housing*). Pengurangan dosis harus atas permintaan peserta untuk mengurangi rasa sakit fisik dan psikologis yang timbul yang memungkinkan peserta kembali menggunakan NAPZA.

Pemberian dosis yang tepat dalam terapi metadon dapat membuat klien menghentikan penggunaan heroin, memungkinkan klien mengatasi putus heroin dengan sedikit lebih nyaman, menurunkan resiko penularan HIV/AIDS, Hepatitis B/C akibat kebiasaan berbagi jarum suntik, mendorong klien hidup lebih sehat, membuat stabil mental emosional klien sehingga dapat menjalani hidup normal, menurunkan tindak kriminal karena metadon lebih murah daripada heroin.

Bila oleh suatu sebab pasien tidak dapat hadir di klinik dengan alasan yang kuat, maka dosis harian dapat dibawa pulang (*take home doses /THD*) untuk paling lama 3 hari dengan kriteria dan penilaian oleh dokter

Hilangnya toleransi terhadap opiat yang secara klinis jelas dapat terjadi bila pasien tidak mengkonsumsi metadon dalam 3 hari. Oleh karena itu pasien yang tidak datang berturut-turut selama 3 hari atau lebih menjadi pertimbangan dokter untuk memberikan 50% dari dosis yang terakhir diberikan atau kembali ke dosis awal untuk kemudian dilakukan penilaian ulang (*re-evaluasi*).

Bagaimanapun juga metadon bukan pilihan pengobatan yang paling ideal untuk orang-orang yang mengalami kecanduan opiat. Beberapa kelemahan metadon yaitu : (Mentha, Helen, 1999)

- 1) Dosis harian. Pasien setidaknya harus datang minimal enam kali dari tujuh hari per minggu, untuk memperoleh dosis yang bisa "*dibawa pulang*" atau *take home dose (THD)*, sehingga perjalanan jauh harus direncanakan dengan baik untuk mengatur pemindahan yang temporer ke klinik rumatan metadon lain dimana klien berada (tidak semua tempat ada klinik metadon).
- 2) Putus zat yang mendesak. Karena metadon berada dalam sistem tubuh lebih lama daripada heroin, maka gejala putus obatnya pun akan lebih lama. Beberapa gejalanya seperti susah tidur akan tetap dirasakan selama kurang lebih sebulan setelah penghentian atau penurunan pemakaian yang cukup berarti. Oleh karena itu penurunan metadon harus direncanakan secara bertahap dalam jangka panjang. Klien biasanya memilih penurunan dosis satu atau dua miligram per minggu untuk meminimalkan gejala putus zat dan gangguan berikutnya dalam hidup mereka.
- 3) Efek samping. Pada beberapa klien terdapat satu atau lebih efek samping yang mengiringi letargi dan berkeringat (khususnya malam hari) yaitu : austipasi, nyeri otot dan tulang sendi, menurunnya gairah sex, ingatan yang berubah-ubah, gangguan selera makan atau kram perut.

2.2.2.3 Pemantauan Pasien

Pemantauan pasien penting dilakukan setiap hari terutama pada tahap awal pemberian dosis untuk mencegah adanya intoksikasi. Selanjutnya pemantauan dilakukan minimal setiap minggu pada bulan pertama, dan evaluasi ulang setiap bulan dan pada setiap penambahan dosis metadon. Penilaian yang dilakukan meliputi (Depkes, 2006) :

- 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

2.2.2.4 Pemeriksaan Urin

Tes urin terhadap penggunaan obat (*Urine Drug Screen /UDS*) merupakan pemeriksaan objektif untuk mendeteksi adanya metabolit opiat dalam urin. Tes urin wajib dilakukan pada tahap awal terapi, bila tidak memungkinkan maka hasil pemeriksaan fisik dan evaluasi riwayat penggunaan zat sebelumnya dapat dijadikan dasar untuk pemberisan dosis metadon pada tahap awal terapi. Pemeriksaan urin tersebut juga harus dilakukan sewaktu-waktu secara acak pada keadaan tertentu sebagai pertimbangan untuk memberikan keputusan bila pasien mendesak untuk THD, dugaan intoksikasi dan withdrawal. Hasil tes urin yang positif terhadap heroin dapat menjadi pertimbangan untuk meningkatkan dosis metadon

Berbagai metoda atau teknologi laboratorium dengan sensitivitas dan spesifitas yang tinggi dapat digunakan untuk skrining NAPZA dan metabolitnya. EIA (*enzyme immunoassay*) dan imunokromatografi adalah 2 metode yang sederhana dan umum dilakukan untuk memenuhi kriteria tersebut. Jenis narkoba yang sampai saat ini secara komersial dapat ditest meliputi semua jenis narkoba yang tertera pada tabel 2.1.

Test antibodi mono dan poliklonal yang spesifik terhadap narkoba dan metabolitnya telah dirancang sedemikian rupa sehingga dapat dibuat dalam bentuk imunokromatografi kompetitif kualitatif yang praktis, tidak membutuhkan tenaga terampil dan dapat dilihat hasilnya dalam waktu singkat (3-10 menit). Dengan sampel urin yang cukup, teknik ini memiliki sensitivitas yang sesuai dengan standard National Institute on Drug Abuse (NIDA), dan spesifitas 99,7%.

Tabel 2.1. Jenis dan nama lain NARKOBA yang dapat diskriminasi dalam sampel urin

Kelompok	Nama Narkoba	Nama Lain	Nama Farmakologi	Kapan Terdeteksi pada urine	
Stimulan	Amphetamine	- Speed - Ice - Crystal - Essence - Ecstasy (MDMA) - Evo (MDMA) - Shabu-shabu	- Adam - Clarity - Crank - Dexedrine - Benzodrine - Desoxyne - Methedrine	1 – 2 hari	
	Methamphetamine	Sama dengan amphetamine - Dexies - Uppers	Sama dengan amphetamine	1 – 2 hari	
	Cocaine	- Coke - Rock Cocaine - Snow	- Crack - Flake	Cocaine	1 – 3 hari
Halusinogen	Cannabinoid	- Marijuana - Maryjane - Dope - Weed - Hash - Pot - Sinsemilla - THC - Colombian - Hemp	- Cimeng - Ganja - Barang - Gele - Grass	Marinol	- 1–2 joint: 2-3 hari - Dirokok: 1-5 hari - Perokok moderat (4kali/mg): s/d 5 hari - Perokok berat: s/d 10 hari - Pengguna Kronis (> 5 joint/hr) : 14 s/d 18 hari
	Phencyclidine	- Angel Dust - Crystal cyclone - PCP - Killer Weed - HOG		Phencyclidine	14 s/d 30 hari pada pengguna kronis
Analgesik-Narkotik	Opiate	- Smack - Tar - Tiger - Horse - White Lady - Morpho.m	- White Stuff - Opium - Junk - Putauw - Scaq	- Heroin - Morphine - Codeine - Oxycodone - Dilaudid - Percodan - Paracodin - Lorphan - Vicodin	2 hari
	Methadone	- Amidone - Fizzles		- Dolophine - Methadone - L-Polamidon	3 hari
Depresan, Sedatif, Hipnotik	Barbiturate	- Barbs - Downers - Tranqs		- Amytal - Butisol - Nembutal - Luminal - Phenobarbital	Short acting : 1 hari Long acting: 2 s/d 3 minggu
	Benzodiazepine	- Bennies - Rophies (Rohypnol) - Pil Koplo		- Ativan - Rohypnol - Librium - Valium - Vivol - Xanax - Tranxene	Dosis terapi: 3 hari Overdosis (≥ 1 thn) : 4 – 6 minggu

Sumber : Suwarso, 2002

Deteksi tunggal NAPZA dan metabolitnya bisa dilakukan dengan reagen dalam bentuk *Card* atau *Stick* dengan cara berikut (Suwarso, 2002):

- 1) Teteskan 5 tetes (200 ul) urin pada zone S/ sampel (*sampel well*). Pada cara *stick* celupkan *stick* kedalam urin sampel dengan tidak melebihi batas bantalan (*pad*) *spreading layer*.
- 2) Biarkan dalam temperatur kamar, hasilnya dibaca pada pada 3-5 menit kemudian 3-5 menit kedua:
 - a) Hasil dikatakan positif, jika muncul hanya 1 garis *pink* di zone C
 - b) Hasil dikatakan negatif, jika muncul 2 garis *pink*, satu di zone C dan lainnya di zone T .
 - c) Hasil dikatakan *invalid* (rusak), jika tidak muncul garis *pink* di zone C dengan atau tanpa di zone T. Untuk itu test diulang dengan *card* atau *stick* yang baru
 - d) Hasil ragu-ragu (warna lambat-lambat atau tidak cocok dengan klinis), dikonfirmasi dengan *test-kit* yang baru atau dengan *kit* dari pabrik lain.

2.2.2.5 Interaksi Obat

Tidak ditemukan kontraindikasi absolut pemberian suatu obat bersama dengan metadon, namun demikian beberapa jenis obat harus dihindarkan. Beberapa jenis obat yang dikelompokkan berdasarkan efeknya terhadap metadon contohnya adalah :

- 1) Efek antagonis (memperkuat sedasi dan depresi sistem syaraf pusat). Jenis zat antagonis ini harus dihindari, contohnya: opiat
- 2) Meningkatkan efek metadon, contohnya etanol
- 3) Menurunkan kadar metadon dalam darah, contohnya : barbiturat, efavirenz, estrogen, fenitoin, karbamazepin, nevirapin, rifampisin, spironolakton, dan verapamil
- 4) Meningkatkan kadar metadon dalam darah, contohnya: amitriptilin, flukonazol, flufoksamin, dan simetidin.

Pasien yang menjalani program terapi rehabilitasi kecanduan obat, seringkali menunjukkan gejala kurang tidur dan gelisah. Penggunaan obat tidur sama sekali tidak dapat mengobati gejala yang tidak nyaman pada kondisi putus zat tersebut. Obat seperti benzodiazepin bahkan efeknya lebih parah daripada narkotik, dan sangat berbahaya bila digunakan dalam dosis tinggi ataupun dosis yang dianjurkan dalam waktu yang lama (Darmono,2006)

2.2.2.6 Dikeluarkan dari Program Secara Paksa

Pasien dapat dipertimbangkan untuk dikeluarkan dari program terapi dengan beberapa alasan seperti :

- 1) Pasien mengancam keselamatan atau kenyamanan anggota staf, pasien lain, atau seseorang yang berkaitan dengan mereka.
- 2) Pasien terlibat dalam perilaku merusak di tempat milik PTRM
- 3) Pasien yang diketahui memperjualbelikan atau berbagi metadon dengan orang lain
- 4) Pasien yang diketahui mencuri metadon dari klinik atau melakukan tindak kriminal lain di lingkungan PTRM
- 5) Pertimbangan lainnya atas keputusan tim dokter.

2.2.2.7 Keadaan Khusus

Pasien yang akan beralih/transfer terapi ke pengobatan substitusi lainnya seperti naltrekson (antagonis) atau transfer ke burprenorfin (*agonis partial*) perlu ditangani sesuai dengan tatalaksana keadaan khusus sesuai dengan ketentuan.

2.2.2.8 Kriteria Keberhasilan PTRM

Program terapi metadon dianggap berhasil apabila :

- 1) Jumlah pasien yang dropped out pada tahun pertama kurang dari 45%.

- 2) Jumlah hasil tes urin sewaktu-waktu terhadap opiat yang menunjukkan hasil positif kurang dari atau sama dengan 30%,
- 3) Jumlah pasien yang bekerja, sekolah, atau mempunyai kegiatan yang tetap lebih dari 30%, serta
- 4) Kondisi kesehatan pasien yang lebih baik menurut hasil pemeriksaan medis oleh dokter PTRM

2.3. Kepatuhan Terapi

2.3.1. Konsep Kepatuhan Terapi

Istilah kepatuhan (*compliance*) didefinisikan oleh Hayne sebagai batasan tentang perilaku seseorang yang sesuai dengan nasihat medis atau pelayanan kesehatan (Hayne dalam Gyllestrand, 2007). Istilah ketaatan (*adherence*) kadang digunakan pula sebagai pengganti istilah kepatuhan dengan dasar pengertian yang sama. Patuh pada rekomendasi medis khususnya terapi obat-obatan merupakan tantangan yang kompleks sejak disinggung oleh Hipocrates 2400 tahun lalu (Düsing, Rainer. 2001). Kepatuhan yang buruk dapat meningkatkan biaya kesehatan dan tingkat hunian layanan kesehatan.

Secara umum, kepatuhan menggambarkan luasnya perilaku seseorang sehubungan dengan saran medis antara yang dilakukan dengan yang ditentukan. Perilaku tersebut bisa dilihat dari kepatuhan atau ketaatan terhadap jumlah dosis obat, waktu minum obat, lamanya pengobatan, pengambilan obat, dan lain-lain. Monitoring penggunaan obat-obatan dalam jangka panjang pada penyakit kronis seringkali tidak cukup hanya dengan pengujian darah ulang, terutama bila pasien kembali patuh terhadap pengobatan sesaat sebelum ia kembali menemui dokter.

Kepatuhan terhadap terapi ketergantungan NAPZA dengan tujuan akhir abstinensia sangat penting dilakukan mengingat efek NAPZA secara fisik dan psikis yang tinggi sehingga memungkinkan seseorang untuk selalu kembali menggunakannya. Konsumsi alkohol dan penggunaan kokain masih sering didapatkan pada pasien yang melakukan terapi pada dosis stabil. Perilaku tersebut berpengaruh terhadap kehadiran dan komplikasi psikososial pasien, dan tentunya

menunjukkan hasil yang kurang memuaskan dari program (Maremmani I. et al, 2007). Penggunaan heroin yang berulang juga menunjukkan adanya perubahan struktur syaraf pusat yang permanen. Dalam penelitian di Kanada disebutkan bahwa secara keseluruhan kepatuhan terhadap terapi metadon hanya berkisar 85% saja, karena penyalahgunaan obat-obatan yang berkelanjutan (Raffa JD, 2007)..

2.3.2. Teori-Teori Perilaku

Kepatuhan pasien dapat dipandang sebagai suatu perilaku kesehatan yang dapat dipelajari dengan menggunakan model perilaku / *behavioral models*. Banyak model perilaku kesehatan berbeda yang dapat digunakan, contohnya *the Health Believe Model, the Theory of Reasoned Action, The Transtheoretical Model, Social Cognitive Theory*, dan sebagainya . Semuanya menjelaskan minat perilaku sebagai hasil dari factor internal dan external, seperti niat/ *attitudes, norms/ norma-norma, perceived barriers and benefits / persepsi halangan dan keuntungan, and motivasi*. Beberapa model-model ini telah berhasil diterapkan/ diimplementasikan dalam penelitian tentang kepatuhan pasien.

Kepatuhan terhadap terapi berhubungan dengan masalah kesehatan. Lawrence Green dalam Notoatmojo (2005), mengemukakan bahwa masalah kesehatan disebabkan oleh faktor-faktor perilaku dan non perilaku yang secara langsung dan tidak langsung berpengaruh terhadap masalah kesehatan. Green membedakan faktor penyebab perilaku dalam 3 faktor utama, yaitu :

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mepredisposisikan terjadinya perilaku kesehatan, termasuk didalamnya pengetahuan, sikap, keyakinan, dan nilai.
- 2) Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan, yang memungkinkan suatu motivasi/ aspirasi terlaksana, termasuk di dalamnya keterampilan dan sumber daya pribadi disamping sumber daya komunitas.

- 3) Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) , yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

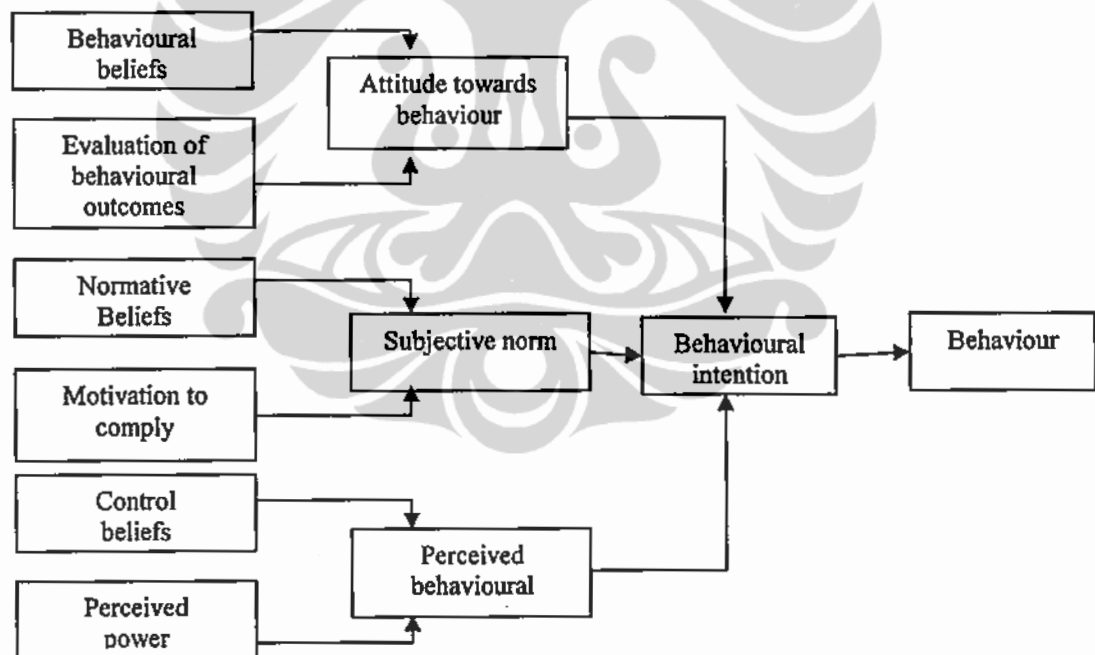
Fishbein (1967) mengembangkan teori Reasoned-Action (TRA) untuk mengidentifikasi hubungan antara sikap dan perilaku dalam teori Planned Behaviour (TPB). (Montano & Kasprzyk, 2002). TPB merupakan penggabungan antara faktor-faktor yang ada di TRA ditambah dengan konstruk yang berhubungan dengan perasaan mampu atau tidak mampu mengontrol perilaku. Menurut teori ini dijelaskan bahwa determinan yang paling berpengaruh terhadap perilaku adalah niat. Determinan langsung dari niat adalah sikap dan norma subjektif terhadap perilaku. Sikap dipengaruhi oleh keyakinan individu terhadap hasil yang akan diperoleh jika berperilaku tertentu dan penilaian individu terhadap hasil tersebut, sementara norma subjektif dipengaruhi oleh keyakinan terhadap pendapat kelompok referen dan motivasi untuk mematuhi anjuran kelompok referen tersebut *Behavioural dan normative beliefs* dapat digunakan untuk memahami hal-hal yang melatarbelakangi terjadinya perilaku sehingga intervensi yang dilakukan menjadi lebih terfokus

Teori lain yang menjelaskan tentang perilaku adalah teori *Health Believe Model* (HBM) yang dikembangkan oleh Janz and Becker, 1984. (Janz, N.K., Champion, V.L., & Stretcher, V. J, 2002). Seseorang akan melakukan tindakan tertentu untuk mencegah, mendeteksi, atau mengontrol kondisi kesehatan, dipengaruhi oleh beberapa variable kunci, yaitu :

- 1) Kerentanan atau ancaman yang dirasakan (*perceived susceptibility*/ persepsi kerentanan) terhadap suatu penyakit, atau masalah kesehatan yang mungkin timbul karena adanya persepsi terhadap kemungkinan terserang suatu penyakit / kondisi tertentu .
- 2) Keseriusan yang dirasakan/keparahan (*perceived severity*) sehubungan dengan penyakit atau konsekuensi medis, klinis, sosial bila meninggalkan perlakuan. Kombinasi kerentanan dan keparahan disebut persepsi ancaman (*perceived threat*)
- 3) Apabila seseorang merasa rentan terhadap suatu penyakit atau masalah kesehatan yang dianggapnya serius dan membahayakan, maka ia akan

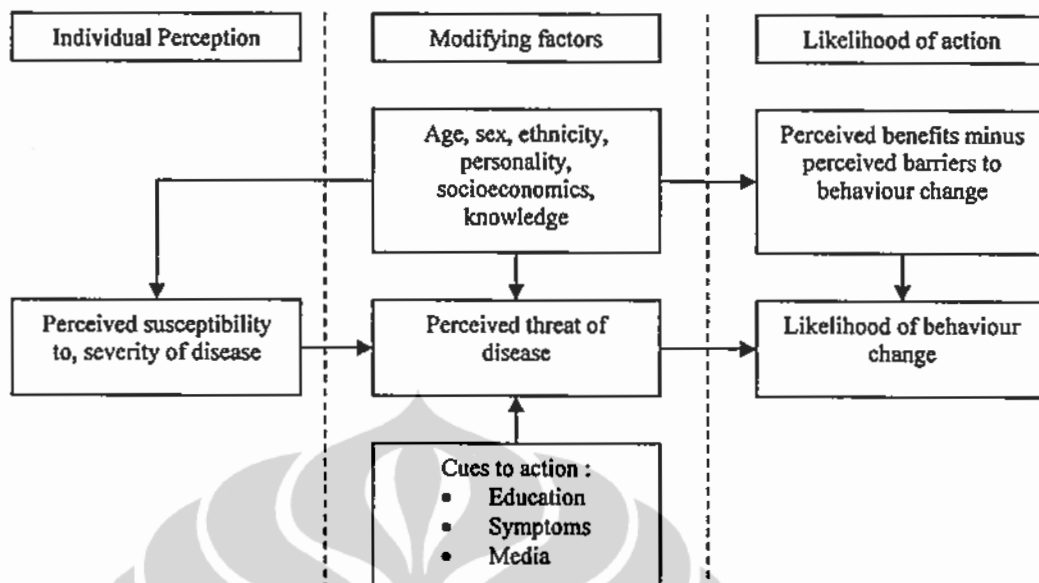
melakukan tindakan tertentu untuk mencegah penyakit tersebut dengan mempertimbangkan manfaat yang didapat serta rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan di dalam melakukan tindakan tersebut (*perceived benefits and barriers*)

- 4) Isyarat atau tanda-tanda yang mencerminkan “kesiapan” seseorang untuk bertindak (*cues to action*), khususnya yang memicu / memotivasi tindakan pencegahan seperti adanya tanda-tanda fisik, peristiwa lingkungan, dan publisitas media massa.
- 5) Variabel lainnya seperti perbedaan demografi, sosiopsikologi dapat mempengaruhi persepsi seseorang dan secara tidak langsung berpengaruh pada perilaku kesehatan



Gambar 2.1. Teori Reasoned-Action (TRA) dan teori Planned Behaviour (TPB)

Sumber: Montano & Kasprzyk, 2002



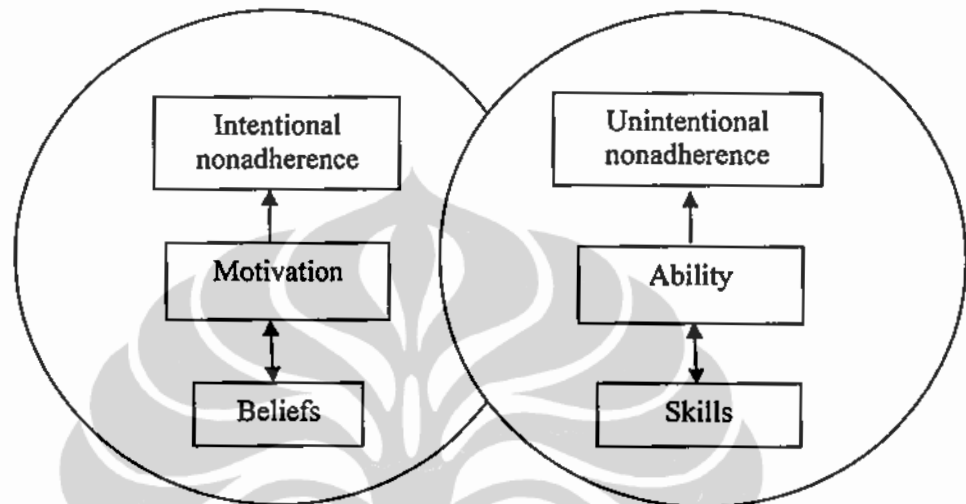
Gambar 2.2. Teori Health Believe Model (HBM)

Sumber: Janz, N.K., Champion, V.L., & Stretcher, V. J., 2002

Untuk berperilaku sehat diperlukan tiga hal yaitu : pengetahuan yang tepat, motivasi, dan keterampilan untuk berperilaku sehat (Elder, 1994 dalam Damayanti, 2005). Memotivasi seseorang tidaklah semudah apa yang dibayangkan, karena tergantung situasi dan kondisinya. Memotivasi orang sehat jauh lebih sulit karena pada saat sehat, perilaku yang dianggap tidak menyenangkan untuk hidup sehat dan menghindari penyakit bukan menjadi prioritas. Faktor lingkunganpun dapat mempersulit motivasi seseorang untuk hidup sehat. Dukungan keluarga dan orang terdekat di sekitarnya akan sangat membantu untuk mendukung perilaku hidup sehat.

Salah satu model kepatuhan pasien dibangun oleh Horne. Disini, kepatuhan dideskripsikan sebagai sesuatu baik yang disengaja atau tidak disengaja (*intentional or unintentional*). Alasan tidak disengaja untuk tidak patuh terhadap instruksi dokter terutama disebabkan oleh *inability /ketidakmampuan* untuk mengatur aspek praktis dari pengobatan, masalah dalam mengingat untuk mengambil obat salah mengerti tentang bagaimana atau mengapa obat-obatan tersebut harus diminum. Ketidapatuhan yang disengaja, dilain pihak, adalah

ketika seseorang memutuskan untuk tidak mau melakukan pengobatan untuk suatu alasan (Hayne dalam Gyllestrand,2007). Hal ini dilukiskan dalam gambar 2.3. berikut :



Gambar 2.3. *Model of Compliance by Horne*

Sumber : Horne dalam Gyllestrand, 2007

Perubahan perilaku tidak mudah dilakukan apalagi untuk seorang pecandu opiat yang seringkali tidak dapat lagi berpikir sehat bila sudah merasakan *craving*. Perubahan perilaku merupakan suatu proses dan bukan suatu peristiwa, baik itu perubahan perilaku yang dilakukan dengan ataupun tanpa melalui suatu program intervensi. *Stage of Change Theory* (Prochaska,1983) menyebutkan bahwa ada 6 tahapan dalam perubahan perilaku (Prochaska, Redding, dan Evers , 2002) :

- 1) *Precontemplation* (Pra Perenungan). Tahap dimana seseorang tidak mempunyai niat untuk bertindak dalam 6 bulan mendatang . Individu belum yakin bahwa mereka memiliki masalah atau belum mau berubah. Biasanya seseorang berada dalam tahap ini karena tidak tahu atau tidak mendapat informasi akibat perilakunya, atau mungkin pernah mencoba tetapi hilang semangat untuk berubah. Kelompok ini sering disebut sebagai kelompok yang sulit dijangkau, belum termotivasi dan belum siap untuk mendapat terapi.

- 2) *Contemplation* (Perenungan). Berniat mengambil tindakan dalam 6 bulan mendatang. Pada tahap ini seseorang sudah mulai sadar akan keuntungan dari perubahan, tetapi masih ragu akan kerugian (biaya) perubahan, sehingga menjadi ambivalen. Keadaan tersebut seringkali menjadikan seseorang tetap dalam tahap ini untuk beberapa lama.
- 3) *Preparation* (Persiapan). Berniat mengambil tindakan dalam 30 hari, dan telah mengambil tahapan perilaku untuk perbaikan. Pada tahap ini seseorang biasanya telah mempunyai rencana yang pasti dalam setahun terakhir, seperti merencanakan untuk ikut dalam suatu terapi, melakukan konsultasi dan pertolongan lain atas kesadaran dan upayanya sendiri.
- 4) *Action* (Tindakan). Tahap dimana seseorang sudah membuat suatu modifikasi yang nyata/ terbuka pada gaya hidupnya selama 6 bulan terakhir. Sejak "*action*" ini terlihat maka perubahan perilaku telah sama dengan tindakannya.
- 5) *Maintenance* (Pemeliharaan). Pada tahap ini seseorang telah merubah perilakunya secara terbuka selama lebih dari 6 bulan. Dalam tahap ini seseorang akan berusaha keras untuk mempertahankan perubahan perilakunya sehingga tidak "*relapse*" atau kembali mengulang perilaku lamanya.
- 6) *Termination* (Penghentian), adalah tahap dimana seseorang sudah yakin akan perilaku sehatnya dan tidak akan jatuh/ mengulang perilaku lamanya yang tidak sehat. Perilakunya tersebut sudah menjadi kebiasaan dan cara hidupnya.

Dalam proses perubahan, Prochaska mengemukakan bahwa terdapat 10 aktivitas yang terbuka dan tertutup yang dilalui untuk mencapai kemajuan, dan merupakan panduan yang penting dalam melakukan intervensi program kesehatan, yaitu :

- 1) *Consciousness raising* (peningkatan kesadaran), menemukan dan belajar tentang fakta baru, ide, dan saran yang mendukung perubahan perilaku sehat

- 2) *Dramatic relief*, gambaran dramatis dari pengalaman negatif yang menimbulkan ketakutan dan kekhawatiran, sehingga tetap melakukan resiko berperilaku negatif.
- 3) *Self reevaluation*, penilaian ulang secara pribadi dan sadar akan dampak perubahan yang penting untuk identitasnya.
- 4) *Environmental reevaluation*, penilaian ulang dari lingkungannya dan sadar akan dampak positif dari perubahan terhadap lingkungan fisik dan sosial terdekatnya.
- 5) *Self liberation*, pembebasan diri dengan membuat komitmen perubahan
- 6) *Helping relationship*, mencari dan menggunakan dukungan sosial untuk perubahan perilaku sehat.
- 7) *Counterconditioning*, mengganti perilaku alternatif yang lebih sehat dan pengamatan perilaku yang tidak sehat.
- 8) *Reinforcement management*, manajemen penguatan dengan peningkatan imbalan/ manfaat untuk perilaku sehat.
- 9) *Stimulus control*, menyingkirkan hal-hal yang mengingatkan atau tanda-tanda yang menarik kembali pada perilaku tak sehat, dan sebaliknya harus menambah pengingat dan tanda/ isyarat untuk menarik pada perilaku yang sehat.
- 10) *Social liberation*, menyadari bahwa norma-norma sosial telah berubah untuk mendukung perubahan perilaku sehat.

Proses perubahan perilaku dari Prochaska dapat digambarkan dalam tabel 2.1 berikut :

<i>Stages of Change</i>					
	<i>Precontemplation</i>	<i>Contemplation</i>	<i>Preparation</i>	<i>Action</i>	<i>Maintenance</i>
Processes	Consciousness raising Dramatic relief Environmental reevaluation	Self reevaluation	Self liberation		Counterconditioning Helping relationship Reinforcement management Stimulus control

Gambar 2.4. Proses Perubahan Diantara Tahapan Perubahan Perilaku

Sumber : The Transtheoretical Model and Stages of Change, Prochaska, 2002

2.3.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Terapi

2.3.3.1. Status Pernikahan

Perilaku kesehatan bertitik tolak dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatannya, termasuk dukungan social (*social support*) dari lingkungan sekitarnya termasuk lingkungan keluarga dalam hal ini bias suami atau istri. Peran dan tanggung jawab dalam kehidupan keluarga sebagai suami atau istri dalam mendukung proses perbaikan / terapi cukup besar. Salsitz et al (2000) melaporkan bahwa 68% pasien metadon yang teratur minum berstatus menikah, sementara pasien yang tidak teratur minum 46% berstatus menikah.

2.3.3.2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2002) adalah suatu proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam rangka mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, proses atau cara perbuatan mendidik.

Kematangan berperilaku yang baik sesuai norma yang berlaku pada masyarakat sejalan dengan lamanya waktu yang ditempuh selama pendidikan tidak menjadi hal yang pasti. Penelitian yang dilakukan oleh BNN (2006) diperoleh hasil bahwa proporsi penyalahgunaan narkoba meningkat sesuai dengan tingkat pendidikan (SLTP 1,4%, SLTA 4,8%, dan Perguruan Tinggi 9,9%). Hawkin et al (1986) menemukan bahwa kegagalan akademik dan kurangnya komitmen ke sekolah merupakan faktor resiko untuk penyalahgunaan zat pada remaja.

2.3.3.3. Pengetahuan

Sebagaimana dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007) bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, mulai dari tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) serta evaluasi (*evaluation*).

Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2007) mengemukakan bahwa dalam mengadopsi perilaku baru, seseorang harus melewati tahapan proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif sehingga perilaku baru tersebut dapat bersifat menetap (*long lasting*).

2.3.3.4. Persepsi Ancaman

Dalam melawan atau mengobati penyakit, seorang individu akan bertindak sesuai dengan kerentanan yang dirasakannya terhadap suatu penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diterima, dan rintangan yang dialami dalam tindakan melawan penyakit tersebut, sebagaimana dikemukakan dalam teori *The health belief models* (Anderson, 1974 dalam Notoatmodjo, 2007). Persepsi ancaman terhadap penyakit akan timbul apabila seseorang merasa rentan dan kemudian melakukan upaya positif untuk melawan atau menghindarinya..

Dalam pedoman terapi rumatan metadon dijelaskan bahwa setiap pasien yang bersedia ikut dalam program tersebut akan diberikan penjelasan hal-hal yang

berkaitan dengan terapi metadon termasuk tata tertib pelaksanaannya. Sebagai pernyataan keseriusan dalam menjalankan terapi setiap pasien harus menandatangani lembar pernyataan *informed consent* diatas materai yang disaksikan oleh orang tua atau wali pasien dan petugas PTRM. Ancaman dikeluarkan secara paksa dari program terapi metadon hanyalah sebagai upaya agar pasien patuh terhadap terapi jangka panjang tersebut. Ancaman yang lebih berbahaya sebenarnya adalah resiko penyakit infeksi virus seperti HIV dan Hepatitis, serta penyakit lainnya yang dapat menurunkan kondisi kesehatan sampai pada kondisi AIDS bagi mereka yang sudah terinfeksi.

2.3.3.5. Motivasi

Prof. Carlo DiClemente memperkirakan bahwa motivasi seringkali menjadi dimensi yang hilang dalam suatu terapi tambahan, padahal itu seharusnya menjadi fokus terapi (Howell, 2004). Banyak penderita ketergantungan yang melakukan terapi seringkali tidak dilandasi dengan motivasi yang jelas, bahkan kadang-kadang mereka tidak terlalu pasti dengan apa yang diinginkannya dari program (DiClemente et al,2004 dalam Sarasvita,2008). Pasien dalam terapi metadon dengan orientasi rehabilitasi yang kuat dan kecukupan layanan medis dapat mengurangi penggunaan kokain (Gibson et al, 1999)

Iryani dalam penelitiannya menyebutkan bahwa motivasi sembuh pengguna NAPZA tinggi. Keyakinan yang sangat kuat untuk tidak terpengaruh menggunakan NAPZA dengan membatasi hubungan dengan teman sebaya, membuat rasa optimis yang tinggi untuk yakin akan masa depan yang lebih baik. (Iryani, Ade, 2007)

2.3.3.6. Status Penyakit Infeksi

Perilaku penggunaan jarum suntik bersama dan peralatan suntik lainnya yang tidak steril memungkinkan terjadinya penularan virus yang menular melalui darah, terutama HIV/AIDS dan Hepatitis C, disamping meningkatnya resiko overdosis dan peningkatan penularan infeksi penyakit lainnya seperti endokarditis, abses, dan gangguan neurologis lainnya (Jaffee dan Strain, 2005 dalam Sarasvita,

Universitas Indonesia

2008). Penelitian sero-surveilens terhadap penasun yang berobat ke RSKO (2005) diketahui bahwa 70% diantaranya adalah Hepatitis C Virus (HCV) positif, sedangkan pasien yang berobat di klinik PTRM RS Sanglah Bali 95,45% pasien menderita Hepatitis C, dan 9,68% Hepatitis B (Depkes, 2006).

Pengaruh opiat dapat menutupi gejala penyakit lain seperti infeksi paru, hepatitis, serta penyakit lainnya, sehingga keberadaan penyakit tersebut tidak diperhatikan dan menjadi bertambah parah (Darmono, 2006). Adanya masalah medis, psikologis, maupun keluhan fisik lainnya terkait nyeri yang kronis memungkinkan pasien kembali menggunakan opiat untuk menghilangkan rasa ketidaknyamanan dalam tubuhnya.

2.3.3.7. Lama Pemakaian NAPZA

Ketergantungan NAPZA adalah hasil interaksi yang kompleks atas faktor zat NAPZA itu sendiri, karakteristik individunya, serta situasi fisik dan sosial dimana penggunaan NAPZA itu terjadi (Doweiko, 1999 dalam Sarasvita, 2008). Lamanya seseorang menggunakan zat (NAPZA) memungkinkan efek ketergantungan secara fisik dan psikis yang semakin kronis. Pada umumnya penyalahguna NAPZA menggunakan lebih dari 1 jenis zat untuk memuaskan kenikmatannya, sebanyak 68% penyalahguna opiat adalah *polydrugs abuser* (Hawari,D 2003 dalam Muttaqin, 2006).

2.3.3.8. Lama Terapi

Pada penelitian Vanichseni (1991) disebutkan bahwa terapi rumatan metadon lebih disukai dibandingkan dengan terapi detoksifikasi untuk lepas dari NAPZA dalam waktu singkat .

Bertahan dalam program bagi penderita ketergantungan adalah hal yang penting dalam upaya memperoleh hasil yang lebih baik, khususnya dalam mempertahankan perubahan perilaku yang positif. Semakin lama bertahan dalam program, semakin baik hasilnya (Simpson,1981, 2004; Darke.et al,2005, dalam Sarasvita,2008). Semakin lama waktu terapi berhubungan dengan peningkatan

hasil terapi, termasuk diantaranya penurunan dalam penggunaan opiat lain serta pengurangan aktivitas kriminal (Ward et al, 1998)

Sehubungan dengan perilaku terkait HIV, penelitian Ball (1988, 1991) di pantai timur Amerika menemukan bahwa 71% pasien yang tersisa dalam 1 tahun atau lebih terapi metadon telah menghentikan penggunaan NARKOBA suntik (Gibson, 1999). Penelitian lain yang dilakukan oleh Condelli et al (1993) yang menguji efek dari lamanya pajanan terapi metadon menyebutkan bahwa pajanan yang berkelanjutan (rata-rata 725 hari) mengurangi penggunaan heroin dibandingkan dengan pajanan terapi jangka pendek (rata-rata 31 hari). Penelitian lain menunjukkan bahwa terapi rumatan metadon berhubungan dengan penurunan penggunaan kokain dan sedatif lainnya (terutama benzodiazepin) setelah dievaluasi selama 24 bulan (DeMaria, 2000).

2.3.3.9. Dosis Terapi

Dosis terapi dapat menjadi hal yang kritis terhadap efektifitas rumatan metadon dalam pencegahan HIV dan penyakit lainnya yang ditularkan melalui darah /*blood borne disease* (Gibson et al,1999). Kecenderungan pemberian dosis metadon yang rendah memungkinkan bertambahnya risiko pemberian layanan terapi metadon yang tidak adekuat dan tidak efektif (D'Aunno dan kolega, 1999, dalam Rivers, 2006), sehingga memungkinkan terjadinya ketidak patuhan dalam terapi. Pemberian dosis metadon 50 mg selama 15 minggu secara bermakna menurunkan pemakaian opioid dan ganja (Strain EC et al, 1993).

Ada perbedaan pendapat para ahli dalam memberikan dosis metadon yang efektif. Petunjuk paktek klinis merekomendasikan 60 mg/ hari sebagai dosis minimum, tetapi sebagian lain mengatakan bahwa beberapa pasien dapat mencapai tahap stabil untuk mendapatkan efek yang optimal dengan dosis lebih rendah. Penelitian oleh Trafton et al (2001) pada 222 pasien veteran di Amerika Serikat menyimpulkan bahwa efektif atau tidaknya pemberian dosis metadon pada hakekatnya tidak hanya berdasarkan pada pemberian dosis yang dianjurkan, tetapi lebih fokus kepada proses penyesuaian kadar dosis metadon sampai keadaan abstinen heroin tercapai (Trafton, 2006)

Terapi rumatan metadon dapat merubah perilaku beresiko penderita ketergantungan dalam mengurangi kecenderungan penggunaan heroin jika dosis stabil telah dicapai (Ball and Ross, 1991; Mattick et al., 2003; Joseh et al., 2000; Preston et al., 2000; Lowinson et al., 1997, Utami et al., 2005, dalam Sarasvita, 2008).

2.3.3.10. Mutu Layanan PTRM

Kepuasan pelanggan merupakan tujuan utama dari suatu penyelenggaraan layanan jasa termasuk jasa di bidang layanan kesehatan. Kepuasan pelanggan merupakan cerminan kualitas mutu layanan penyedia jasa tersebut. Indikator kualitas pelayanan yang disederhanakan oleh Zeithami (Zeithami, 1990 dalam Farida, 2005) ke dalam 5 dimensi mutu yaitu :

- 1) *Tangibility*, kualitas pelayanan berupa sarana fisik, perkantoran, komputersasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi, dan sebagainya,
- 2) *Responsiveness*, kesanggupan untuk membantu dan menyediakan pelayanan secara cepat dan tepat, serta tanggap terhadap keinginan konsumen.
- 3) *Reliability*, kemampuan dan keandalan dalam menyediakan pelayanan yang terpercaya,
- 4) *Assurance*; pengetahuan, keterampilan dan kemampuan serta sopan santun karyawan dalam memberikan pelayanan, aman dari bahaya, resiko, keraguan, dan memiliki sifat dapat dipercaya dalam meyakinkan kepercayaan pelanggan
- 5) *Empathy*; sikap kemudahan dalam berinteraksi, komunikasi yang baik, penuh perhatian serta memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan.

Menurut hasil penelitian Mc.Lellan et al (1993) dan Vanichseni et al (1991) dalam Gibson et.al (1999) diketahui bahwa terapi metadon yang didukung dengan komponen layanan yang komprehensif (dengan layanan pendukung konseling, psikiater, dan layanan pekerjaan) memberikan hasil yang lebih baik

dibandingkan dengan layanan metadon standar (dengan konseling) dan layanan minimalis yang hanya dengan pemberian dosing metadon. Penelitian oleh Ball et al. (1991) menunjukkan bahwa kualitas layanan terapi metadon dengan orientasi rehabilitasi yang kuat dan kecukupan layanan medis dapat mengurangi hubungan berisiko dengan penggunaan kokain (Ball et al., 1991 dalam Gibson, 1999).

Hasil penelitian tentang kualitas layanan terapi dan rehabilitasi pada penyalahguna narkoba yang dilakukan oleh Farida (2005) di Jakarta menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien sebesar 91,32% dari 100% yang diharapkan

2.3.3.11. Dukungan Keluarga

Keluarga sebagai orang yang terdekat dalam berinteraksi dengan pasien pecandu narkoba mempunyai peran yang sangat besar. Manusia sebagai mahluk sosial tidak bisa lepas dari perannya sebagai anggota keluarga yang harus saling mendukung. Keluarga menjadi faktor pemungkin (*enabling factor*) yang memfasilitasi perilaku atau tindakan kesehatan (Green dalam Notoatmodjo, 2005).

Fakta menunjukkan bahwa penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA merupakan *family disease*, sehingga semua anggota keluarga memerlukan pertolongan. *Co Dependency Therapy (CD Therapy)* dengan memakai *the-12 Step Recovery Program* yang dipandu oleh seorang ahli psikologi merupakan terapi bagi kelompok anggota keluarga pasien yang memerlukan pertolongan. Terapi kelompok ini dapat dilakukan antar keluarga pasien dalam jumlah terbatas, ataupun hanya terdiri dari semua anggota keluarga dari 1 pasien saja sesuai dengan kebutuhan pemecahan masalah yang diperlukan (Husin, 2002)

Lembaga penyalahgunaan obat (*National Institute on Drug Abuse/ NIDA*) dibawah *national Institute of Health (NIH)* Amerika Serikat memasukkan cara pengobatan dengan pendekatan individu dan fungsi keluarga, tempat kerja dan masyarakat sebagai salah satu prinsip pengobatan ketergantungan yang dipakai sebagai dasar penelitian terapi kecanduan obat (NIDA, 2003 dalam Darmono, 2006)

2.4. Perilaku Pengguna NAPZA

Perilaku berasal dari dorongan yang ada dalam diri manusia dan merupakan usaha dalam memenuhi kebutuhannya. Perilaku merupakan refleksi berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya. (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku kesehatan (*healthy behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman, dan pelayanan kesehatan. (Notoatmodjo, 2003).

Penyalahguna NAPZA dapat dikenali dari beberapa karakteristik umum, emosional, dan kognitif sebagai berikut (De Leon, 2000 dalam Tetranto, 2008) :

1) Karakteristik umum

- Pecandu umumnya mempunyai *self-esteem* rendah yang terlihat dari perilaku yang amoral dan antisosial baik dalam lingkungan keluarga maupun masyarakat. *Self-respect* dan *self-perception* yang rendah menjadikan mereka tidak dapat menghargai diri mereka sendiri dan orang lain serta tidak mampu untuk mengembangkan gaya hidup yang produktif.
- Sebagian besar pecandu menunjukkan identitas yang negatif karena kestabilan pembentukan konsep diri yang tidak terbentuk. Akibatnya seringkali mereka tidak dapat mengartikan siapa diri mereka dalam hal perasaan yang sesungguhnya, pemikiran yang jujur, tujuan, dan nilai-nilai yang dianut.

2) Karakteristik emosional

- Penyalahguna NAPZA pada umumnya mempunyai ambang batas yang rendah untuk bertoleransi terhadap perasaan yang tidak nyaman yang memicu tindakan menyimpang dari nilai-nilai sosial yang merugikan baik pada diri sendiri maupun orang lain.
- Penyalahguna NAPZA sensitif terhadap berbagai perasaan bersalah dalam dirinya. Rasa bersalah terhadap diri sendiri, keluarga, dan

lingkungan masyarakat sekitar secara potensial dapat merusak emosional pecandu NAPZA.

3) Karakteristik Kognitif

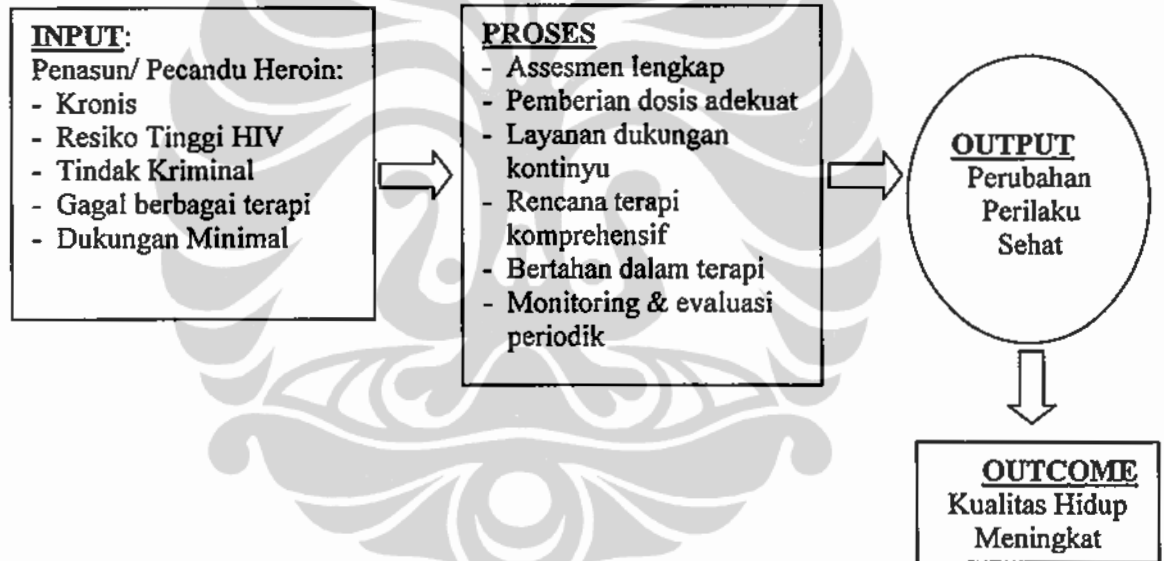
- Kurangnya kesadaran dalam bertingkah laku membuat penyalahguna NAPZA sering dirasakan mengganggu dan impulsif oleh lingkungannya.
- *Faulty judgement*. Salah dalam mengambil keputusan untuk penyelesaian masalah disebabkan karena kemampuan mengontrol impuls rasa dalam mempertimbangkan konsekuensi tindakan.
- *Lack of insight*. Tidak adanya kesadaran untuk melihat pengaruh NAPZA dalam pengalaman hidupnya.
- *Poor reality testing*. Penyalahguna NAPZA cenderung untuk menghindari atau lari dari kenyataan/ masalah dalam hidupnya. Mereka memiliki kesulitan untuk membedakan antara perasaan dan kenyataan, keinginan dan kebutuhan.
- *Habilitation*. Secara umum penyalahgunaan NAPZA tidak mempunyai kemampuan untuk produktif, sementara bagi yang telah mapan seringkali pemenuhan materi dan potensi sosialnya terhalang oleh penggunaan NAPZA.

Dalam program terapi metadon, perubahan perilaku yang diharapkan adalah suatu perubahan perilaku yang sehat agar kualitas hidup mereka meningkat. Perubahan perilaku pengguna jarum suntik pada pasien PTRM yang diharapkan adalah beberapa hal berikut :

- Tehnik menyuntik
- Frekuensi menyuntik
- Dosis penggunaan
- Penggunaan NAPZA
- Penggunaan zat lainnya terkait penggunaan NAPZA
- Risiko seksual
- Kepatuhan terapi metadon
- Aktivitas rutin, termasuk pekerjaan / sekolah

- Hubungan dalam keluarga
- Perilaku kriminal
- Penggunaan zat dalam kelompok sebaya
- Relasi intim sehat
- Respon atas stres

Gambaran ketergantungan dan perilaku menetap merupakan target dari perubahan perilaku dalam pengurangan dampak buruk yang diharapkan (Green, 2001). Perubahan perilaku yang diharapkan tersebut harus merlalui tahapan proses terapi sebagaimana dijelaskan dalam gambar berikut :



Gambar 2.5. Target Perubahan Perilaku Klien PTRM

Sumber : Depkes, 2008

BAB III

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konsep

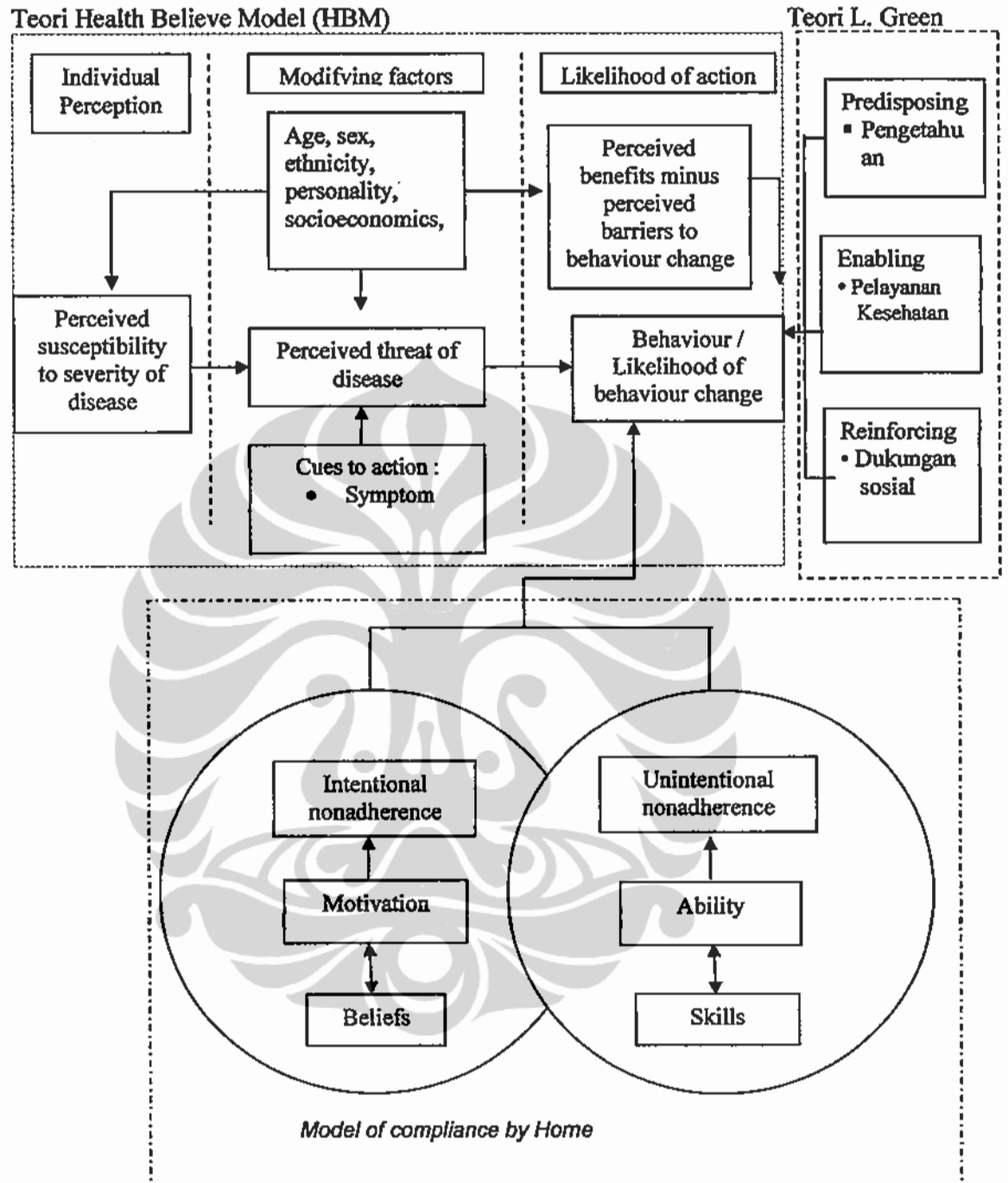
Perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor internal dan eksternal manusia. Karakteristik individu dalam hal pengetahuan, motivasi, persepsi, niat, serta dukungan dari faktor lingkungan keluarga, petugas/ ahli, dan masyarakat, serta akses informasi dan ketersediaan layanan dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berperilaku sehat.

Predisposing factors, enabling factors, dan reinforcing factors merupakan factor-faktor penyebab perilaku utama yang secara langsung dan tidak langsung berpengaruh terhadap perilaku khususnya dalam masalah kesehatan. (Lawrence Green dalam Notoatmojo, 2003)

Dalam teori *Health Believe Model* (HBM) diyakini bahwa kepercayaan terhadap persepsi kerentanan, persepsi tingkat keparahan dan persepsi manfaat besar pengaruhnya pada seseorang dalam melakukan tindakan tertentu untuk mencegah, mendeteksi, atau mengontrol kondisi kesehatan.

Deskripsi kepatuhan dari Home dibedakan sebagai perilaku yang disengaja dan yang tidak disengaja (*intentional or unintentional*) yang disebabkan oleh motivasi dan *ability* pasien dengan latar belakang kepercayaan dan pengetahuan.

Berdasarkan beberapa teori tersebut, dibuat modifikasi bagan dari ketiga teori yang disesuaikan untuk keperluan penelitian sebagai berikut :



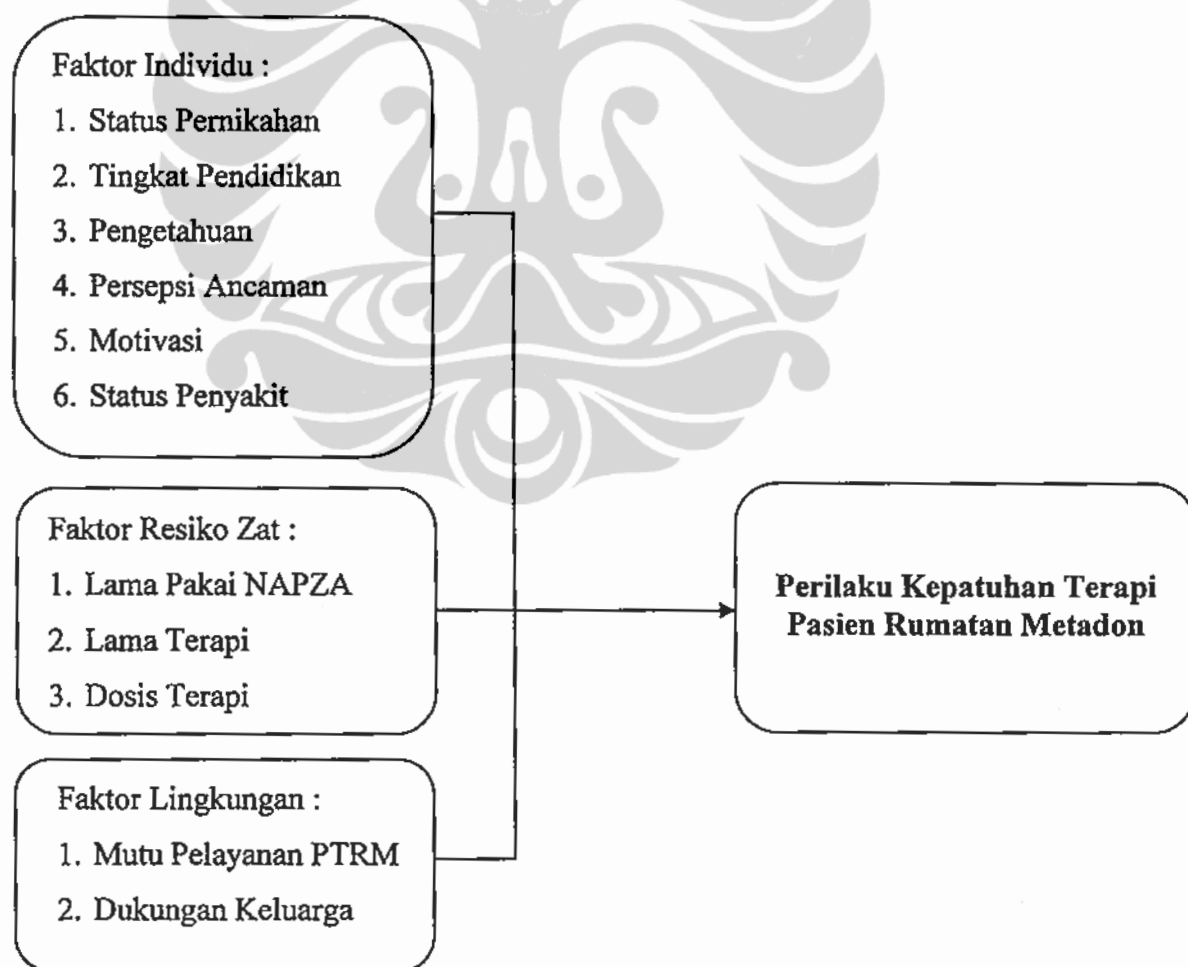
Gambar 3.1 Kerangka teori
Telah diolah kembali dari berbagai sumber

Perilaku kepatuhan terapi peserta PTRM dapat diidentifikasi dari perilaku sehubungan dengan penyalahgunaan napza dan pemakaian dosis harian yang terlewat . Pada penelitian ini penulis ingin melihat hubungan antara karakteristik responden (status perkawinan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, pengetahuan, persepsi ancaman, motivasi, dan status penyakit infeksi), faktor zat (lama pakai, lama terapi, dan dosis terapi), dan faktor lingkungan (mutu pelayanan dan dukungan keluarga) dengan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon .

Berdasarkan beberapa teori perilaku yang telah dikemukakan diatas, maka dibuat gambar kerangka konsep yang sesuai dengan tujuan penelitian sebagai berikut :

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar 3.2 Kerangka konsep penelitian

3.2. Definisi Operasional

3.2.1. Variabel Dependen

Tabel 3.1. Definisi operasional variabel dependen

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur, Alat Ukur	Skala Ukur, Hasil Ukur, dan Kriteria
1.	Perilaku kepatuhan terapi pasien rumatatan metadon	aktivitas responden yang berkaitan dengan keharusannya sebagai peserta untuk mematuhi peraturan terapi dengan tidak melewatkan dosis harian dan mematuhi anjuran dokter untuk tidak menggunakan opiat lain	Cara ukur : Adanya dosis harian yang terlewat dalam 1 minggu terakhir, serta hasil test urine sewaktu. Alat ukur : 1. Catatan Rekam Medis 2. Monoklonal <i>Stick Test</i> morphin dan benzodiazepin	Ordinal 1. Patuh, bila tidak melewatkan dosis hariannya dan hasil test urine negatif 2. Tidak patuh, bila salah satu karakteristik pengukuran menunjukkan hasil yang positif, baik dari adanya dosis harian yang terlewat maupun hasil urin yang positif

3.2.2. Variabel Independen

3.2.2.1. Faktor Individu

Faktor Individu adalah ciri khas yang ada pada diri responden dan membedakannya dengan responden yang lain, Pada penelitian ini faktor individu yang diteliti adalah status pernikahan, pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, dan status penyakit infeksi.

Tabel 3.2. Definisi operasional variabel independen faktor individu

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur, Alat Ukur	Skala Ukur, Hasil Ukur, dan Kriteria
1.	Status pernikahan	Jenis hubungan formal ikatan pernikahan responden baik secara hukum negara dan atau hukum agama	Wawancara, Kuesioner	Nominal 1. Tidak Menikah, bila belum menikah / janda / duda 2. Menikah
2.	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi atau sederajat yang ditamatkan oleh responden	Wawancara Kuesioner	Ordinal 1. Rendah, bila menyelesaikan pendidikan tingkat SLTP atau lebih rendah 2. Tinggi, bila menyelesaikan pendidikan tingkat SLTA atau lebih tinggi
3.	Pengetahuan	Pemahaman responden mengenai Program Terapi Rumatan Metadon	Wawancara Kuesioner 10 pertanyaan, skor 0 - 35	Ordinal 1. Kurang, bila nilai kuesioner pengetahuan < Mean 2. Baik, bila nilai kuesioner pengetahuan \geq Mean

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur, Alat Ukur	Skala Ukur, Hasil Ukur, dan Kriteria
4.	Persepsi ancaman penyakit	Pernyataan responden terhadap ancaman penyakit yang disebabkan oleh perilaku tidak patuh terhadap terapi rumatan metadon	Wawancara Kuesioner 3 pertanyaan, skor 0-11	Ordinal 1. Kurang, bila nilai kuesioner persepsi ancaman < Median 2. Baik, bila nilai kuesioner persepsi ancaman \geq Median
5.	Motivasi	Pernyataan responden tentang dorongan yang timbul karena keinginan untuk bebas dari ketergantungan NAPZA	Wawancara Kuesioner 7 pertanyaan, skor 0-15	Ordinal 1. Kurang, bila nilai kuesioner motivasi < Mean 2. Baik, bila nilai kuesioner motivasi \geq Mean
6.	Status Penyakit Infeksi	Keadaan riwayat dan atau pengobatan penyakit infeksi hepatitis dan atau TBC pada responden dalam 1 tahun terakhir	Wawancara Kuesioner	Nominal 1. Infeksi 2. Tidak infeksi

3.2.2.2. Faktor Zat

Faktor zat adalah faktor yang berhubungan dengan pengaruh zat terhadap adiksi. Pada penelitian ini faktor zat yang diteliti adalah : lama pakai, lama terapi, dan dosis terapi

Tabel 3.3. Definisi operasional variabel independen faktor zat

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur, Alat Ukur	Skala Ukur, Hasil Ukur, dan Kriteria
1.	Lama Pakai NAPZA	Jangka waktu pemakaian NAPZA sebelum melakukan terapi rumatan metadon	Wawancara Kuesioner	Rasio Lamanya pemakaian NAPZA dalam tahun
2.	Lama Terapi	Jangka waktu terapi rumatan metadon yang dilakukan oleh responden tanpa DO	Wawancara Kuesioner	Rasio Lamanya terapi rumatan metadon dalam bulan
3.	Dosis Terapi	jumlah metadon yang diperoleh responden saat penelitian yang dikelompokkan sesuai dengan fase terapi	Wawancara Kuesioner	Ordinal 1. Dosis rumatan, bila pasien belum mulai menurunkan dosis terencana 2. Dosis penurunan terencana

3.2.2.3. Faktor Lingkungan

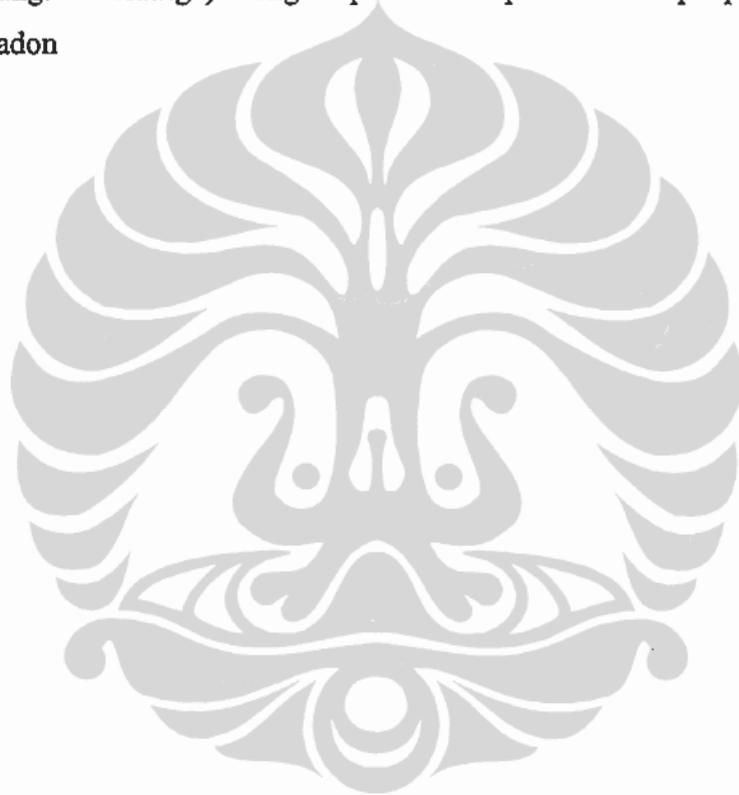
Faktor lingkungan adalah faktor diluar individu dan zat yang berpengaruh terhadap pelaksanaan terapi rumatan metadon. Pada penelitian ini faktor lingkungan yang diteliti adalah : mutu pelayanan PTRM dan dukungan orang tua.

Tabel 3.4. Definisi operasional variabel independen faktor lingkungan

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur, Alat Ukur	Skala Ukur, Hasil Ukur, dan Kriteria
1.	Mutu Pelayanan PTRM	Pernyataan responden tentang kualitas layanan Program Terapi Rumatan Metadon	Wawancara Kuesioner 24 pertanyaan, skor 0 - 240	Ordinal 1. Kurang, bila nilai kuesioner mutu pelayanan < Median 2. Baik, bila nilai kuesioner mutu pelayanan \geq Median
2.	Dukungan Keluarga	Ada/ tidaknya sokongan dari keluarga dalam melaksanakan terapi rumatan metadon	Wawancara Kuesioner 2 pertanyaan, skor 0-14	Ordinal 1. Kurang, bila nilai kuesioner dukungan keluarga < Median 2. Baik, bila nilai kuesioner tingkat dukungan keluarga \geq Median

3.3. Hipotesis

- 1) Ada hubungan antara faktor individu (status pernikahan, tingkat pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, motivasi dan status penyakit) dengan kepatuhan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon
- 2) Ada hubungan antara faktor zat (lama pakai, lama terapi dan dosis terapi) dengan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon
- 3) Ada hubungan antara faktor lingkungan (mutu pelayanan PTRM dan dukungan keluarga) dengan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon



BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan disain penelitian *Cross Sectional* dimana tidak ada perlakuan terhadap responden dan pengambilan data dilakukan pada waktu sesaat secara bersamaan pada saat penelitian baik untuk variable bebas maupun variable terikat. Data diperoleh dengan melakukan wawancara langsung menggunakan kuesioner terstruktur, penelitian catatan rekam medis, serta pemeriksaan urin dengan 2 parameter (test morfin dan benzodiazepin). Penelitian dilakukan secara deskriptif dan analitik. Analisis deskriptif dimaksudkan untuk memberi informasi tentang gambaran/ karakteristik dari faktor-faktor yang diduga menjadi prediktor perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon. Secara analitik dimaksudkan untuk melihat apakah ada hubungan antara variable independen dan variabel dependen.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di 8 Puskesmas satelit PTRM di wilayah DKI Jakarta yaitu Puskesmas Kecamatan : Tanjung Priok, Koja, Tebet, Tambora, Cengkareng, Jatinegara, Gambir dan Kemayoran, dan dilakukan pada bulan Mei 2009.

4.3. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien PTRM di Puskesmas wilayah DKI Jakarta sebanyak 800 orang (RSKO,2009). Sample adalah sejumlah pasien aktif pada klinik satelit PTRM di Puskesmas pada bulan Mei 2009 yang memenuhi kriteria inklusi yaitu :

- 1) Bersedia ikut dalam penelitian, dan
- 2) Telah menjalani terapi sekurang-kurangnya selama 1 tahun.

Perhitungan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus untuk Uji Hipotesis Beda Proporsi (Ariawan, 1998), Besar sample ditentukan dengan rumus :

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2 \bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Dimana ;

n = besar sampel

$z_{1-\alpha/2}$ = nilai z pada derajat kepercayaan $1 - \alpha/2$ atau batas kemaknaan $z = 1,96$ untuk derajat kemaknaan $\alpha = 5\%$

$z_{1-\beta}$ = nilai z pada kekuatan uji (power) $1 - \beta$
 $z = 0,84$ untuk kekuatan uji 80%

\bar{P} = Rata-rata proporsi

P_1 = Proporsi perilaku patuh pada kelompok 1

P_2 = Proporsi perilaku patuh pada kelompok 2

Dengan diketahuinya P_1 dan P_2 dari beberapa variabel yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan dari penelitian terdahulu, maka diperoleh hasil perhitungan besar sampel sebagai berikut :

Tabel 4. Besar sampel minimal dari variabel yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon

No.	Variabel	P1 (%)	P2 (%)	Jumlah Sampel	Referensi
1	Pendidikan	7,06	25,88	90	RSKO,2009
2	Status pekerjaan	42,86	65,22	77	Muttaqin, A,2006
3	Lama pakai zat	40	59,46	102	Muttaqin, A,2006

Perhitungan jumlah sample tertinggi adalah 102 pada masing-masing kelompok sampel, sehingga jumlah sample secara keseluruhan adalah 204 orang. Untuk

menghindari kesalahan dalam pengambilan data, maka jumlah tersebut ditambahkan 10% menjadi 224 orang.

Kriteria inklusi sampel adalah pasien yang telah menjalani terapi rumatan metadon sekurang-kurangnya selama 1 tahun.

4.4. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel penelitian melalui tahap-tahap sebagai berikut:

- 1) Pemilihan jumlah sampel dilakukan secara proporsional berdasarkan jumlah pasien yang ada di setiap lokasi Puskesmas satelit PTRM.
- 2) Dibuat daftar pasien yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan sampel
- 3) Sampel diambil sesuai dengan kehadirannya pada saat penelitian. Pengambilan sampel dihentikan bila jumlah sampel yang dibutuhkan telah mencukupi (quota sampling).

4.5. Metode Pengumpulan Data

Data untuk penelitian ini diperoleh secara primer dan sekunder. Data primer diperoleh dari wawancara dengan responden dan analisa tes urin, sedangkan data sekunder diperoleh dari catatan rekam medis.

Pengumpulan data metode wawancara dilakukan dengan menggunakan alat bantu kuesioner oleh 2 orang interviewer yaitu peneliti dan 1 orang pembantu peneliti yang telah dilatih sehingga memperoleh kesamaan persepsi dengan tujuan penelitian. Pembantu peneliti dipilih dari sebuah organisasi LSM yang biasa berkecimpung dalam program *harm reduction* di DKI Jakarta, sehingga dapat memberikan kemudahan dalam melakukan pendekatan, menarik kepercayaan responden, serta memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian. Hal tersebut dilakukan karena para junkies (pecandu narkoba) sangat sensitif dan takut untuk diwawancara karena mengira pewawancara adalah interpol dari pihak kepolisian. Wawancara dilakukan segera setelah responden mendapat dosis metadon

hariannya, dan wawancara dihentikan sebelum obat tersebut mulai bereaksi (sekitar 3 -4 jam setelah diminum) untuk menjaga bias dalam menjawab pertanyaan yang diajukan.

Pengumpulan data analisa kandungan opiat golongan morfin dan benzodiazepin dalam urin dilakukan dengan mengumpulkan sampel urin setelah responden diwawancara. Pengumpulan sampel urin dibantu oleh pembantu peneliti yang khusus mengawasi pengambilan urin agar diperoleh sampel urin yang benar. Pengawasan tersebut dilakukan untuk mencegah dicampurnya sampel urin dengan air atau bahan lain, atau menggantinya dengan sampel urin orang lain.

Pengumpulan data sekunder diperoleh dari catatan rekam medik perawat tentang kehadiran responden dalam 1 minggu terakhir, atau dari catatan rekam medis petugas obat (apoteker /asisten apoteker).

4.6. Alat Pengumpulan Data

Kuesioner yang digunakan telah diuji cobakan pada pasien aktif PTRM di Puskesmas Kecamatan Bogor Timur Kabupaten Bogor dan Puskesmas Kecamatan Kramat Jati wilayah Kota Administrasi Jakarta Timur. Uji coba yang dilakukan adalah uji terhadap validitas dan reliabilitas yang bertujuan untuk melihat apakah kuesioner yang dibuat sudah valid atau reliabel untuk digunakan sehingga hasil yang didapatkan nantinya lebih akurat dan dapat dipercaya.

Uji validitas dilakukan terhadap 5 dimensi mutu layanan PTRM yaitu : Tampilan (*Tangibles*), Keandalan (*Reliability*), Ketanggapan (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), dan Empati (*Empathy*). Ukuran validitas dan reliabilitas dilihat dari perbandingan nilai r tabel (pada $df\ n-2= 30-2= 28$, $r\ tabel=0,361$) dengan r hasil analisa. Variabel dikatakan valid dan reliabel bila $r\ hasil > r\ tabel$

Dari 30 sampel uji coba kuesioner, uji validitas dan reliabilitas dari 5 dimensi variabel mutu layanan menghasilkan nilai *korelasi pearson* dan Alpha yang lebih besar dibandingkan r tabel (0,361), sehingga pertanyaan tentang mutu layanan dianggap valid dan reliable untuk dijadikan sebagai alat ukur. Hasil uji validitas selanjutnya dapat dilihat pada lampiran dari tesis ini.

4.7. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan instrumen SPSS . Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen, dan analisis multivariat dilakukan untuk melihat faktor determinan yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen.

Langkah-langkah pengolahan data :

- 1) Pemeriksaan data (editing) : memeriksa kuesioner untuk mengetahui kelengkapan pengisian
- 2) Penandaan (coding) : membuat kode atau transformasi tertentu untuk memenuhi asumsi yang dibutuhkan dalam analisa data. Dalam penelitian ini kode 1 untuk *exposure* dan 0 untuk *non-exposure*
- 3) Entri data : memasukkan data yang didapat kedalam program SPSS, sesuai dengan variabel penelitian
- 4) Cleaning : Pengecekan kembali data yang telah diperoleh untuk mengetahui missing data, variasi data, konsistensi data dan hubungan antar variabel.
- 5) Analisis Data :
 - a. Analisis Univariat
adalah analisa deskriptif untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti.
 - b. Analisis Bivariat
Dilakukan untuk melihat hubungan statistik antara variabel independen dan variabel dependen. Berdasarkan hasil analisis bivariat, variabel yang secara statistik mempunyai hubungan yang bermakna akan dipilih menjadi model untuk dilanjutkan kedalam analisis multivariat. Uji statistik yang digunakan yaitu uji k² pada kedua jenis variabel yang bersifat katagorik, dan uji beda dua mean independen apabila diantaranya terdapat variabel numerik yang terdistribusi normal
 - c. Analisis Multivariat
Dilakukan untuk menilai kekuatan hubungan antara variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol variabel lainnya.

Analisis yang digunakan adalah regresi logistik ganda dengan model prediksi. Pemilihan regresi logistik ganda karena variabel dependen bersifat katagorik dikotomi.

Tahapan analisis multivariat adalah sebagai berikut (Hastono,2007) :

- 1) Analisis diawali dengan memasukan semua variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ kedalam model. Nilai p diperoleh pada saat analisis bivariat.
- 2) Melakukan uji multivariat awal untuk memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang p value nya $< 0,05$, dan mengeluarkan variabel yang p value nya $> 0,05$ yang dilakukan secara bertahap dimulai dengan variabel yang mempunyai p value terbesar.
- 3) Memeriksa kemungkinan interaksi variabel kedalam model dengan memasukkan variabel yang mempunyai nilai bermakna dari pengujian statistik
- 4) Menyusun model lengkap yang mencakup variabel utama dan semua variabel interaksi.

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Subyek Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 8 Puskesmas wilayah Provinsi DKI Jakarta yang mempunyai fasilitas pelayanan program terapi rumatan metadon (PTRM). Lokasi puskesmas berdasarkan wilayah kota administrasi adalah: di Jakarta Barat (Puskesmas Kecamatan Cengkareng dan Puskesmas Kecamatan Tambora), Jakarta Timur (Puskesmas Kecamatan Jatinegara), Jakarta Pusat (Puskesmas Kecamatan Gambir dan Puskesmas Kecamatan Kemayoran), Jakarta Selatan (Puskesmas Kecamatan Tebet), serta Jakarta Utara (Puskesmas Kecamatan Koja dan Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok). Empat satelit PTRM lain yaitu Puskesmas Kecamatan Grogol Petamburan, Puskesmas Kecamatan Kramat Jati, dan Puskesmas Kecamatan Senen tidak dimasukkan dalam penelitian karena masa aktivasinya belum mencapai 1 tahun.

Informasi variable penelitian diperoleh sebanyak 211 orang dari 224 sampel yang diwawancara antara tanggal 26 Mei sampai dengan 5 Juni 2009. Walaupun demikian jumlah tersebut sudah memenuhi kriteria perhitungan sampel yang dibutuhkan Selain wawancara dilakukan pula pemeriksaan kandungan zat opiat dan benzodiazepine dalam urin, serta penelusuran rekam medik..

Responden adalah pasien PTRM yang telah melakukan terapi metadon sekurang-kurangnya selama 1 tahun yang tercatat dalam dokumen rekam medik. Pengambilan sampel dilakukan secara acak pada pasien yang hadir pada saat penelitian. Wawancara dan pengambilan sampel urin dilakukan oleh peneliti dibantu 2 orang yang tenaga yang sudah dilatih. Distribusi dan frekuensi karakteristik pasien dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1. Distribusi karakteristik responden penelitian kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	185	87.7
Perempuan	26	12.3
Status Pernikahan		
Belum Menikah	94	44.55
Menikah	105	49.76
Janda/Duda	12	5.69
Tingkat Pendidikan		
SD	10	4.74
SMP	35	16.59
SMA	123	58.29
Akademi/ PT	43	20.38
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	75	35.5
Pelajar/ Mahasiswa	5	2.4
Bekerja dengan penghasilan tetap	30	14.2
Bekerja dengan penghasilan tidak tetap	101	47.9
Riwayat penyakit Infeksi (TBC &/Hepatitis)		
Ada infeksi	59	27.96
Tidak ada/ Tidak tahu	152	72.04
Riwayat penggunaan NAPZA		
Single Drug abuse	33	15.6
Poli Drug abuse	178	84.4
Riwayat Drop Out Terapi Metadon		
Ya	22	10.4
Tidak	184	87.2

Dari tabel 5.1 tampak yang terbanyak adalah responden laki-laki, status menikah, pendidikan SMA, bekerja dengan penghasilan yang tidak tetap, dan latar belakang penggunaan NAPZA lebih dari 1 jenis (poli drug abuse).

Tabel 5.2. Distribusi Responden berdasarkan variabel kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Karakteristik	Tidak Patuh		Patuh	
	n	%	n	%
Status Pernikahan				
Menikah	55	52.4	50	47.6
Tidak Menikah	56	52.8	50	47.2
Tingkat Pendidikan				
Rendah	28	62.2	17	37.8
Tinggi	83	50	83	50
Riwayat penyakit Infeksi (TBC & Hepatitis)				
Ada infeksi	33	55.9	26	44.1
Tidak ada/ Tidak tahu	74	48.7	78	51.3
Dosis/ Fase Terapi				
Rumatan	59	55.7	47	44.3
Penurunan Terencana	52	49.5	53	50.5

Dari Tabel 5.2 tampak bahwa status pernikahan tidak terlalu bervariasi baik pada kelompok yang patuh maupun yang tidak patuh. Mereka yang berpendidikan rendah lebih banyak berperilaku tidak patuh (62,2%), sementara pada kelompok dengan pendidikan tinggi tidak ada perbedaan proporsi dalam hal kepatuhan terapi. Responden dengan riwayat penyakit infeksi TBC dan/ atau Hepatitis mayoritas berperilaku tidak patuh (55,9%). Secara keseluruhan jumlah responden yang mendapat dosis rumatan dan penurunan terencana hampir sama, perbedaannya adalah bahwa pasien yang mendapat dosis rumatan sebagian besar tidak patuh (55,7%) sedangkan pasien dengan dosis penurunan terencana sebagian besar (50,5%) adalah yang patuh terhadap terapi.

Pada variabel numerik, sebelum dilakukan pengkategorian, dilakukan uji kenormalan data dengan melihat nilai *skewness* dan standar errornya. Bila nilai *skewness* dibagi standar errornya menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusi data tersebut adalah normal. Nilai *skewness* dan standar error dari variabel numerik dapat dilihat pada lampiran tesis ini. Penentuan distribusi variabel numerik dijelaskan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3. Distribusi data dari variabel numerik

No	Variabel	Nilai Skewness	SE	Nilai Skewness / SE	Jenis Distribusi Data
1	Pengetahuan	0.181	0.167	1.08	Normal
2	Mutu Pelayanan	0.547	0.167	3.28	Tidak Normal
3	Motivasi	0.054	0.167	0.32	Normal
4	Persepsi Ancaman	1.306	0.167	7.82	Tidak Normal
5	Dukungan Keluarga	0.682	0.167	4.08	Tidak Normal
6	Lama Pemakaian Zat	0.284	0.167	1.70	Normal
7	Lama Terapi	1.898	0.167	11.37	Tidak Normal

Variabel pengetahuan, motivasi, dan lama pemakaian NAPZA terdistribusi normal sehingga *cut of point* yang digunakan adalah nilai tengah / Mean, sementara pada variabel persepsi ancaman, mutu pelayanan, dukungan keluarga, dan lama terapi, data yang ada tidak terdistribusi normal sehingga digunakan nilai Median

Tabel 5.4. Nilai tengah, nilai median, nilai maksimum dan minimum dari variabel numerik

No	Variabel	Satuan	Nilai Tengah	Nilai Median	SD	Min	Max
1	Pengetahuan	Poin	17,36	-	5,77	5	34
2	Persepsi Ancaman	Poin	-	2	1,99	0	9
3	Mutu Pelayanan	Poin	-	147	35,54	20	240
4	Motivasi	Poin	9,55	-	3,02	1	20
5	Dukungan Keluarga	Poin	-	3	2,39	0	10
6	Lama Pemakaian Zat	Tahun	7,68	-	3,47	1	20
7	Lama Terapi	Bulan	-	24	7,41	11	72

Dari Tabel 5.4 dapat dilihat bahwa nilai pengetahuan tentang terapi rumatan metadon bervariasi antara 5 sampai 34 dengan rata-rata nilai mencapai 17,36. Dalam kuesioner tentang pengetahuan diantaranya ditanyakan mengenai keterpaparan informasi dan keharusan pasien untuk minum dosis setiap hari, dan jawaban atas pertanyaan tersebut cukup baik bahwa 198 orang (93,84%) responden mengaku pernah mendapat informasi tentang terapi metadon dan 204 orang (96,68%) mengetahui bahwa untuk mendapatkan efek terapinya dosis

metadon harus diminum setiap hari. Sebanyak 108 orang (60%) responden menjawab bahwa metadon akan bertahan selama 12 – 24 jam di dalam tubuh, hal tersebut diperoleh dari pengalaman mereka selama mengikuti terapi rumatan, sementara jawaban yang benar secara teoritis adalah selama 24 – 36 jam (37,4%), dan 6,6% lainnya menjawab bahwa metadon dapat bertahan selama lebih dari 36 jam di dalam tubuh. Dari hasil wawancara secara tidak langsung mereka yang sudah lama menjalani terapi merasakan adanya perbedaan kualitas metadon antara produk lokal dari PT. Kimia Farma dan produk import yang dikeluarkan oleh WHO. Pada dosis yang sama, metadon import akan langsung terasa efeknya dan dapat bertahan selama lebih dari 24 jam.

Nilai minimum 0 pada persepsi ancaman menunjukkan bahwa terdapat responden yang sama sekali tidak merasakan adanya ancaman penyakit yang diakibatkan karena ketidak patuhan dalam melakukan terapi rumatan metadon. Begitu juga dengan dukungan keluarga bahwa terdapat responden yang sama sekali tidak merasakan adanya dorongan dari keluarga dalam melakukan terapi. Penilaian tentang mutu pelayanan yang diberikan oleh klinik PTRM terlihat mempunyai range variasi nilai yang cukup besar antara 20 sampai dengan 240. Lama terapi berkisar antara 12 bulan sampai 72 bulan.

Apabila penilaian mutu layanan diteliti lebih lanjut maka tampilan karakteristik yang dinilai dalam mutu layanan dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Nilai tengah, nilai median, nilai maksimum dan minimum dari variabel mutu layanan

No	Variabel	Satuan	Nilai Median	SD	Min - Max	95% CI
1	Tangibles	Poin	31	8,88	3 - 105	30,36-32,77
2	Reliability	Poin	30	9,28	0 - 90	28,12-30,61
3	Responsiveness	Poin	24	8,03	0 - 84	23,14-25,32
4	Assurance	Poin	33	8,46	5 - 90	31,62-33,92
5	Emphaty	Poin	30	8,64	0 - 50	28,80-31,15

Distribusi karakteristik variabel numerik yang telah dikelompokkan dapat dijelaskan pada tabel 5.6 berikut :

Tabel 5.6. Distribusi karakteristik hasil pengkatagorian dari beberapa variabel numerik (n=211)

No	Karakteristik	Katagori	Jumlah	Persentase
1	Pengetahuan	Baik	101	47,9
		Kurang	110	52,1
2	Motivasi	Baik	141	66,8
		Kurang	70	33,2
3	Persepsi Ancaman terhadap penyakit	Baik	129	61,1
		Kurang	82	38,9
4	Lama Pemakaian NAPZA	≤ 7,7 tahun	104	49,3
		>7,7 tahun	107	50,7
5	Lama terapi	≤ 24 bulan	116	55
		>24 bulan	95	45
6	Mutu Layanan PTRM	Baik	107	50,7
		Kurang	104	49,3
7	Dukungan Keluarga	Baik	127	60,2
		Kurang	84	39,8

Dari tabel 5.6 diketahui bahwa lebih dari separuh (52%) responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang terapi metadon. Motivasi responden untuk terlepas dari ketergantungan pada umumnya baik (66,8%). Demikian pula halnya dengan persepsi ancaman terhadap penyakit sehubungan dengan kepatuhannya untuk melakukan terapi metadon, sebagian besar responden (61%) menyatakan bahwa mereka khawatir. Dalam hal penilaian mutu layanan, masih banyak responden yang merasa kurang puas dengan layanan PTRM yang disediakan di puskesmas (49,3%). Dukungan keluarga pasien terhadap pelaksanaan terapi metadon pada umumnya baik (60,2%).

Dalam hal kepatuhannya terhadap pelaksanaan terapi metadon, baik patuh untuk selalu mengambil dosis harian, maupun patuh untuk tidak menggunakan NAPZA lain dapat dijelaskan dalam tabel 5.7 berikut:

Tabel 5.7. Distribusi karakteristik kepatuhan terapi metadon di Puskesmas satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

No	Karakteristik	Jumlah	Persentase
1	Perilaku melewatkan dosis harian (Minggu ke 1)		
	Ya	41	19.4
	Tidak	170	80.6
2	Perilaku penyalahgunaan NAPZA		
	Opiat (+)	14	6.64
	Benzo (+)	58	27.49
	Opiat (+) dan Benzo (+)	19	9
	Opiat (-) dan Benzo (-)	120	56.87
3	Perilaku Kepatuhan dengan tidak melewatkan dosis harian (Mgl) dan menyalahgunakan opiate &/ benzodiazepin		
	Patuh	100	47.4
	Tidak Patuh	111	52.6

Dari tabel 5.7 dapat dilihat bahwa responden yang tidak pernah melewatkan dosis metadon hariannya adalah sebanyak 80,6%, sementara responden yang tidak menggunakan NAPZA adalah sebanyak 56,87%, itu artinya bahwa responden yang patuh terhadap dosis metadon hariannya masih ada yang tetap menggunakan NAPZA baik opiat (6,64%) maupun benzodiazepine (27,5%), bahkan ada yang menggunakan keduanya (9%). Secara keseluruhan lebih dari separuh pasien yang melakukan terapi rumatan metadon adalah tidak patuh (52,6%), dan responden yang patuh untuk selalu mengambil dosis hariannya dan tidak menggunakan NAPZA lain adalah sebanyak 47,4%.

Perilaku pemakaian NAPZA khususnya jenis opiate dan benzodiazepine sehubungan dengan perilaku melewatkan dosis hariannya (mangkir) dapat dilihat dengan lebih jelas pada tabel 2x2 sebagai berikut :

Tabel 5.8. Distribusi karakteristik pemakaian opiat dengan perilaku melewatkan dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Mangkir	Opiat (+)	Opiat (-)	Jml
(+)	9 (22%)	32 (78%)	41 (19,4)
(-)	24 (14%)	146 (86%)	170 (80,6)
Jumlah	33 (16%)	178 (84%)	211

Dari tabel 5.8 diperoleh keterangan bahwa pada responden yang selalu mengambil dosis metadon hariannya dalam 1 minggu terakhir, ternyata sebanyak 24 orang (14%) yang masih menggunakan opiate, dari seluruh 36 orang (16%) pengguna opiate.

Tabel 5.9. Distribusi karakteristik pemakaian Benzodiazepin dengan perilaku melewatkan dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Mangkir	Benzo (+)	Benzo (-)	Jml
(+)	19 (46%)	22 (54%)	41 (19,4)
(-)	58 (34%)	112 (66%)	170 (80,6)
Jumlah	77 (36,5%)	134 (63,5%)	211

*)Benzo = Benzodiazepin

Masih ditemukannya responden yang tidak pernah mangkir tetapi masih tetap menggunakan NAPZA ilegal jenis benzodiazepine (34%). Obat-obatan jenis ini biasa digunakan sebagai penenang dengan alasan tidak bisa tidur, minum obat batuk, efek dari obat ARV, dan lain-lain. Secara keseluruhan responden yang tidak menggunakan benzodiazepine lebih besar (63,5%) dibandingkan pengguna zat tersebut (36,5%)

Tabel 5.10. Distribusi karakteristik pemakaian opiate dan Benzodiazepin di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Opiat	Benzo (+)	Benzo (-)	Jml
(+)	19 (57,6%)	14 (42,4%)	33 (15,6%)
(-)	58 (32,6%)	120 (67,4%)	178 (84,4%)
Jumlah	77 (36,5%)	134 (63,5%)	211

Dari tabel 5.10 diketahui bahwa 57,6% dari seluruh pengguna opiate adalah juga menggunakan benzodiazepine pada responden yang telah melakukan terapi metadon sekurang-kurangnya selama 1 tahun. Resiko overdosis pada kelompok ini lebih besar mengingat sulit diketahuinya kadar kemurnian zat yang digunakan dan hubungannya dengan pemakaian metadon.

Tabel 5.11. Distribusi karakteristik pemakaian Opiat dan Benzodiazepin dengan perilaku melewati dosis harian metadon di satelit PTRM DKI Jakarta tahun 2009 (n=211)

Mangkir	Opiat & Benzo (+)	Opiat & Benzo (-)	Jml
(+)	21 (51%)	20 (49%)	41 (19,4)
(-)	70 (41%)	100 (59%)	170 (80,6)
Jumlah	91 (43%)	120 (57%)	211

Terlihat bahwa masih ada sejumlah pasien (91 orang) yang masih menggunakan opiate dan benzodiazepine, dan bahkan 70 orang diantaranya adalah mereka yang selalu mengambil dosis harian metadonnya.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan statistik antara variabel independen dan variabel kepatuhan terapi rumatan metadon sebagai variabel dependen.

Tabel 5.12. Hasil uji bivariat variabel independen dengan perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009

No	Variabel	Patuh		Tdk Patuh		Total		p-value	OR	95% CI
		n	%	n	%	n	%			
1	Status Pernikahan	50	47,6	55	52,4	105	100	0,948.	1.018	0,593-1.748
	Menikah	50	47,2	56	52,8	106	100			
2	Tk.Pendidikan	83	50	83	50	166	100	0,145	1,647	0,839-3,235
	Tinggi	17	37,8	28	62,2	45	100			
3	Pengetahuan	51	50,5	50	49,5	101	100	0,387	1,270	0,739-2,183
	Baik	49	44,5	61	55,5	110	100			
4	Persepsi Ancaman	60	46,5	69	53,5	129	100	0,748	0,913	0,525-1,589
	Baik	40	48,8	42	51,2	82	100			
5	Motivasi	69	48,9	72	51,1	141	100	0,524	1,206	0,678-2,144
	Baik	31	44,3	39	55,7	70	100			
6	Status Penyakit	26	44,1	33	55,9	59	100	0,547	1,204	0,658-2,204
	Infeksi	74	48,7	78	51,3	152	100			
7	Lama Terapi	67	57,8	49	42,2	116	100	0,001	2,569	1,467-4,499
	> 24 bulan	33	34,7	62	65,3	95	100			
8	Dosis Terapi	47	44,3	59	55,7	106	100	0,372	1,279	0,745-2,199
	Rumatan	53	50,5	52	49,5	105	100			
9	Mutu Pelayanan	47	43,9	60	56,1	107	100	0,306	0,754	0,438-1,296
	Baik	53	51,0	51	49,0	104	100			
10	Dukungan Keluarga	60	47,2	67	52,8	127	100	0,957	0,985	0,567-1,711
	Baik	40	47,6	44	52,4	84	100			

Uji statistik yang digunakan adalah uji kaid kuadrat untuk variabel katagorik dan T-Test untuk variabel numerik. Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon dengan uji statistik chi square diperoleh nilai $p = 0,948$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi perilaku kepatuhan terapi yang bermakna antara responden yang menikah dengan yang tidak menikah. Demikian pula halnya dengan variabel tingkat pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, motivasi, status penyakit infeksi, dosis terapi, mutu pelayanan, dan dukungan keluarga yang mempunyai nilai $p > 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi perilaku kepatuhan terapi yang bermakna dalam klasifikasi variabel-variabel tersebut, Hasil uji statistik chi square yang menunjukkan nilai $p < 0,05$ hanya terdapat pada variabel lama terapi (nilai $p = 0,001$) sehingga disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi perilaku kepatuhan terapi antara responden yang melakukan terapi sekurang-kurangnya 2 tahun dan yang melakukan terapi lebih dari 2 tahun

Tabel 5.13. Distribusi rata-rata lama pemakaian NAPZA menurut perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009. (n= 211)

Kepatuhan Terapi	Mean	SD	SE	P value	N
Patuh	8,04	3,481	0,348	0,156	100
Tidak patuh	7,36	3,437	0,326		111

Hasil uji statistik variabel lama pemakaian NAPZA terhadap kepatuhan terapi metadon didapatkan nilai $p = 0,156$, berarti pada alpha 5% tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama pemakaian NAPZA antara responden yang patuh dan tidak patuh.

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariate dalam penelitian ini dilakukan untuk mengestimasi secara valid kekuatan hubungan antara variabel terikat (kepatuhan terapi) dengan

variabel bebas (status pernikahan, tingkat pendidikan, pengetahuan, persepsi ancaman, status penyakit infeksi, lama terapi, lama pakai NAPZA, dosis terapi, dan mutu pelayanan)

Analisis multivariate dengan menggunakan regresi logistik dilakukan hanya pada variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ pada hasil analisa bivariat, yakni variabel tingkat pendidikan, lama terapi, dan lama pemakaian NAPZA. Variabel pengetahuan, dosis metadon, serta mutu layanan adalah variabel lainnya yang dimasukkan dalam pemodelan multivariate karena secara substansi dirasakan perlu dan berpengaruh dalam perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon.

Tabel 5.14. Kandidat variabel yang akan diikutsertakan pada analisis multivariat.

Variabel	P value
Lama Terapi	0,001
Tingkat Pendidikan	0,145
Lama Pemakaian NAPZA	0,156
Mutu Layanan	0,306
Dosis terapi	0,372
Pengetahuan	0,387

Dari 5 variabel kandidat ini dilakukan analisis model prediksi dengan cara *backward elimination* dimana variabel yang nilai p nya tinggi dikeluarkan dari uji berikutnya. Setelah dilakukan analisis regresi logistic maka diperoleh nilai p dan OR sebagai berikut :

Tabel 5.15. Pemodelan lengkap analisis multivariate untuk kepatuhan terapi pasien rumatan metadon di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2009.

No	Variabel	P value	OR
1	Lama Terapi	0,002	2.5
2	Lama Pakai NAPZA	0,286	0.727
3	Pendidikan	0,308	1.467
4	Mutu Layanan	0,586	0.854
5	Pengetahuan	0,703	1.129
6	Dosis terapi	0,927	1.028

Dari hasil analisis terdapat 5 variabel yang nilai p nya $> 0,05$, yaitu variabel lama pakai NAPZA, pendidikan, mutu layanan, dosis terapi, dan pengetahuan, sehingga pemodelan selanjutnya adalah mengeluarkan variabel mulai dari yang nilai p nya tertinggi yaitu dosis terapi. Perubahan nilai OR dari variabel yang tersisa adalah sebagai berikut :

Tabel 5.16. Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi , lama pemakaian NAPZA , tingkat pendidikan, mutu pelayanan, dan pengetahuan.

No	Variabel	OR (+Dosis)	OR (-Dosis)	Perubahan OR
1	Lama Terapi	2.5	2.51	0.4
2	Lama Pakai NAPZA	0.727	0.727	0
3	Pendidikan	1.467	1.467	0.69
4	Mutu Layanan	0.854	0.854	0
5	Pengetahuan	1.129	1.129	0.44
6	Dosis terapi	1.028		

Hasil perbandingan OR diperoleh bahwa tidak ada variable yang perubahannya $> 10\%$ sehingga variabel dosis terapi dikeluarkan secara permanen dari model. Selanjutnya variable yang p value nya terbesar adalah variable pengetahuan yang selanjutnya dicoba dikeluarkan dari model, hasilnya adalah :

Tabel 5.17. Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi , lama pemakaian NAPZA , tingkat pendidikan dan mutu pelayanan.

No	Variabel	OR (+Pengetahuan)	OR (-Pengetahuan)	Perubahan OR
1	Lama Terapi	2.5	2.493	0.28
2	Lama Pakai NAPZA	0.727	0.705	3.03
3	Pendidikan	1.467	1.501	3.02
4	Mutu Layanan	0.854	0.846	0.94
5	Pengetahuan	1.129		

Hasil perbandingan OR diperoleh bahwa tidak ada variable yang perubahannya > 10% sehingga variabel pengetahuan dikeluarkan secara permanen dari model. Selanjutnya berturut-turut variable yang p value > 0,05 lainnya adalah variable mutu layanan, pendidikan, dan lama pemakaian NAPZA, sehingga dikeluarkan satu per satu dari model, dan hasilnya adalah :

Tabel 5.18. Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi, lama pemakaian NAPZA, dan tingkat pendidikan.

No	Variabel	OR (+mutu)	OR (- mutu)	Perubahan OR
1	Lama Terapi	2.5	2.537	1.48
2	Lama Pakai NAPZA	0.727	0.694	4.54
3	Pendidikan	1.467	1.491	2.33
4	Mutu Layanan	0.854		

Tabel 5.19. Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi dan lama pemakaian NAPZA.

No	Variabel	OR (+pendidikan)	OR (-pendidikan)	Perubahan OR
1	Lama Terapi	2.5	2.57	2.8
2	Lama Pakai NAPZA	0.727	0.667	8.25
3	Pendidikan	1.467		

Tabel 5.20. Perubahan nilai OR untuk variabel lama terapi

No	Variabel	OR (+Lama Pakai)	OR (- Lama Pakai)	Perubahan OR
1	Lama Terapi	2.5	2.569	2.76
2	Lama Pakai NAPZA	0.727		

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step	LmTrp2(1	.943	.286	10.887	1	.001	2.569	1.467	4.499
1	Constant	-.631	.215	8.565	1	.003	.532		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2.

Variabel terakhir yang tetap dalam pemodelan regresi adalah variabel lama terapi,

dengan nilai eksponensial $\beta = 2,569$. artinya bahwa orang yang bertahan lama dalam terapi (> 24 bulan) akan cenderung 2.569 kali lebih patuh jika dibandingkan dengan orang yang bertahan dalam terapi ≤ 24 bulan Persamaan regresi logistiknya adalah:

$$P(X) = \frac{e^{(-0,631 + 0,943 * \text{lama terapi})}}{1 + e^{(-0,631 + 0,943 * \text{lama terapi})}}$$



BAB VI PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

1) Variabel Penelitian

Penelitian ini bertujuan ingin mengetahui faktor-faktor yang diprediksi dapat mempengaruhi kepatuhan terapi rumatan metadon. Walaupun masih banyak faktor lain yang berpengaruh terhadap terapi rumatan metadon, tetapi faktor pernikahan, pendidikan, pengetahuan, penyakit infeksi, motivasi, dosis terapi, mutu layanan PTRM, dan dukungan keluarga yang termasuk dalam faktor individu, faktor resiko zat, dan faktor lingkungan merupakan beberapa faktor yang dapat dikendalikan dalam perbaikan kualitas terapi selanjutnya.

2) Sampel Penelitian

Subyek penelitian adalah semua pasien terapi rumatan metadon yang telah melakukan terapi sekurang-kurangnya selama 1 tahun. Pengambilan sampel dilakukan secara acak pada saat pengambilan data, sehingga hanya terbatas pada pasien yang hadir pada saat itu. Pasien lain yang masuk dalam katagori sampel tetapi tidak bersedia diwawancara atau tidak datang karena mangkir dan THD (*take home dose*) tidak dapat dijadikan sampel penelitian

3) Kualitas Data

Responden adalah pasien ketergantungan NAPZA yang diduga mempunyai banyak kendala secara fisik, psikologis, dan perilaku. Kendala tersebut memungkinkan mereka tidak dapat berkonsentrasi untuk mengisi daftar pertanyaan yang diajukan, atau mengisi dengan tidak sungguh-sungguh sehingga bias pengukuran tidak dapat dihindari. Peran pewawancara yang telah terlatih dan biasa bekerja dalam bidang penanganan pasien ketergantungan NAPZA sangat membantu dalam pendekatan untuk menarik kepercayaan responden sehingga

mereka menjadi terbuka, dan lebih cepat mengerti melalui bahasa yang biasa mereka gunakan sehari-hari yang juga dipakai oleh pewawancara untuk mengarahkan maksud serta arti dari pertanyaan yang diajukan.

6.2. Kekuatan Penelitian

1) Sampel Penelitian

Sampel penelitian yang diambil dari 8 Puskesmas satelit PTRM yang ada di setiap wilayah kota administrasi diharapkan dapat mewakili populasi pasien PTRM di DKI Jakarta yang beragam pada karakteristik mutu layanan yang berbeda .

2) Analisis Data

Analisis dilakukan secara sistematis dan bertahap, dimulai dari tahap deskriptif secara univariat, diteruskan dengan mencari hubungan secara analitik dengan menggunakan analisis bivariat dan multivariat.

6.3. Analisis Hasil Penelitian

1) Kepatuhan Terapi Rumatan Metadon

Kepatuhan terapi dalam penelitian ini diukur dari ketidakhadiran pasien yang mencerminkan adanya dosis harian metadon yang terlewat, serta dari adanya kandungan NAPZA (morfin dan benzodiazepine) dalam urin yang mencerminkan penggunaannya sebelum dilakukan penelitian.

Efek kerja metadon dalam tubuh yang berkisar antara 24 sampai dengan 36 jam menyebabkan pasien harus selalu mendapatkan dosis metadonnya setiap hari, karena bila hal itu tidak dilakukan maka sebelum hari kedua (48 jam berikutnya) efek metadon akan berkurang sehingga dapat mengakibatkan adanya gejala putus obat (*withdrawal syndrome*). Oleh karena itu adanya hari dimana pasien tidak mengambil dosis metadon merupakan indikasi ketidak patuhannya

dalam melakukan terapi yang memungkinkannya untuk menggunakan NAPZA lain untuk mengurangi gejala putus zat tersebut.

Jumlah responden yang melewati dosis metadon hariannya dalam jangka waktu 1 minggu sebelum dilakukan penelitian adalah sebanyak 41 orang (19,4 %). Dari jumlah tersebut, 21 orang (51,2%) terbukti menggunakan NAPZA lain.

Responden yang terbukti masih menggunakan NAPZA lain berupa morfin dan benzodiazepine adalah sebanyak 91 orang (43,13%), dan itu dilakukan baik oleh responden yang pernah melewati dosis hariannya maupun yang selalu patuh mengambil dosis harian metadonnya. Hal ini menjadi peringatan bagi petugas bahwa pasien yang selalu patuh mengambil dosis hariannya tetap harus diwaspadai dalam penggunaan zat ilegal lainnya. Pemeriksaan urin sewaktu harus selalu dilakukan secara berkala bahkan untuk pasien yang diduga patuh sekalipun.

Secara keseluruhan lebih dari separuh pasien (52,6%) yang melakukan terapi rumatan metadon adalah tidak patuh baik dalam perilaku melewati dosis hariannya maupun dalam perilaku penggunaan NAPZA lainnya (Tabel 5.7). Perilaku kepatuhan tersebut lebih buruk dari laporan hasil penelitian lain di Kanada dimana kepatuhan terhadap terapi metadon berkisar 85% yang disebabkan karena penyalahgunaan obat-obatan yang berkelanjutan (Raffa JD, et al. 2007).

Kesuksesan perawatan adiksi ketergantungan opioid memang tidak bisa diharapkan 100 % . Prosentase median taraf kesuksesannya berkisar antara 50%. Keberhasilan program menjadi sulit diukur bila tidak ada target capaian dan sangsi yang benar-benar diterapkan pada penyalahguna NAPZA yang cenderung tidak mampu mengendalikan diri. Tetapi upaya kearah itu harus dilakukan secara terus menerus melalui pelaksanaan program terapi yang lebih baik yang dilakukan secara komprehensif dengan berbagai layanan penunjang. Monitoring kepatuhan pasien melalui pendekatan individu dan keluarga (seperti *home visite*) dapat diupayakan melalui kerjasama dengan pengelola program sektor terkait seperti Dirjen Binkessos ataupun jaringan LSM lainnya.

2) Status Pernikahan

Hampir separuh dari responden berstatus menikah (49,76%) dan separuh dari yang menikah tersebut adalah mereka yang juga tidak patuh (52,4%) dalam terapi metadon. Seseorang yang menikah cenderung untuk mempunyai niat, peran dan tanggung jawab dalam kehidupan keluarga. Suami/ istri sebagai keluarga terdekat mempunyai peran sosial dalam mendukung proses perbaikan terapi. Dukungan tersebut bisa dalam bentuk perilaku mengingatkan pasangan untuk selalu mengingatkan/ mengantar terapi, datang ke tempat layanan bila perlu membawa dosis THD, atau kegiatan yang mendukung lainnya.

Pada kenyataannya karakteristik status pernikahan dalam penelitian ini tidak mencerminkan hubungan tersebut. Hasil analisa statistik diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara proporsi antara variabel status pernikahan dan variabel perilaku kepatuhan terapi. Hasil penelitian ini lebih rendah dari yang dilaporkan oleh Salsitz, et all (2000) dimana 68% pasien yang teratur minum adalah mereka yang menikah.

3) Tingkat Pendidikan

Sebagian besar responden penelitian (78,67%) mempunyai pendidikan tinggi (SMA 58,29% dan Akademi/ Perguruan Tinggi 20,38%). Semakin tinggi pendidikan diharapkan dapat menjadikan seseorang menjadi lebih matang dalam mempertimbangkan perilaku yang terbaik bagi kehidupannya.

Dari hasil penelitian ditemukan bahwa tidak ada perbedaan jumlah prosentase pada responden yang berpendidikan tinggi dalam berperilaku patuh terhadap terapi rumatan metadon (Tabel 5.2). Sementara pada responden yang mempunyai pendidikan rendah ditemukan perilaku tidak patuh sebesar 62,2%. Hasil analisa statistis yang menghasilkan tidak adanya hubungan yang bermakna dari variabel tingkat pendidikan terhadap perilaku kepatuhan terapi, berarti secara proporsi tidak ada perbedaan pada responden baik yang berpendidikan tinggi maupun rendah dalam berperilaku patuh terhadap terapi metadon. Keadaan tersebut bisa dijadikan salah satu realita yang membenarkan pendapat Hawkin et

al (1986) bahwa kegagalan akademik dan kurangnya komitmen ke sekolah merupakan faktor resiko untuk penyalahgunaan zat pada remaja

4) Pengetahuan tentang Terapi Rumatan Metadon

Rentang nilai pengetahuan tentang terapi rumatan metadon yang terdistribusi normal bervariasi antara 5 sampai 34 dengan rata-rata nilai mencapai 17,36 (Tabel 5.4). Lebih dari 93% responden mengaku pernah mendapat informasi tentang terapi metadon dan lebih dari 96% responden menjawab bahwa untuk mendapatkan efek terapinya mereka harus minum dosis metadon setiap hari, tetapi ternyata yang patuh minum dosis metadon hanya sekitar 80% saja.

Hasil analisa statistik hubungan antara variabel pengetahuan dengan perilaku kepatuhan terapi, tidak bermakna dengan nilai $p=0,387$. Pengetahuan yang baik pada pecandu narkoba tidak mencerminkan perilaku sehat yang dilakukannya, hal itu berbeda dengan penelitian pada umumnya seperti yang dikemukakan oleh John P. Elder (1994), bahwa untuk berperilaku sehat diperlukan tiga hal yaitu : pengetahuan yang tepat, motivasi, dan keterampilan untuk berperilaku sehat. Faktor adiksi dari penggunaan NAPZA yang berkepanjangan memungkinkan responden pecandu NAPZA untuk bertindak diluar nalar yang sehat, dalam arti bahwa meskipun mereka tahu akan bahaya pemakaian NAPZA namun mereka tetap menggunakannya karena tidak dapat menahan rasa *suggest* yang timbul. Pemakaian NAPZA yang mempunyai efek halusinogen juga menjadi salah satu penyebab kekacauan persepsi dan pola pikir penggunaanya.

Upaya perbaikan/ peningkatan pengetahuan melalui kegiatan-kegiatan informal melalui pembentukan kelompok-kelompok (*peer gruoup*) dalam jumlah kecil dapat menjadi ajang pembinaan dan promosi kesehatan untuk peningkatan kualitas hidup penasun.

5) Persepsi Ancaman Penyakit

Penggunaan heroin yang berulang menyebabkan adanya perubahan struktur syaraf pusat yang permanen sehingga kemampuan berpikir pecandu napza

berat akan terganggu. Sensitivitas untuk merasakan kerentanan terhadap ancaman penyakit yang timbul karena tidak patuh menjalankan terapi rumatan metadon menjadi berkurang.

Hasil penelitian kepatuhan terapi metadon pada nilai median 2 (SD 1,99) menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna secara statistik pada variabel persepsi ancaman terhadap penyakit dengan perilaku kepatuhan terapi. Sebanyak 53,5% dan 51,2 % dari mereka yang mempunyai persepsi yang baik dan kurang baik terhadap ancaman penyakit karena tidak patuh terhadap terapi metadon, ternyata masih menggunakan napza lain dan atau melewati dosis harian metadonnya (Tabel 5.12). Hal ini mungkin karena rendahnya pengetahuan responden tentang penyakit dan hal lainnya yang berhubungan dengan terapi metadon karena merasa bahwa saat ini mereka tidak mengidap penyakit apapun. Untuk itu perlu diberikan konseling tentang penyakit-penyakit yang mungkin timbul akibat ketidakpatuhannya dalam melakukan terapi metadon.

6) Motivasi

Pelaksanaan terapi yang berkepanjangan seperti rumatan metadon membutuhkan niat dan motivasi yang kuat agar dapat diperoleh suatu hasil terapi yang diharapkan. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa rata-rata nilai motivasi berada pada poin 9,55 dengan rentang nilai minimum 1 dan maksimum 20, lebih dari 66% responden (140 orang) mempunyai motivasi yang baik dalam terapi tetapi hanya 69 orang saja diantaranya (48,9%) yang patuh dalam melaksanakan terapi, sedangkan sisanya (53,5%) mempunyai motivasi yang baik tapi tidak sesuai dengan perilaku kepatuhan terapinya yang tidak baik. Sebagian besar dari responden menyatakan mempunyai keinginan yang kuat dan yakin akan bisa terlepas dari kecanduannya tetapi sementara itu mereka sampai saat ini masih menyalahgunakan NAPZA lain, dan bahkan tidak punya target waktu yang ingin dicapai untuk bebas NAPZA. Oleh karenanya hasil analisa statistik menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna secara proporsional antara motivasi dengan perilaku kepatuhan terapi metadon. Hal tersebut membenarkan pernyataan yang dikemukakan oleh DiClemente et al,2004 dalam Sarasvita,2008 bahwa pada

umumnya pasien yang melakukan terapi pengobatan ketergantungan seringkali tidak dilandasi dengan motivasi yang jelas, bahkan mereka tidak terlalu pasti dengan apa yang diinginkannya dari program.

Dukungan petugas sangat dibutuhkan untuk meningkatkan motivasi penyalahguna NAPZA yang cenderung labil. Konseling secara teratur dengan individu dan keluarga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan tanggung jawab akan perbaikan kualitas hidup mereka, yang pada umumnya merasa sebagai kelompok marjinal yang tersisih.

Perlu diupayakan konseling untuk meningkatkan motivasi dan pemantauan kepatuhan pasien secara lebih tegas. Adanya target pasien untuk abstinen pada awal terapi merupakan tolok ukur yang dapat dijadikan criteria keberhasilan program .

7) Status Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi pada penyalahguna NAPZA suntik yang beresiko menyebabkan kematian rupanya tidak menyurutkan penggunaannya untuk tetap memakai NAPZA. Dari 59 orang responden yang menyatakan bahwa dirinya mempunyai riwayat penyakit TBC dan atau Hepatitis dalam 1 tahun terakhir ternyata lebih dari separuhnya (55,9%) adalah mereka yang tidak patuh mengikuti terapi rumatan metadonnya. Hasil analisis dengan uji statistic chi square disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi perilaku kepatuhan terapi antara responden yang mempunyai riwayat penyakit infeksi dan yang tidak mempunyai penyakit infeksi. Berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Muttaqin (2006) bahwa status Hepatitis cenderung mengalami relaps atau kembali menggunakan napza 4 kali lebih besar.

Riwayat penyakit TBC dan atau Hepatitis responden pada kelompok yang tidak terinfeksi pada umumnya adalah karena ketidaktahuannya apakah mereka terinfeksi atau tidak, karena tidak pernah dilakukan pemeriksaan sebelumnya. Mengingat pentingnya pengobatan khususnya terhadap kedua penyakit infeksi ini maka harus diupayakan pemeriksaan secara laboratoris pada semua peserta terapi

metadon secara berkala untuk mengurangi dampak lebih lanjut dari penyakit tersebut.

8) Lama Pemakaian Napza

Lamanya pemakaian NAPZA yang diduga sebagai prediktor perilaku kepatuhan dalam terapi rumatan metadon ternyata tidak mempunyai hubungan statistik yang bermakna dalam penelitian ini. Berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Muttaqin (2006) bahwa lama pemakaian napza > 5 tahun cenderung mengalami relaps atau kembali menggunakan napza 2,5 kali lebih besar. Pemakaian NAPZA yang lebih lama dapat menyebabkan rusaknya saraf otak secara permanen, sehingga kemampuan berpikirnya berkurang. Pemakaian NAPZA dalam waktu lama juga menjadikan tingkat toleransi terhadap NAPZA meningkat sehingga sangat sulit untuk lepas dari ketergantungan / adiksi.

9) Lama Terapi

Lamanya responden dalam melaksanakan terapi rumatan metadon, seperti halnya dengan beberapa penelitian lain (Simpson,1981, 2004; Darke.et al,2005, dalam Sarasvita,2008; Ward et al, 1998, dalam Santo Canada,2002) menunjukkan hasil yang signifikan atau bermakna secara statistik dengan uji chi square terhadap kepatuhan terapi rumatan metadon. Hasil pemodelan multivariat menunjukkan hasil bahwa variabel lama terapi adalah satu-satunya variabel yang terbaik untuk memprediksi kejadian kepatuhan terapi pasien rumatan metadon. Responden yang menjalani terapi selama ≥ 24 bulan cenderung untuk lebih patuh sebesar 2,5 kali dibandingkan responden yang menjalani terapi < 24 bulan. Oleh karenanya upaya untuk mempertahankan pasien agar tetap menjalankan terapinya selama minimal 2 tahun harus tetap diupayakan melalui pendekatan personal dengan cara konseling, pembinaan peer groups, ataupun dengan dengan cara pembinaan terhadap keluarga pasien untuk lebih memberikan dukungan terhadap keberhasilan program.

10) Dosis Terapi

Terapi rumatan metadon dapat merubah perilaku beresiko penderita ketergantungan dalam mengurangi kecenderungan penggunaan heroin jika dosis stabil telah dicapai (Ball and Ross, 1991; Mattick et al., 2003; Joseh et al., 2000; Preston et al., 2000; Lowinson et al., 1997, Utami et al., 2005, dalam Sarasvita, 2008). Hal itu pula yang menjadi dasar pemikiran kriteria pemilihan sampel yang sudah melakukan terapi minimal selama 1 tahun dengan harapan bahwa dosis metadon yang diterima oleh pasien sudah melewati dosis stabilisasi dan mencapai fase rumatan atau dalam masa penurunan dosis terencana. Pada kenyataannya banyak pasien yang sering melewati dosis harian lebih dari 3 hari sehingga sesuai dengan aturan terapi maka dosis metadon mereka harus dikurangi, atau bahkan kembali seperti dosis awal bila pasien tidak datang selama lima hari berturut-turut. Pada beberapa kasus ditemukan pasien yang dosis hariannya tidak berubah selama lebih dari 1 tahun atau 2 tahun. Kenaikan atau penurunan dosis metadon diberikan atas permintaan pasien dengan pemantauan tenaga medis untuk menghindari terjadinya overdosis dan gejala putus zat lainnya. Kesiapan pasien secara fisik dan mental diukur oleh pasien sendiri untuk melakukan penurunan dosis secara terencana. Petugas hanya dapat memberikan motivasi dan membantu menjaga kondisi fisik dengan memberikan pelayanan kesehatan dasar.

Dari hasil penelitian diperoleh data 106 orang pasien (50,2%) yang masuk dalam katagori rumatan dan 105 responden (49,76%) yang sedang menjalankan penurunan dosis secara bertahap. Perilaku tidak patuh pada kedua kelompok pemberian dosis tidak menunjukkan perbedaan proporsi yang bermakna. Dalam penelitian ini tidak ditemukan kecenderungan pengurangan penggunaan NAPZA illegal. Perlu dilakukan konseling untuk mengetahui secara lebih dalam khususnya pada pasien yang sudah dianggap mampu secara fisik dan psikhis tetapi tidak mau melakukan penurunan dosis terencana. Motivasi untuk sembuh dari ketergantungan sebagian pasien masih labil, oleh karena itu kecurigaan bahwa perilaku pasien untuk tetap mempertahankan dosis metadonnya yang lebih murah dalam batas tertentu agar dapat dicampur dengan pemakaian harus dapat dibuktikan.

11) Mutu Layanan

Rentang skor nilai yang disediakan antara 1 sampai dengan 10 untuk setiap pertanyaan yang berhubungan dengan 5 dimensi mutu layanan memberikan keleluasaan pasien untuk memberikan penilaiannya terhadap pelayanan terapi rumatan metadon di masing-masing puskesmas satelit PTRM. Penilaian pasien yang sangat bervariasi menunjukkan nilai yang tidak terdistribusi normal sehingga digunakan nilai median untuk mengelompokkannya dalam kategori baik dan kurang. Nilai minimum 20 dan maksimum 240 untuk 24 pertanyaan seputar mutu layanan memperlihatkan adanya responden yang memberikan nilai minimalis pada hampir semua aspek mutu layanan (Tabel. 5.3). Hasil penilaian yang lebih rinci pada setiap dimensi mutu layanan juga berkisar pada nilai median antara 24 sampai dengan 33 (Tabel 5.5). Hal itu dimungkinkan karena pasien masih merasakan adanya stigma dari pemberi layanan yang mengkatagorikan mereka sebagai pelaku kriminal dan bukan sebagai korban akibat kecanduan zat yang perlu dilayani sama halnya dengan pasien yang lain.

Hasil penelitian diperoleh bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara proporsional antara variabel kepatuhan terapi dengan mutu layanan kesehatan yang diberikan di klinik PTRM. Sebanyak 56,1 % responden yang merasa mendapat mutu pelayanan yang baik masih berperilaku tidak patuh, sementara 49% responden yang merasakan mutu layanan yang kurang ternyata juga masih berperilaku tidak patuh dalam terapi rumatan metadon.

Hasil penelitian ini sangat berbeda dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Farida (2005) yang menunjukkan kepuasan terapi dan rehabilitasi pada penyalahguna narkoba pada nilai 91,32%. Keterbatasan dukungan sarana, waktu layanan dan tenaga pelaksana baik dari segi jumlah maupun kualitas pada satelit PTRM di tingkat Puskesmas diprediksi menjadi latar belakang kurangnya kepuasan pelanggan seperti yang dikemukakan oleh Mc.Lellan et al (1993) dan Vanichseni et al (1991) dalam hasil penelitiannya bahwa terapi metadon yang didukung dengan komponen layanan yang komprehensif (dengan layanan pendukung konseling, psikiater, dan layanan pekerjaan) memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan layanan metadon standar (dengan konseling) dan

layanan minimalis yang hanya dengan pemberian dosing metadon (Gibson.et al,1993) seperti yang ada di Puskesmas.

Nilai median yang rendah terhadap mutu pelayanan, mencerminkan kepuasan pelanggan yang juga minimalis. Peningkatan kepuasan pelanggan secara keseluruhan terhadap 5 dimensi pengukuran mutu layanan sangat dibutuhkan untuk lebih meningkatkan kepatuhan pasien dalam melaksanakan terapinya. Pelatihan yang perlu dilakukan tidak hanya tentang pemberian dosing metadon saja tetapi petugas juga perlu dibekali dengan pengetahuan untuk dapat memberikan konseling untuk memotivasi perilaku pasien menjadi lebih baik. Peningkatan layanan puskesmas yang minimalis perlu ditingkatkan dengan dukungan layanan yang komprehensif yang ditunjang dengan sarana dan prasarana yang memadai.

12) Dukungan Keluarga

Dari 211 responden yang diteliti, 127 orang responden (60%) memiliki keluarga yang mendukung keberhasilan terapi rumatan metadon. Responden yang memiliki dukungan keluarga baik tersebut yang berperilaku tidak patuh adalah sebanyak 67 orang (52,8%), sementara dari responden yang kurang mempunyai dukungan keluarga yang berperilaku tidak patuh juga mendekati nilai yang sama (52,4%). Rendahnya perbedaan proporsi berperilaku patuh dan tidak patuh diantara responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik dan kurang baik menghasilkan analisa secara statistic yang tidak bermakna.

Dalam menghadapi penderita dengan kecanduan obat-obatan memang mudah untuk diucapkan, tetapi sangat sulit untuk dilakukan karena memerlukan pengorbanan secara fisik dan psikis. Keluarga sebagai orang terdekat yang awam terhadap masalah penanggulangan kecanduan NAPZA dituntut untuk belajar mengerti dan bertahan dalam menghadapi gangguan mental dan stabilitas emosi terganggu yang mungkin terjadi pada anggota keluarga pecandu NAPZA tersebut. Penguatan mental dan pemberian pengetahuan untuk keluarga pasien perlu difasilitasi oleh penyelenggara layanan pengobatan. Program serupa sudah

dilaksanakan di beberapa Puskesmas satelit PTRM dengan fasilitas dan intensitas yang terbatas, hanya saja partisipasi dari keluarga responden masih sangat rendah.



BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Studi ini merupakan analisis data primer dan data sekunder dari penelitian yang dilaksanakan di tahun 2009 pada subyek yang sedang menjalani program terapi rumatan metadon di 8 Puskesmas Kecamatan wilayah DKI Jakarta. Besar sampel yang dianalisis ada 211 orang. Dari temuan studi ini dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Persentase kepatuhan terapi pasien rumatan metadon yang telah menjalani terapi selama minimal 1 tahun adalah sebesar 47,4%, sedangkan proporsi ketidak patuhannya adalah sebesar 52,6% . Kepatuhan terapi pasien rumatan metadon tersebut diukur dari ada/ tidak adanya dosis metadon yang terlewat. Jumlah responden yang melewatkan dosis metadon hariannya dalam jangka waktu 1 minggu sebelum dilakukan penelitian adalah sebanyak 41 orang (19,4 %). Dari jumlah tersebut, 21 orang (51,2%) terbukti menggunakan NAPZA lain. Responden yang terbukti masih menggunakan NAPZA lain berupa morfin dan benzodiazepine adalah sebanyak 91 orang (43,13%), dan itu dilakukan baik oleh responden yang pernah melewatkan dosis hariannya maupun yang selalu patuh mengambil dosis harian metadonnya. Ini mencerminkan bahwa kontinuitas pengambilan dosis metadon harian tidak dapat dijadikan jaminan bahwa pasien juga tidak menggunakan NAPZA ilegal lainnya.
2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara proporsional pada variabel status pernikahan, tingkat pendidikan, status penyakit, dosis terapi, lama pemakaian NAPZA, pengetahuan, persepsi ancaman penyakit, motivasi, mutu layanan, dan dukungan keluarga yang diprediksikan berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan terapi rumatan metadon. Hal tersebut diperkirakan karena pengaruh pemakaian NAPZA yang berakibat menurunnya *self-esteem*, stabilitas kognitif dan emosional pada pecandu.
3. Lamanya responden dalam melaksanakan terapi rumatan metadon menunjukkan hasil yang signifikan atau bermakna secara statistik dengan uji

chi square terhadap kepatuhan terapi rumatan metadon. Hasil pemodelan multivariat menunjukkan hasil bahwa variabel lama terapi adalah satu-satunya variabel yang tepat untuk memprediksi kejadian kepatuhan terapi pasien rumatan metadon. Responden yang menjalani terapi selama > 24 bulan cenderung untuk lebih patuh sebesar 2,5 kali dibandingkan responden yang menjalani terapi ≤ 24 bulan. Hal ini mencerminkan bahwa upaya mempertahankan pasien agar tetap menjalankan terapinya selama minimal 2 tahun harus menjadi prioritas program.

4. Hasil penelitian yang banyak bertentangan dengan keberhasilan penelitian rumatan metadon lain ini menjadi suatu pemikiran tersendiri bagi penulis mengenai bagaimana program percontohan tersebut dilaksanakan dan sejauh mana tingkat keberhasilannya. Diperkirakan masih terdapat faktor lain yang diprediksikan berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan terapi pasien rumatan metadon.

7.2. Saran

1. Program terapi rumatan metadon (PTRM) di satelit puskesmas yang masih sederhana dan terbatas dengan fokus pemberian dosing metadon perlu ditingkatkan kearah yang lebih komprehensif, agar dapat meningkatkan mutu layanan dan memfasilitasi kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan perbaikan pengetahuan dan motivasi responden serta peningkatan dukungan lingkungan sosial terdekat khususnya keluarga yang pada akhirnya diharapkan dapat memperbaiki tingkat kepatuhan terapi pasien rumatan metadon. Kegiatan pembinaan untuk pasien dan petugas, home visite, pembentukan peer group pasien dan keluarga sebagai ajang pembelajaran sosialisasi, interaksi dan wadah curah pendapat / berbagi pengalaman dalam menanggulangi masalah ketergantungan NAPZA. *Family peer group* dapat dibentuk dalam kelompok-kelompok yang lebih kecil sesuai dengan kemampuan dimungkinkan untuk peningkatan proporsi perilaku kepatuhan terapi. Puskesmas melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta agar dapat mengupayakan standarisasi layanan terapi

rumatan metadon menuju layanan yang komprehensif baik dari segi program, sarana maupun prasaranya yang diperlukan.

2. Dinas Kesehatan perlu melakukan upaya advokasi dan penggalangan CSR (*corporate social responsibilities*) dari perusahaan-perusahaan yang berkontribusi terhadap penyalahgunaan NAPZA, (seperti perusahaan Farmasi dan Rokok) untuk terlibat dalam kegiatan program yang dapat meningkatkan kualitas hidup penasun. Koordinasi dengan instansi terkait seperti Departemen Tenaga Kerja, Dinas Bina Kessos perlu dijajagi untuk meningkatkan keterampilan kerja penasun.
3. Perlu dilakukan *mapping programe* dan perbaikan jalinan komunikasi antara instansi kesehatan pemerintah khususnya di bidang kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah dengan pihak-pihak yang *concern* terhadap penanggulangan masalah *harm reduction* sehingga terjalin jejaring yang lebih erat dan komunikatif dalam pelaksanaan program penanganan masalah penanggulangan dampak buruk NAPZA dan HIV/AIDS.
4. Saran untuk penelitian lanjutan berupa :
 - a) Penyempurnaan studi melalui metode dan rancangan penelitian yang lebih paripurna untuk dapat melihat penyebab ketidak patuhan pasien rumatan metadon dengan menambahkan beberapa aspek seperti akses layanan, aspek psikologik dan aspek social.
 - b) Dilakukannya penelitian kualitatif untuk menggali dan mengkaji secara lebih mendalam hal-hal yang berpengaruh terhadap kepatuhan terapi rumatan metadon agar diperoleh hasil terapi yang lebih baik dari segi kualitas dan efektifitas layanan terapi.
 - c) Dilakukannya penelitian formula metadon yang lebih baik agar dapat bertahan lebih lama di dalam tubuh sehingga lebih memudahkan pasien untuk beraktivitas dan tidak harus datang setiap hari ke tempat layanan PTRM.

DAFTAR REFERENSI

- Ametembun, Maria T,SH, 2003, *Model-Model Tritmen Untuk Kecanduan Narkoba*, Drug Prevention and Treatment Program, Dept. Mental Health, John Hopkins University, maryland (Humphrey Fellow).
- Ariawan, Iwan, 1998, *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Badan Narkotika Nasional (BNN) 2007. *Kumpulan hasil-hasil penelitian dan peredaran gelap narkoba di Indonesia tahun 2003-2006*. Puslitbang dan Info Lakhar BNN.
- Breslin, Kathy T, Ed.S; Malone, Sandra, Ph.D.,R.N, 2006, *Maintaining the Viability and Safety of the Methadone Maintenance Treatment Program*, Journal of Psychoactive Drugs Vol.38 (2) Juni 2006.
- Ciupagea, Monica Dr, HIV/AIDS Unit UNODC, 2008, *Scaling-Up Methadone Maintenance Therapy Around The World*. Konas PTRM, Bandung 24-26 Maret 2008
- Condelli WS, Dunteman GH, 1993, *Exposure to Methadone Programs and Heroin Use*, American Journal Drug Alcohol Abuse 1993, 19: 65-78.
- Damayanti, Rita, Dra,MSPH, 2005, *Motivasi dalam Promosi Kesehatan*, dalam : *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*, Notoatmodjo, Rineka Cipta,2005
- Darmono, 2006, *Toksikologi Narkoba dan Alkohol, Pengaruh Neorotoksisitasnya pada Saraf Otak*, Penerbit Universitas Indonesia (UI Press), 2006
- Departemen Kesehatan RI, 2001, *Informasi Penanggulangan NAPZA Secara Terpadu (Pedoman Bagi Keluarga)*. Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- _____, 2006. *Pedoman Nasional Program Terapi Rumatan Metadon, Standard Operational Procedure*.
- _____, 2008, Direktur Bina Kesehatan Jiwa, *Peningkatan Mutu Layanan PTRM Dengan Pencapaian Target Perubahan Perilaku*, disampaikan dalam Konas PTRM, Bandung, Maret 2008
- DeMaria PA Jr, Sterling R, Weinstein SP, 2000, *The effect of stimulant and sedative use on treatment outcome of patients admitted to methadone maintenance treatment*, American Journal Addict, 2000 Spring; 9(2): 145-53

- Düsing, Rainer, Katja Lottermoser and Thomas Mengden, 2001, *Compliance with drug therapy- new answer to an old question*. Medizinische Universitäts-Poliklinik, Bonn, Germany.
- Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI), 2000. *Konsensus FKUI tentang Opiat, Masalah Medis dan Penatalaksanaannya*. Panitia Pengembangan Ilmu Kedokteran Berkelanjutan (PPIKB/CME). Balai Penerbit FKUI Jakarta, 2000
- Farida OT Yunis, 2005, *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Pelayanan Terapi Dan Rehabilitasi Terpadu Korban Penyalahgunaan Narkoba Di Panti Sosial Pamardi Putra Khusnul Khotimah Jakarta*, Tesis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Departemen Ilmu Administrasi, Universitas Indonesia
- Gibson, David R, Neil M Flynn and John J.McCarthy, 1999. *Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV rish behavior and HIV seroconversion among injecting drug users* ,Editorial Review , ISSN 0269-9370, Lippincott Williams & Wilkins.
- Green, Chris W. 2001, *Pedoman Mengurangi Dampak Buruk Narkoba di Asia, Edisi Indonesia*, The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction Network.
- Gyllestrand, Anna Beckman, 2007. *Medication management and Patient Compliance in Old Age*. Karolinka Institutet, Stockholm, Sweden, 2007.
- Hastono, P. Sutanto, 2001, *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Howell, Elizabeth, MD, 2004, *Motivation Therapy*, Medscape Psychiatry & Mental Health, 2004
- Hser, Yih-Ing,Ph.D., Elizabeth Evans,M.A., David Huang,Dr.P.H, and Douglas M.Anglin,Ph.D, *Relationship Between Drug Treatment Services, Retention, and Outcomes*, *Psychiatr Serv* 55:767-774, July 2004, diunduh dari <http://psychservices.psychiatryonline.org>).
- Husin, Al Bachri, 2002, *Penatalaksanaan Mutakhir dan Komprehensif Ketergantungan NAPZA*, Cermin Dunia Kedokteran No. 136, 2002
- Iryani, Ade, 2007, *Motivasi sembuh pada pengguna NAPZA*, Skripsi, Fakultas Psikologi Universitas Gunadarma, diunduh dari <http://library.gunadarma.ac.id/> tanggal 4 Maret 2009.
- Janz, N.K., Champion, V.L., & Stretcher, V. J.,2002, 'The Health Belief Model' dalam Glanz, et.al., *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research, and Practice*, 3rd. ed., San Francisco, Jossey-Bass

Jatinegara, 2007, Laporan Kegiatan PTRM Puskesmas Kec. Jatinegara Tahun 2007, tidak dipublikasikan.

Kementrian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2003. '*Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007*'

_____, 2003. '*Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2007-2010*'

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 996/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Standarisasi Rehabilitasi Narkotika.

_____, Nomor 494/Menkes/SK/VII/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit dan Satelit Uji Coba Pelayanan Terapi Rumatan Metadon Serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon, Tanggal 17 Juli 2006

_____, Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengurangan Dampak Buruk Narkotika, Psicotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), 2008, *Strategi Penanggulangan HIV dan AIDS pada Perempuan 2007-2010*,

Leavitt, Stewart B, PhD, *Methadone-Drug*Interactions, (*Medication, Illicit Drugs, & Other Substances)*, Addiction Treatment Forum, 3rd edition, 2005

Maremmani I, Pani PP, Mellini A, et al. *Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program*. Addiction Treatment Forum, Compiled & Edited by Stewart B. Leavitt, PhD, 2007.

Mentha, Helen, 1999, *An Introduction to Working With Alcohol and Drug Issues*, edisi bahasa Indonesia: Agus Sri Widodo, Riza Sarasvita, Isrizal, Amanah Anwar, RSKO, 2003.

Montano & Kasprzyk, 2002, '*The Theory of Reasoned Action and The Theory of Planned Behaviour*', dalam *Health Behaviour and Health Education*, ed. Glanz, Rimer, & Lewis, San Francisco, Jossey-Bass

Muttaqin, Akhmad, 2006, *Factor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Penyalahgunaan Ulang (Relapse) Opiat Pada Pasien Ketergantungan Opiat di Rumah sakit Ketergantungan Obat Jakarta Tahun 2003 - 2005*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, PT.Rineka Cipta, Jakarta

_____, 2005. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. PT.Rineka Cipta, Jakarta

- _____, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu perilaku*. PT.Rineka Cipta, Jakarta
- Permenkokesra, 2007. Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI, Nomor 02/PER/MENKO/KESRA/II/2007, tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Suntik.
- Prochaska, James O, Collen A. Redding, Kerry E. Evers, 2002, *'The Transtheoretical Model and Stages of Change'*, dalam *Health Behaviour and Health Education*, ed. Glanz, Rimer, & Lewis, San Francisco, Jossey-Bass
- Raffa JD, Grebely J, Tossonian H, et al, *The impact of ongoing illicit drug use on methadone adherence in illicit drug users receiving treatment for HIV in a directly observed therapy program*. Drug Alcohol Depend, 2007
- Republik Indonesia, 1997, Undang-Undang No.5, tentang Psikotropika
- Republik Indonesia, 1997, Undang-Undang No.22, tentang Narkotika
- Riono, Pandu, 2009, *Studium Generale "Rethinking Our Strategies on HIV Intervention"*, Pemikiran Ulang Penanggulangan Epidemi HIV-AIDS, FKM UI, Maret 2009.
- Rivers, Patrick A. PhD,MBA; Dobalian, Aram, PhD,JD; Oyana, Tonny J., PhD; Bae, Sejong, PhD, 2006, *Socioeconomic Determinants of Planned Methadone Treatment*, American Journal of Health Behavior, 2006; 30(5): 451-459.
- Robertson, Elizabeth B, Compton, Wilson M, 2008. *Prevention of Drug Use and drug Use Disorders*, dalam *Public Health & Preventive Medicine*, Wallace / Maxcy-Rosenau-Last, editor: Robert B. Wallace, MD, MSc, fifteenth edition, Mc Graw Hill Medical, 2008
- RSKO, 2009. Data Spot Check Urin bulan Januari 2009, unpublished.
- Salsitz et al, 2000. *Methadone Maintenance Treatment: Treating Chronic Opioid dependence In Private Medical Practise- A Summary report (1983-1998)*, dalam *Mount Sinai Journal Of Medicine*, <http://www.google.com>, 23 januari 2009.
- Sarasvita, Riza, 2006. *Konseling dan Evaluasi Klinis dalam Program Rumatan Methadone*, Modul Pelatihan PTRM DepKes RI, 2006.
- _____, 2008, *Ketergantungan Heroin dan Modalitas Terapi*, Buletin Ilmiah Populer, Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta, 2008

- Stenbacka, Marlene Ph.D; Lena Brandt, B.A; Louise Lettholm, B.Sc, 2004, *Leaving Methadone Maintenance Treatment: The Role of Personality Traits and Psychiatric Status* Journal of Psychoactive Drugs Vol.36 (2) Juni 2004
- Strain EC et al, *Dose Response effects of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence*, Published in Journal Watch General Medicine July 1993
- Suwarso, 2002, *Manajemen Laboratories penyalahgunaan Obat dan Komplikasinya*, Cermin Dunia Kedokteran No. 135, 2002.
- Tetranto, Tino Hapsoro, 2008, *gambaran Status Depresi Pecandu NAPZA yang Menjalani Program Rehabilitasi (12 Steps dan Therapeutic Community)*, Buletin Ilmiah Populer, RSKO 2008.
- Tokoh, 2005. *Methadone Cegah AIDS*. Berita. Tokoh, Bacaan Wanita dan Keluarga, November 2005, diunduh dari cyber Tokoh.
- Toombs, James D.; Lee A. Kral, 2005, *Methadone Treatment for Pain States*, American Family Physician, Vol 71 (7), April 2005.
- Trafton, Jodie A; Minkel, Jared; Humphreys, Keith, 2006, *Determining Effective Methadone Doses for Individual Opioid-Dependent Patients*, Plos Medicine Vol.3 Maret 2006
- UNODC, 2006. World Drug Report, diakses melalui http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html
- Vanichseni S, et.al, 1991, *A Controlled Trial of Methadone Maintenance in a Population of Intravenous Drug Users in Bangkok: Implication for Prevention of HIV*. Int. J. Addict, 1991 (26): 1313-1320.
- Ward, J. Mattick, RP, and Hall, W , 1998. *How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment*, In :*Best Practise – Methadone Maingtenance Treatment*. Healthy Living Reports and Publication, Health Canada, 2008
- WHO, 2005. *WHO Collaborative Study on Substitution Treatment of Opioid Dependence and HIV/AIDS*, Indonesia Site (Jakarta dan Bali) dalam Konas PTRM Maret 2008.
- Winarto, 2005. *Analisis Kualitas Pelayanan Pada Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta*, Tesis Program Studi Ilmu Administrasi Universitas Indonesia.
- Wisanggeni, Aryo; Helenan Nababan, 2006, *Quo Vadis Rehabilitasi*, Kompas 09 Maret 2006, diunduh dari <http://www.bnn.go.id>, 6 Juli 2009

Lampiran 1. Daftar variabel yang digunakan dalam penelitian : Analisis Determinan Prediktor Perilaku Kepatuhan Terapi Rumatan Methadone di DKI Jakarta Tahun 2009

No.	Variabel yang diteliti	No. Pertanyaan	Skor
1	Status pernikahan	A.03	0 - 1
2	Tingkat Pendidikan	A.04	0 - 1
3	Status pekerjaan	A.05	0 - 1
4	Status Penyakit	A.06	0 - 1
5	Lama pakai NAPZA	B.01	-
6	Lama Terapi	B.04	-
7	Dosis Terapi	B.06.3	0 - 1
8	Pengetahuan	C.01	0 - 1
		C.02	0 - 5
		C.03	0 - 3
		C.04	0 - 6
		C.05	0 - 1
		C.06	0 - 3
		C.07	0 - 1
		C.08	0 - 3
		C.09	0 - 6
		C.10	0 - 6
9	Persepsi Ancaman	D.02	0 - 1
		D.03	0 - 1
		D.04	0 - 9
10	Mutu Layanan PTRM		
	Tampilan (<i>Tangibles</i>)	E.01	0 - 10
		E.02	0 - 10
		E.03	0 - 10
		E.04	0 - 10
		E.05	0 - 10
	Kehandalan (<i>Reliability</i>)	E.06	0 - 10
		E.07	0 - 10
		E.08	0 - 10
		E.09	0 - 10
		E.10	0 - 10
	Ketanggapan (<i>Responsiveness</i>)	E.11	0 - 10
		E.12	0 - 10
		E.13	0 - 10
		E.14	0 - 10
	Jaminan (<i>Assurance</i>)	E.15	0 - 10
		E.16	0 - 10
		E.17	0 - 10
		E.18	0 - 10
		E.19	0 - 10
	Empati (<i>Emphaty</i>)	E.20	0 - 10
		E.21	0 - 10
		E.22	0 - 10

No.	Variabel yang diteliti	No. Pertanyaan	Skor
		E.23	0 - 10
		E.24	0 - 10
11	Dukungan keluarga	F.01.4	0 - 1
		F.01.7	0 - 1
		F.01.8	0 - 1
		F.01.9	0 - 1
		F.01.10	0 - 1
		F.02	0 - 9
12	Motivasi	G.01	0 - 1
		G.02	0 - 1
		G.03.1	0 - 1
		G.04	0 - 1
		G.05	0 - 1
		G.06	0 - 7
		G.07	0 - 3
12	Perilaku kepatuhan terapi	H.01	0 - 1
		H.02	0 - 1

Lampiran 2. KUESIONER PENELITIAN ANALISIS PREDIKTOR PERILAKU KEPATUHAN TERAPI PASIEN RUMATAN METADON DI PUSKESMAS DKI JAKARTA TAHUN 2009

I.1. Kelompok Sasaran : Pasien PTRM

I.2. Nomor Urut Responden :

I.3. Tempat wawancara : Puskesmas Kecamatan.....

I.4. Tanggal wawancara :

PERKENALAN

Selamat pagi/ siang. Nama saya adalah Ika Quraesyin. Saya adalah peneliti dari Fakultas Kesehatan Masyarakat UI yang sedang melakukan penelitian mengenai pemahaman peserta Program Terapi Rumatan Methadone. Bila anda setuju, saya ingin mengajukan beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan anda. Partisipasi anda sangat kami harapkan, demikian juga ketulusan dan kejujuran anda dalam menjawab pertanyaan – pertanyaan yang kami ajukan.

Kami kesini bukan untuk menilai perilaku anda, yang ingin kami lakukan adalah mempelajari kepercayaan dan praktek yang dilakukan oleh peserta PTRM. Informasi yang kami peroleh sangat berguna untuk menyusun program untuk kebijakan pemerintah yang dapat digunakan oleh masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu kami sangat mengharapkan partisipasi anda. Jawaban anda atas pertanyaan yang akan kami ajukan tidak akan diberikan kepada orang lain, dan kerahasiaan identitas dan jawaban anda kami jamin. Wawancara akan berlangsung sekitar 30 menit, dan setelah itu anda harus memberikan sampel urin untuk dianalisa. Bila anda setuju, saya akan segera memulai wawancara ini.

Sekali lagi mohon diketahui, kami ke sini tidak untuk menilai perilaku anda dan kerahasiaan anda terjamin, karena itu mohon jawaban jujur anda atas pertanyaan yang kami ajukan.

Mohon diingat :

1. Jawablah pertanyaan sesuai dengan hati nurani anda
2. Tidak ada jawaban yang benar dan salah
3. Jangan terpengaruh dengan jawaban orang lain

Terimakasih.

Berikanlah jawaban/pendapat anda tentang pertanyaan/ Pernyataan berikut dengan memberi tanda (√) pada kolom yang disediakan.

A. Karakteristik Individu

A.01 Jenis kelamin

1	Laki-laki	
2	Perempuan	

A.02. Berapa umur anda saat ini ? (sesuai hitungan pada ulang tahun yang terakhir)

Umur (tahun)	
--------------	--

A.03. Apa status pernikahan anda ?

1	Belum menikah	
2	Menikah	
3	Janda / Duda	

A.04. Apa pendidikan formal tertinggi atau sederajat yang anda tamatkan ?

1	Tamat SD	
2	Tamat SLTP	
3	Tamat SLTA	
4	Tamat Akademi/ Diploma/ Perguruan Tinggi	

A.05. Apa pekerjaan anda ? (pilihan boleh lebih dari 1)

1	Tidak bekerja	
2	Pelajar / mahasiswa	
3	Bekerja dengan gaji tetap (PNS/TNI, Karyawan tetap swasta)	
4	Bekerja dengan penghasilan tidak tetap (pedagang, wiraswasta, buruh, pekerja tidak tetap lainnya)	
5	Lain-lain, sebutkan :.....	

A.06. Apakah dalam 1 tahun terakhir anda mempunyai riwayat penyakit berikut ?

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tdk Tahu
1	TBC / Paru			
2	Hepatitis			

B. Faktor Zat

B.01. Berapa lama anda menggunakan NAPZA sebelum mulai terapi metadon ?

1	Lama pakai NAPZA : tahun	
---	--------------------------------	--

B.02. Berapa jenis zat/ NAPZA yang anda gunakan sebelum mulai terapi metadon?

1	Single drug use / hanya menggunakan 1 jenis NAPZA	
2	Polidrug use / menggunakan NAPZA lebih dari 1 jenis	

B.03. Bagaimana cara anda menggunakan NAPZA sebelum terapi ?

1	Non suntik (diminum, dimakan/ditelan,dihisap,didrag)	
2	Suntik	
3	Suntik dan non suntik	

B.04. Kapan anda mulai menjadi peserta terapi rumatan metadon?

1	Bulan -----Tahun-----	
---	-----------------------	--

B.05. Apakah anda sudah pernah Drop Out (DO) dari terapi metadon ?

1	Ya, berapa kali : x	
2	Tidak / Belum pernah	

B.05. Berapa dosis metadon anda saat ini ?

1	Dosis metadon mg	
---	------------------------	--

B.06. Apakah dosis tersebut :

Ya Tdk

1	Sudah dapat menutup kebutuhan pakau anda ?	
2	Masih direncanakan untuk naik lagi ?	
3	Dalam tahap penurunan dosis terencana?	

B.07. Berapa dosis metadon tertinggi yang pernah anda minum?

1	Dosis metadon tertinggi mg	
---	----------------------------------	--

C. Pengetahuan tentang terapi Metadon

C.01. Apakah anda pernah mendapat informasi tentang terapi Metadon?

1	Ya	
2	Tidak	

C.02. Menurut anda apakah metadon itu ? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Obat golongan narkotik analgesik	
2	Obat buatan dari bahan tidak alami (=sintetis)	
3	Obat untuk penawar/meringankan rasa sakit yang kuat	
4	Bukan obat penyembuh ketergantungan narkoba	
5	Sejenis narkoba yang bekerja dalam jangka panjang	
6	Tidak tahu	

C.03. Apa yang dimaksud dengan "Terapi Rumatan Metadon" ? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Pengobatan kecanduan narkoba	
2	Terapi pengobatan HIV/AIDS	
3	Terapi pengalihan/ substitusi opiat jangka panjang	
4	Terapi pengalihan untuk ketergantungan napza suntik	
5	Lain-lain, sebutkan	

C.04. Menurut anda, apa efek samping penggunaan Metadon ? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Mual, muntah	
2	Sembelit ; susah buang air besar	
3	Gangguan tidur	
4	Pada Pria:Menurunkan Libido, Pada wanita:Haid tdk teratur	
5	Gatal-gatal	
6	Berkeringat	
7	Tidak ada efek samping	
8	Lain-lain, sebutkan:.....	

C.05. Berapa lama metadon bertahan dalam tubuh ? (Pilih 1 jawaban benar)

1	12- 24 jam	
2	24- 36 jam	
3	>36 jam	

C.06. Berapa lama pasien program metadon sebaiknya bertahan dalam terapi ? (Pilihan boleh lebih dari satu)

1	Sekurang-kurangnya 6 bulan	
2	Tanpa batas waktu	
3	Sampai pasien mampu untuk abstinen/ bebas NAPZA	
4	Tidak tahu	

C.07. Menurut anda, untuk mendapatkan efek terapinya apakah dosis Metadon harus diminum setiap hari?

1	Ya	
2	Tidak	
3	Tidak tahu	

C.08 Bila pasien melewatkan dosis metadon hariannya maka: (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Pemberian dosis metadon selanjutnya akan tetap (tidak berubah)	
2	Pada hari ke 2, dosis akan diberikan tetap	
3	Pada hari ke 3, dosis akan dikurangi	
4	Pada hari ke 5, dosis akan kembali ke dosis awal	

C.09. Tindakan apa yang dapat menyebabkan pasien **diberhentikan/ dikeluarkan** dari program rumatan metadon? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Melewatkan dosis harian lebih dari 5 hari	
2	Tidak ada motivasi untuk berubah	
3	Memperjualbelikan / berbagi metadon dengan orang lain	
4	Mengancam keselamatan petugas/ pasien lain/ seseorang yg berkaitan dg mereka	
5	Mencuri/ melakukan tindakan kriminal lain di lingkungan klinik PTRM	
6	Merusak sarana dan prasarana PTRM	

C.10. Menurut anda apakah NAPZA ilegal berikut **berpengaruh** terhadap efek terapi metadon? :

No	Jenis NAPZA	Ya	Tidak	Tidak tahu
1	Opiat (Heroin, Morfin, Kodein)			
2	Barbiturat			
3	Canabis/ ganja			
4	Alkohol			
5	Nalokson, Naltrekson			
6	Kokain			

D. Persepsi Ancaman

D.01. Dalam pemeriksaan urine terakhir (**tes morphin dan tes benzo**) bagaimana hasilnya ?

1	Positif morfin	
2	Positif Benzo	
3	Positif morfin dan positif benzo	
3	Negatif (morfine dan benzo)	

D.02. Apakah anda merasa berisiko **overdosis** ?

1	Ya	
2	Tidak, Apa alasannya (ke D.02.a)	

D.02.a. Bila jawaban **Tidak**, alasannya adalah : (Pilihan bisa lebih dari 1)

1	Karena sudah tahu dosis NAPZA suntik yang akan dipakai sehingga tidak akan sampai membuat OD	
2	Karena sudah tahu dosis NAPZA non suntik yang akan dipakai sehingga tidak akan sampai membuat OD	
3	Karena NAPZA non suntik tidak akan membuat OD	
4	Karena tidak pernah pakai NAPZA suntik lagi	
5	Karena tidak pernah pakai NAPZA non suntik lain	
6	Karena tidak pernah minum alkohol	
7	Minum alkohol tapi tidak sampai mabuk	
8	Lainnya, sebutkan....	

D.03. Apakah anda merasa khawatir akan timbulnya penyakit / hal lainnya sebagai akibat bila anda tidak patuh terhadap terapi methadone ?

1	Ya, (langsung ke .04)	
2	Tidak	
3	Tidak tahu	

D.03.a. Bila jawaban Tidak/Tidak tahu, alasannya adalah :(Pilihan bisa lebih dari 1)

1	Karena sudah bebas HIV/AIDS	
2	Karena saat ini tidak mengidap penyakit apapun	
3	Karena semua penyakit itu pasti ada obatnya	
4	Karena badan saya sangat sehat jadi penyakit bisa dicegah	
5	Lainnya, sebutkan....	

D.04. Akibat apa yang anda khawatirkan terjadi bila tidak patuh terhadap aturan terapi methadone ?

1	Tidak ada akibat	
2	Dikeluarkan dari program terapi/ <i>dropped out (DO)</i>	
3	Turun dosis methadone	
4	Relaps	
5	Sakit karena putus zat	
6	Terkena HIV/AIDS	
7	Terkena penyakit Hepatitis	
8	Terkena penyakit TBC	
9	Terkena penyakit IMS (Infeksi Menular Seksual)	
10	Terkena penyakit radang sendi	
11	Overdosis	
12	Penyakit lainnya, sebutkan....	

E. Mutu Layanan PTRM

Berikan penilaian anda terhadap pernyataan layanan PTRM dibawah ini
 0 s/d 5 = Sangat Buruk/ Sangat Tdk Memuaskan s/d Cukup Buruk/Kurang memuaskan
 6 s/d 10= Cukup Baik / Cukup Memuaskan s/d Sangat Baik / Sangat Memuaskan

No	Pernyataan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I.	Tampilan (<i>Tangibles</i>)											
E.01	Ruang Poliklinik PTRM bersih dan nyaman											
E.02	Ruang tunggu poliklinik PTRM bersih dan nyaman											
E.03	Peralatan minum methadone bersih dan cukup											
E.04	Petugas memakai seragam/ penampilan yang bersih dan rapi											
E.05	Fasilitas km.mandi/WC di poliklinik bersih dan nyaman											

No	Pernyataan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
II.	Kehandalan (<i>Reliability</i>)											
E.06	Ketepatan jam buka layanan poliklinik											
E.07	Petugas selalu siap melayani pasien dengan cepat dan tepat											
E.08	Petugas memberikan informasi mengenai tindakan dan pengobatan secara lengkap dan jelas											
E.09	Sistem pencatatan terapi yang baik											
E.10	Petugas dapat diandalkan kemampuannya dalam pelayanan terapi											
III.	Ketanggapan (<i>Responsiveness</i>)											
E.11	Petugas selalu bersedia memberi bantuan terapi kepada pasien											
E.12	Petugas memberi pelayanan yang cepat dan segera											
E.13	Petugas memberi informasi dosis dengan jelas											
E.14	Petugas menanggapi pelayanan/ terapi dengan cepat											
IV.	Jaminan (<i>Assurance</i>)											
E.15	Petugas dapat dipercaya, termasuk menjaga rahasia penyakit /status HIV											
E.16	Pasien merasa aman melaksanakan terapi											
E.17	Petugas bersikap sopan											
E.18	Petugas memberi keyakinan tentang manfaat terapi											
E.19	Petugas keamanan dapat memberi rasa aman											
V.	Empati (<i>Emphaty</i>)											
E.20	Petugas memberi perhatian penuh kepada pasien											
E.21	Dokter memberi waktu yang cukup untuk konseling											
E.22	Petugas memberi pelayanan yang ramah dan tidak pilih kasih											
E.23	Petugas memahami kebutuhan pasien											
E.24	Waktu/Jam buka layanan sesuai dengan kebutuhan pasien											

F. Dukungan Keluarga/ Lain-lain

F.01. Dengan siapa anda biasanya membicarakan masalah yang dihadapi berkaitan dengan pemakaian NAPZA? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Sesama pemakai		6	Guru BK Sekolah	
2	Teman bukan pemakai		7	Orang tua	
3	Mantan pemakai/ kelompok sebaya		8	Saudara yang dianggap sebagai orang tua	
4	Suami/ Istri		9	Saudara kandung	
5	Dokter/ Psikolog PTRM		10	Lain-lain, sebutkan.....	

F.02. Tindakan/reaksi apa saja yang anda peroleh dari keluarga? (Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Menyarankan untuk berhenti memakai NAPZA		6	Mengantarkan terapi harian	
2	Mengingatkan untuk terapi setiap hari		7	Menyarankan untuk Konseling	
3	Datang ke tempat terapi bila perlu THD		8	Mambatasi pergaulan dengan penasun	
4	Menganjurkan untuk kawin		9	Lain-lain, sebutkan.....	
5	Menganjurkan detoksifikasi		10	Tidak ada dukungan dan perhatian	

G. Motivasi

G.01. Apakah anda pernah melakukan terapi "Detoksifikasi"? Berapa kali ?

1	Ya, kali	
2	Tidak pernah	

G.02. Apakah anda pernah melakukan "pasang badan" untuk menghilangkan racun narkoba ?

1	Ya	
2	Tidak	

G.03. Siapa yg mendorong anda untuk melakukan terapi detoks ? (Pilihan bisa lebih dari 1)

1	Diri sendiri	
2	Keluarga	
3	Teman	
4	Dokter	

G.04. Apakah anda mempunyai target untuk abstinen/bebas NAPZA ? Berapa lama lagi ?

1	Ya, dalam bulan / tahun *)	
2	Tidak ada target	

*) (coret salah satu)

G.05. Apakah anda yakin mampu bebas dari NAPZA ?

1	Ya	
2	Tidak / Tidak tahu	

G.06. Apa yang menjadi motivasi anda untuk terbebas dari pengaruh NAPZA ?

(Pilihan boleh lebih dari 1)

1	Menyenangkan hati orang tua / keluarga	1
2	Agar dapat menjalani kehidupan sosial dengan lebih baik	1
3	Agar terhindar dari penyakit AIDS dan penyakit lain yang berhubungan dengan darah	1
4	Agar dapat bekerja dengan lebih baik	1
5	Agar dapat mengatur aktivitas harian, (tidak terus menerus mencari narkoba setiap saat craving)	1
6	Sebagai wujud rasa tanggung jawab diri terhadap anak/istri/keluarga	1
7	Lain-lain sebutkan:	1
8	Tidak / Belum ada motivasi yang cukup kuat	0

G.07. Seberapa besar keinginan anda untuk lepas dari kecanduan NAPZA ?

1	Belum ada keinginan	0
2	Ada keinginan tapi belum cukup besar	1
3	Besar	2
4	Sangat besar	3

STOP WAWANCARA

Terima kasih, kami sangat menghargai bantuan yang anda berikan.

H. Perilaku Kepatuhan ; Diisi oleh petugas wawancara

G.01. Perilaku melewatkan dosis harian dalam 1 mg terakhir : (Check data Rekam Medis)

YA TIDAK

1	Satu hari		
2	≥ 2 hari		

G.02. Hasil pemeriksaan urine :

(+) (-)

1	Tes Morphin		
2	Tes Benzodiazepine		

Lampiran 3. Pengolahan dan Analisis Data

I. UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Uji validitas dilakukan terhadap 5 dimensi mutu layanan PTRM yaitu : Tampilan (*Tangibles*), Keandalan (*Reliability*), Ketanggapan (*Responsiveness*), Jaminan (*Assurance*), dan Empati (*Empathy*). Ukuran validitas dilihat dari perbandingan nilai r tabel (pada $df\ n-2 = 30-2 = 28$, $r\ tabel = 0,361$) dengan r hasil analisa (Corrected Item-Total Correlation). Ukuran Reliabilitas dilihat dari perbandingan nilai r tabel dengan r hasil analisa ($r\ Alpha$). Variabel dikatakan valid dan reliabel bila $r\ hasil > r\ tabel$

1.1) Reliability Tampilan (*Tangibles*)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E.01	29.2000	37.269	.794	.885
E.02	29.7333	34.961	.787	.888
E.03	29.2333	37.564	.788	.886
E.04	28.7667	39.702	.800	.886
E.05	30.2667	38.133	.710	.902

1.2) Reliability Kehandalan (*Reliability*)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.915	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E.06	31.3000	39.114	.499	.955
E.07	30.8000	33.269	.913	.870
E.08	30.9000	36.714	.768	.900
E.09	30.5000	35.017	.892	.877
E.10	30.9000	31.128	.905	.869

1.3) Reliability Ketanggapan (*Responsiveness*)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.961	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E.11	23.6667	24.506	.899	.952
E.12	23.7333	23.237	.957	.934
E.13	23.8333	21.316	.869	.965
E.14	23.5667	23.151	.918	.944

1.4) Reliability Jaminan (*Assurance*)**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.865	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E.15	33.6000	25.559	.464	.926
E.16	33.0333	26.792	.837	.807
E.17	32.6000	27.766	.819	.816
E.18	33.0333	25.551	.884	.793
E.19	33.3333	26.782	.649	.847

1.5) Reliability Empati (*Empathy*)**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	30	100.0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E.20	31.2333	37.702	.934	.828
E.21	31.0667	41.651	.791	.862
E.22	31.0000	40.069	.898	.842
E.23	31.1667	37.385	.913	.831
E.24	32.8667	39.085	.429	.979

II. ANALISIS UNIVARIAT

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
skor Pengetahuan	211	17.36	5.774	5	34
skor Mutu Layanan	211	147.91	35.541	20	240
skor Motivasi	211	9.55	3.018	1	20
skor Ancaman	211	2.33	1.998	0	9
skor Dukungan keluarga	211	3.72	2.393	0	10
Lama Pakai Zat	211	7.68	3.467	1	20
Lama Terapi	211	22.82	7.414	11	72

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		skor Pengetahuan	skor Mutu Layanan	skor Motivasi	skor Ancaman	skor Dukungan keluarga	Lama Pakai Zat	Lama Terapi
N		211	211	211	211	211	211	211
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	17.36	147.91	9.55	2.33	3.72	7.68	22.82
	Std. Deviation	5.774	35.541	3.018	1.998	2.393	3.467	7.414
Most Extreme Differences	Absolute	.064	.110	.105	.210	.162	.113	.145
	Positive	.064	.052	.071	.210	.162	.098	.145
	Negative	-.051	-.110	-.105	-.122	-.104	-.113	-.113
Kolmogorov-Smirnov Z		.934	1.598	1.524	3.044	2.353	1.642	2.109
Asymp. Sig. (2-tailed)		.348	.012	.019	.000	.000	.009	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Frequencies

Statistics

		Pengetahuan	Motivasi	Persepsi Ancaman	Lama Pakal NAPZA	Lama Terapi	Mutu Layanan	Dukungan Keluarga
N	Valid	211	211	211	211	211	211	211
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	185	87.7	87.7	87.7
	Perempuan	26	12.3	12.3	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Status pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	105	49.8	49.8	49.8
	Tidak Menikah	106	50.2	50.2	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	166	78.7	78.7	78.7
	Rendah	45	21.3	21.3	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

stkerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	131	62.1	62.1	62.1
	Tidak Bekerja	80	37.9	37.9	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

St. Penyakit Infeksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Infeksi /Tidak tahu	152	72.0	72.0	72.0
	Infeksi	59	28.0	28.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Dosis terapi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Penurunan	105	49.8	49.8	49.8
	Rumatan	106	50.2	50.2	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	101	47.9	47.9	47.9
	Kurang	110	52.1	52.1	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	141	66.8	66.8	66.8
	Kurang	70	33.2	33.2	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Persepsi Ancaman

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	129	61.1	61.1	61.1
	Kurang	82	38.9	38.9	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Lama Pakai NAPZA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 7,7 Tahun	104	49.3	49.3	49.3
	> 7,7 Tahun	107	50.7	50.7	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Lama Terapi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 24 bulan	116	55.0	55.0	55.0
	<= 24 bulan	95	45.0	45.0	100.0
	Total	211	100.0	100.0	

Mutu Layanan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	107	50.7	50.7	50.7
Kurang	104	49.3	49.3	100.0
Total	211	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	127	60.2	60.2	60.2
Kurang	84	39.8	39.8	100.0
Total	211	100.0	100.0	

III. ANALISIS BIVARIAT

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status pernikahan * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Pendidikan * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
St. Penyakit Infeksi * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Dosis terapi * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Pengetahuan * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Persepsi Ancaman * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Motivasi * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Mutu Layanan * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%
Dukungan Keluarga * Kepatuhan	211	100.0%	0	.0%	211	100.0%

3.1) Status pernikahan * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Status pernikahan	Menikah	Count	50	55	105
		% within Status pernikahan	47.6%	52.4%	100.0%
	Tidak Menikah	Count	50	56	106
		% within Status pernikahan	47.2%	52.8%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Status pernikahan	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.004 ^b	1	.948		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.004	1	.948		
Fisher's Exact Test				1.000	.529
Linear-by-Linear Association	.004	1	.948		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49.76.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status pernikahan (Menikah / Tidak Menikah)	1.018	.593	1.748
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.010	.760	1.342
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.991	.767	1.281
N of Valid Cases	211		

3.2) Pendidikan * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Pendidikan	Tinggi	Count	83	83	166
		% within Pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
	Rendah	Count	17	28	45
		% within Pendidikan	37.8%	62.2%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Pendidikan	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.121 ^b	1	.145		
Continuity Correction ^a	1.659	1	.198		
Likelihood Ratio	2.143	1	.143		
Fisher's Exact Test				.179	.098
Linear-by-Linear Association	2.111	1	.146		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.33.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tinggi / Rendah)	1.647	.839	3.235
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.324	.883	1.984
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.804	.611	1.057
N of Valid Cases	211		

3.3) Status Penyakit Infeksi * Kepatuhan

Crosstab

		Kepatuhan		Total
		Patuh	Tidak Patuh	
St. Penyakit Infeksi	Tidak Infeksi /Tidak tahu / Infeksi	Count 74	78	152
		% within St. Penyakit Infeksi 48.7%	51.3%	100.0%
	Infeksi	Count 26	33	59
		% within St. Penyakit Infeksi 44.1%	55.9%	100.0%
Total		Count 100	111	211
		% within St. Penyakit Infeksi 47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.363 ^b	1	.547		
Continuity Correction ^a	.202	1	.653		
Likelihood Ratio	.364	1	.546		
Fisher's Exact Test				.645	.327
Linear-by-Linear Association	.362	1	.548		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27.96.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for St. Penyakit Infeksi (Tidak Infeksi /Tidak tahu / Infeksi)	1.204	.658	2.204
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.105	.794	1.538
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.917	.697	1.207
N of Valid Cases	211		

3.4) Pengetahuan * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Pengetahuan	Baik	Count	51	50	101
		% within Pengetahuan	50.5%	49.5%	100.0%
	Kurang	Count	49	61	110
		% within Pengetahuan	44.5%	55.5%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Pengetahuan	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.748 ^b	1	.387		
Continuity Correction ^a	.528	1	.467		
Likelihood Ratio	.748	1	.387		
Fisher's Exact Test				.410	.234
Linear-by-Linear Association	.744	1	.388		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47.87.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Kurang)	1.270	.739	2.183
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.134	.853	1.506
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.893	.689	1.156
N of Valid Cases	211		

3.5) Persepsi Ancaman * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Persepsi Ancaman	Baik	Count	60	69	129
		% within Persepsi Ancaman	46.5%	53.5%	100.0%
	Kurang	Count	40	42	82
		% within Persepsi Ancaman	48.8%	51.2%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Persepsi Ancaman	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.104 ^b	1	.748		
Continuity Correction ^a	.033	1	.857		
Likelihood Ratio	.103	1	.748		
Fisher's Exact Test				.778	.428
Linear-by-Linear Association	.103	1	.748		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 38.86.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Persepsi Ancaman (Baik / Kurang)	.913	.525	1.589
For cohort Kepatuhan = Patuh	.953	.714	1.273
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.044	.801	1.362
N of Valid Cases	211		

3.6) Motivasi * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Motivasi	Baik	Count	69	72	141
		% within Motivasi	48.9%	51.1%	100.0%
	Kurang	Count	31	39	70
		% within Motivasi	44.3%	55.7%	100.0%
Total	Count	100	111	211	
	% within Motivasi	47.4%	52.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.406 ^a	1	.524		
Continuity Correction ^b	.241	1	.624		
Likelihood Ratio	.406	1	.524		
Fisher's Exact Test				.560	.312
Linear-by-Linear Association	.404	1	.525		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33.18.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Motivasi (Baik / Kurang)	1.206	.678	2.144
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.105	.809	1.510
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.917	.704	1.194
N of Valid Cases	211		

3.7) Dosis Terapi * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Dosis terapi	Penurunan	Count	53	52	105
		% within Dosis terapi	50.5%	49.5%	100.0%
	Rumatan	Count	47	59	106
		% within Dosis terapi	44.3%	55.7%	100.0%
Total	Count	100	111	211	
	% within Dosis terapi	47.4%	52.6%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.797 ^b	1	.372		
Continuity Correction ^a	.570	1	.450		
Likelihood Ratio	.797	1	.372		
Fisher's Exact Test				.409	.225
Linear-by-Linear Association	.793	1	.373		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49.76.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dosis terapi (Penurunan / Rumatan)	1.279	.745	2.199
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.138	.856	1.514
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.890	.688	1.151
N of Valid Cases	211		

3.8) Lama Terapi * Kepatuhan

Lama Terapi * Kepatuhan Crosstabulation

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Lama Terapi > 24 bulan	Count	49	67	116	
	% within Lama Terapi	42.2%	57.8%	100.0%	
<= 24 bulan	Count	62	33	95	
	% within Lama Terapi	65.3%	34.7%	100.0%	
Total	Count	111	100	211	
	% within Lama Terapi	52.6%	47.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.102 ^b	1	.001		
Continuity Correction ^a	10.198	1	.001		
Likelihood Ratio	11.226	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.050	1	.001		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45.02.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama Terapi (> 24 bulan / <= 24 bulan)	.389	.222	.682
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	.647	.500	.838
For cohort Kepatuhan = Patuh	1.663	1.212	2.282
N of Valid Cases	211		

3.9) Lama Pakai NAPZA * Kepatuhan

Group Statistics

Kepatuhan		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Lama Pakai Zat	Patuh	100	8.04	3.481	.348
	Tidak Patuh	111	7.36	3.437	.326

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Lama Pakai Z:									
Equal variance assumed	.000	1.000	1.425	209	.156	.680	.477	-.260	1.620
Equal variance not assumed			1.424	206.147	.156	.680	.477	-.261	1.620

3.10) Mutu Pelayanan * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Mutu Layanan	Baik	Count	47	60	107
		% within Mutu Layanan	43.9%	56.1%	100.0%
	Kurang	Count	53	51	104
		% within Mutu Layanan	51.0%	49.0%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Mutu Layanan	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.047 ^b	1	.306		
Continuity Correction ^a	.784	1	.376		
Likelihood Ratio	1.048	1	.306		
Fisher's Exact Test				.336	.188
Linear-by-Linear Association	1.042	1	.307		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 49.29.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Mutu Layanan (Baik / Kurang)	.754	.438	1.296
For cohort Kepatuhan = Patuh	.862	.648	1.146
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.143	.884	1.480
N of Valid Cases	211		

3.11) Dukungan Keluarga * Kepatuhan

Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Patuh	Tidak Patuh	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	60	67	127
		% within Dukungan Keluarga	47.2%	52.8%	100.0%
	Kurang	Count	40	44	84
		% within Dukungan Keluarga	47.6%	52.4%	100.0%
Total		Count	100	111	211
		% within Dukungan Keluarga	47.4%	52.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.003 ^b	1	.957		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.003	1	.957		
Fisher's Exact Test				1.000	.535
Linear-by-Linear Association	.003	1	.958		
N of Valid Cases	211				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39.81.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (Baik / Kurang)	.985	.567	1.711
For cohort Kepatuhan = Patuh	.992	.742	1.326
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.007	.775	1.309
N of Valid Cases	211		

IV. ANALISIS MULTIVARIAT

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	211	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	211	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		211	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
Dosis terapi	Penurunan	105	1.000
	Rumatan	106	.000
Lama Pakai NAPZA	<= 7,7 Tahun	104	1.000
	> 7,7 Tahun	107	.000
Pendidikan	Tinggi	166	1.000
	Rendah	45	.000
Mutu Layanan	Baik	107	1.000
	Kurang	104	.000
Pengetahuan	Baik	101	1.000
	Kurang	110	.000
Lama Terapi	> 24 bulan	116	1.000
	<= 24 bulan	95	.000

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	LmTrp2(1)	.918	.293	9.757	1	.002	2.500	1.407	4.444
	LmPakai2(1)	-.319	.299	1.139	1	.286	.727	.404	1.306
	Pdidikan(1)	.378	.369	1.039	1	.308	1.457	.706	3.006
	Mutu2(1)	-.158	.289	.296	1	.588	.854	.484	1.506
	Penget2(1)	.117	.307	.146	1	.703	1.124	.616	2.050
	Dosis(1)	.028	.300	.008	1	.927	1.028	.571	1.850
Constant		-.747	.446	2.809	1	.094	.474		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2, LmPakai2, Pdidikan, Mutu2, Penget2, Dosis.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
LmTrp2(1)	.920	.291	10.025	1	.002	2.510	1.420	4.437
LmPakai2(1)	-.318	.299	1.133	1	.287	.727	.405	1.307
Pdidikan(1)	.383	.362	1.120	1	.290	1.467	.721	2.983
Mutu2(1)	-.157	.289	.296	1	.586	.854	.484	1.507
Penget2(1)	.122	.303	.161	1	.688	1.129	.624	2.043
Constant	-.744	.444	2.801	1	.094	.475		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2, LmPakai2, Pdidikan, Mutu2, Penget2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
LmTrp2(1)	.913	.290	9.923	1	.002	2.493	1.412	4.401
LmPakai2(1)	-.349	.289	1.458	1	.227	.705	.400	1.243
Pdidikan(1)	.406	.358	1.284	1	.257	1.501	.744	3.028
Mutu2(1)	-.167	.288	.334	1	.563	.846	.481	1.490
Constant	-.680	.415	2.682	1	.101	.506		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2, LmPakai2, Pdidikan, Mutu2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
LmTrp2(1)	.931	.288	10.422	1	.001	2.537	1.442	4.465
LmPakai2(1)	-.386	.287	1.621	1	.203	.694	.395	1.218
Pdidikan(1)	.399	.358	1.245	1	.265	1.491	.739	3.007
Constant	-.761	.392	3.767	1	.052	.467		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2, LmPakai2, Pdidikan.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
LmTrp2(1)	.944	.287	10.784	1	.001	2.570	1.483	4.513
LmPakai2(1)	-.404	.285	2.015	1	.156	.667	.382	1.166
Constant	-.433	.255	2.874	1	.090	.649		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2, LmPakai2.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
LmTrp2(1)	.943	.286	10.887	1	.001	2.569	1.467	4.499
Constant	-.631	.215	8.565	1	.003	.532		

a. Variable(s) entered on step 1: LmTrp2.