



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PUTUS
BEROBAT PASIEN PENGGUNA NARKOBA SUNTIK DI
KLINIK RUMATAN METADON PUSKESMAS KECAMATAN
JATINEGARA JAKARTA TIMUR DAN PUSKESMAS
KECAMATAN GAMBIR JAKARTA PUSAT
TAHUN 2007- 2008**

TESIS

OLEH :

**SOITAWATI
NPM : 0606021331**

**PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PUTUS
BEROBAT PASIEN PENGGUNA NARKOBA SUNTIK DI
KLINIK RUMATAN METADON PUSKESMAS KECAMATAN
JATINEGARA JAKARTA TIMUR DAN PUSKESMAS
KECAMATAN GAMBIR JAKARTA PUSAT
TAHUN 2007- 2008**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar **MAGISTER EPIDEMIOLOGI**

OLEH :

**SOITAWATI
NPM : 0606021331**

**PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2009**

Faktor-faktor..., Soitawati, FKM UI, 2009.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi/Tesis/Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Soitawati

NPM : 0606021331

Tanda tangan : 

Tanggal : 21 Juli 2009

PROGRAM PASCA SARJANA

PROGRAM STUDI EPIDEMIOLOGI FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2009

Soitawati

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Putus Berobat Pasien Pengguna Narkoba Suntik Di Klinik Rumatan Metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur Dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

xi + 104 hal , 29 tabel, 3 gambar, 3 lampiran

ABSTRAK

Penyalahgunaan narkoba merupakan masalah nasional bahkan mendunia. Hal ini ditandai dengan meningkatnya studi tentang penyalahgunaan narkoba, Berbagai studi didapatkan adanya peningkatan penyalahgunaan narkoba hingga 5 kali. Data BNN (2007) sekitar 1,5% penduduk Indonesia terjerat narkoba dimana narkoba suntik merupakan cara penggunaan narkoba kedua terbanyak, sedangkan DKI Jakarta merupakan daerah paling rawan dibandingkan provinsi lainnya. Masalah terkait dengan narkoba suntik adalah masalah kesehatan termasuk kematian dan kecelakaan, masalah sosial dan hukum. Masalah kesehatan pada pengguna narkoba suntik (penasun) yaitu penularan penyakit HIV/AIDS yang didapatkan 50-60% positif pada penasun, hepatitis B sekitar 25-35%, sedangkan hepatitis C sekitar 70-95% positif pada penasun. Strategi utama dalam penanggulangan narkoba yaitu *Supply reduction*, *Demand Reduction* dan *Harm Reduction* dimana PTRM merupakan salah satu upaya untuk mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba suntik. Angka *drop out* di puskesmas satelit PTRM rata-rata menunjukkan > 45% (indicator < 45%). Hal ini menjadi masalah karena penasun yang putus akan kembali menggunakan narkoba suntik dan meningkatkan kerentanan terhadap HIV/AIDS dan hepatitis, selain itu keberhasilan PTRM akan menurun karena prosedur dan dosis obat dimulai lagi dari awal.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi putus berobat pasien penasun di klinik PTRM Puskesmas Kec Jatinegara dan Puskesmas Kec Gambir tahun 2007-2008, dengan tujuan khusus mengetahui dan mendapatkan model yang sesuai untuk menggambarkan hubungan faktor predisposisi (umur, sex, pendidikan, pekerjaan, marital, sikap dan pengetahuan), faktor pendukung (dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas) serta faktor kebutuhan pelayanan kesehatan (gejala putus obat) dengan putus berobat. Ruang lingkup studi ini adalah studi observasi dengan disain kasus kontrol, data kasus dan kontrol berdasarkan data registrasi pasien sedangkan data pajanan didapatkan dengan wawancara menggunakan kuesioner.

Metodologi studi ini merupakan studi retrospektif dengan disain kasus kontrol. Populasi studi adalah pasien penasun yang berobat di klinik PTRM Puskesmas Kec Jatinegara dan Puskesmas Kec Gambir tahun 2007-2008, sedangkan sampel adalah populasi studi yang terpilih dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi dengan jumlah sampel kasus 156 dan kontrol 156 (ratio 1:1), pengambilan sampel berdasarkan proporsi kasus di kedua lokasi. Kasus adalah pasien yang putus berobat (tidak minum metadon minimal 7 hari berturut-turut) sedangkan kontrol adalah pasien yang teratur berobat, baik kasus maupun kontrol diambil secara acak sederhana. Analisis data dilakukan secara multivariate dengan *multiple logistic regression*.

Hasil penelitian ini didapatkan variabel jenis kelamin (p 0.003 dan OR 3.184, CI 95% 1.491- 6.800), pengetahuan (p 0.027 dan OR 1.729, CI 95% 1.064-2.812), dukungan keluarga/teman (p 0.000 OR 2.704, CI 95% 1.664 -4.396) dan aksesibilitas (aksesibilitas rendah p 0.007 OR 3.656, CI 95% 1.790-7.468 dan aksesibilitas sedang (p 0.000 OR 2.293, CI 95% 1.258 - 4.177). Studi ini memberikan rekomendasi yaitu meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan PTRM, memberikan penyuluhan tentang PTRM pada masyarakat dan mengingatkan untuk senantiasa memberi dukungan pada pasien PTRM terutama pada laki-laki, saran penelitian lebih lanjut adalah meneliti *survival time* dan faktor lain yang belum diteliti pada studi ini.

Daftar Bacaan : 67 (1983 – 2008)

POST GRADUATE PROGRAMME
STUDY OF EPIDEMIOLOGY PROGRAMME FACULTY OF PUBLIC HEALTH
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, Juli 2009

Soitawati

Factors Related to Methadone Maintenance Therapy Drop Out Among Intravenous Drug Users in Jatinegara Primary Health Centre West Jakarta and Gambir Primary Health Centre, Central Jakarta in 2007-2008.

xi + 104 pages, 29 tables, 3 pictures, 3 appendices

ABSTRACT

Drugs abuse had been a national concerned problem further more it had been global concerned recently. There are many researches about drugs abuse concluded that drug users increased about five times. According to National Narkotics Organization (BNN), in 2007, there are 1,5% population in Indonesia was a drug users that intravenous/injecting was the second most ways among drug users. In addition, DKI Jakarta is the highest risk province regard to drug users among provinces in Indonesia. Drugs abuse can lead many problems that consist of health problems including deaths and accidents, socials dan laws. Health problems among IDUs such as spread of HIV/AIDS that about 50-60% positively, hepatitis B about 25-35% positively and hepatitis C that positively among IDUs about 70-95%. The main strategies for controlling drugs abuse are Supply reduction, Demand reduction and Harm reduction which Methadone Maintenance Therapy (MMT) Programme was one of efforts to reduce harm of drugs abuse. There are drop out rate in Satelite Primary Health Centre > 45% that indicators for assessing successfully MMT Programme such as drop out rate < 45%. Regard to that, susceptible of IDUs was increasing because of back to using drug injecting, in addition that caused failure in MMT Programme.

susceptible of IDUs was increasing because of back to using drug injecting, in addition that caused failure in MMT programme.

This study aimed to understand factors related to MMT drop out among IDUs in Jatinegara Primary Health Centre West Jakarta and Gambir Primary Health Centre, Central Jakarta in 2007-2008, particularly predisposing factors (age, gender, education, marital, working status, knowledge, and attitude), enabling factors (family/companions support and accessibility) as well as needs factor (withdrawl symptoms).

This study design is case control with 156 cases and 156 controls (1:1). Cases were patients on MMT that defined not drink methadone for 7 days consecutively, controls were patients on MMT that regular drink methadone daily in the same period. All of both selected by simple random sampling. Data were analyzed in multivariate ways by multiple logistic regression.

This study result shows that gender (p 0.003 OR 3.184, CI 95% 1.491- 6.800), knowledge (p 0.027 OR 1.729, CI 95% 1.064-2.812), families/peers group support (p 0.000 OR 2.704, CI 95% 1.664 -4.396) and accesibility (low accesibility 0.007 OR 3.656, CI 95% 1.790-7.468 and moderate accesibility p 0.000 OR 2.293, CI 95% 1.258 - 4.177) are related to MMT drop out among IDUs in Jatinegara Primary Health Centre West Jakarta and Gambir Primary Health Centre, Central Jakarta in 2007-2008. This study recommended to government to increase MMT programme in other primary health services including quantity and quality of services, to announce information and education regard to MMT to public, to warn for supporting patients in MMT particularly supporting be conducted for males. In addition, other research to be conducted by survival time and other factors that related to MMT.

References : 67 (1983 - 2008)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PUTUS BEROBAT
PASIEN PENGGUNA NARKOBA SUNTIK DI KLINIK RUMATAN
METADON PUSKESMAS KECAMATAN JATINEGARA JAKARTA
TIMUR DAN PUSKESMAS KECAMATAN GAMBIR JAKARTA PUSAT
TAHUN 2007- 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2009

Pembimbing



Prof. dr. Nuning MK Masjkuri, MPH, DrPH

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Juli 2009

Ketua



(Prof.dr. Nuning MK Masjkuri, MPH, Dr.PH)

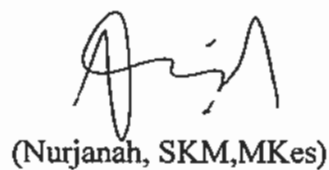
Anggota



(dr. Tri Yunis Miko W, MSc)



(dr. IBN Banjar, MKM)



(Nurjanah, SKM, MKes)

RIWAYAT HIDUP

Nama : Soitawati
Tempat/Tanggal Lahir : Slawi, 20 Agustus 1971
Alamat : Griya Pancoran Mas Indah C3/5 Depok 16434
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Ditjen PP & PL Depkes RI
Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta Pusat

Riwayat Pendidikan :

1. SD Bangka 05 Jakarta Selatan, lulus tahun 1984
2. SMPN 124 Pela Mampang Jakarta Selatan, lulus tahun 1987
3. SMAN 28 Pasar Minggu Jakarta Selatan, lulus tahun 1990
4. FK Universitas Padjadjaran Bandung, lulus tahun 1997

Riwayat Pekerjaan :

1. Dokter PTT di Puskesmas Gunung Bitung Cianjur, 1998-2001
2. Staf Pengajar di Bagian IKM FK Yarsi Jakarta, 2001-2003
3. PNS di Ditjen PP & PL Depkes RI, 2002-sekarang

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama : Soitawati
NPM : 0606021331
Program Studi : Epidemiologi
Kekhususan : Epidemiologi Komunitas
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PUTUS BEROBAT PASIEN
PENGGUNA NARKOBA SUNTIK DI KLINIK RUMATAN METADON
PUSKESMAS KECAMATAN JATINEGARA JAKARTA TIMUR DAN
PUSKESMAS KECAMATAN GAMBIR JAKARTA PUSAT
TAHUN 2007- 2008**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juli 2009



Soitawati

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur senantiasa saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, shalawat dan salam selalu dihaturkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW dan sahabatnya yang selalu teguh berjuang di jalan Allah. Atas kebesaran dan rahmat Allah yang tak terbatas, saya dapat menyelesaikan pendidikan ini dengan segala kesabaran dan kekuatan yang Allah berikan. Ilmu yang diperoleh selama pendidikan tak akan sebanding dengan luasnya ilmu Allah, seperti setitik tinta dalam pena dengan luasnya samudra tinta. Namun dengan seizinNya, ilmu yang sedikit itu semoga dapat memberikan manfaat yang besar dan mendapat keridhoanNya sebagai jalan untuk lebih dekat padaNya. Amiin.

Ungkapan rasa terima kasih dan syukur pertama-tama saya haturkan kepada Allah SWT semata yang kepadaNya lah segala bentuk rasa berpulang, untuk anak-anak dan suamiku yang senantiasa memberikan doa dan dukungan, untuk Prof Nuning yang telah memberikan bimbingan selama saya menjalani pendidikan, ucapan terima kasih yang tak terhingga juga saya haturkan untuk :

- Bu Evi Martha di Departemen PKIP yang dengan sabar memberikan bimbingan dalam proses penyelesaian tesis ini, semoga Allah membalas segala kebaikan ibu dengan pahala yang berlipat ganda.
- Kepala Puskesmas Kec Jatinegara dan Kepala Puskesmas Kec Gambir atas perkenannya memberikan izin puskesmas sebagai tempat penelitian.

- Ibu dr. Yulia Anwar dan dr. Lina di Puskesmas Kec Jatinegara, dr. Gede Subagya dan Ibu Chris Natalina di Puskesmas Kec Gambir dan rekan-rekan petugas di Puskesmas Kec Jatinegara dan Puskesmas Kec Gambir atas segala bantuan yang telah diberikan, semoga Allah memberikan balasan kebaikan yang terhingga.
- Pak Miko atas bimbingan dan masukan-masukannya, dr. Banjar, Bu Nurjanah atas kesediaannya menguji dan memberi masukan.
- Para Kader Muda Yayasan Kharisma, Mba Awidh, Syaiful, dan kader muda lainnya yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu dalam penelitian ini, semoga Allah melapangkan rizki dan memberi kemudahan dalam setiap urusan.
- Teman-teman FKM angkatan 2006 umumnya dan jurusan Epidemiologi khususnya yang tidak lelah memberi semangat, Bu Puji dan Mba Yuni, terima kasih atas segala kebaikannya.
- Pihak-pihak lainnya yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungannya.

Penulis

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

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

Nama : Soitawati
NPM : 0606021331
Program Studi : Epidemiologi
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Putus Berobat Pasien Pengguna Narkoba Suntik di Klinik Rumatan Metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan 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 : 21 Juli 2009
Yang menyatakan



(Soitawati)

DAFTAR ISI

Hal

ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
Kata Pengantar.....	i
Daftar Isi.....	iii
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan masalah.....	6
1.3. Pertanyaan penelitian.....	7
1.4. Tujuan penelitian.....	8
1.4.1. Tujuan umum.....	8
1.4.2. Tujuan khusus.....	8
1.5. Manfaat penelitian.....	9
1.6. Ruang lingkup.....	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Pengertian penyalahgunaan narkoba.....	11
2.2. Mekanisme ketergantungan narkoba.....	12
2.3. Penanggulangan narkoba.....	13

2.4. Penanggulangan penderita ketergantungan narkoba	14
2.4.1. Konsep dasar penatalaksanaan.....	15
2.4.1.1. Terapi Detoksifikasi.....	16
2.4.1.2. Terapi Rumatan	17
2.4.1.3. Rehabilitasi	20
2.4.1.4. Program Pasca Rawat	23
2.4.2. <i>Harm Reduction Program</i>	23
2.4.2.1. <i>Syringe Exchange Program</i>	24
2.4.2.2. <i>Methadone Maintenance Treatment Program</i>	24
2.4.2.3. <i>Education, Outreach Program and Bleach</i>	25
2.4.2.4. <i>Tolerance Areas</i>	25
2.5. Pengertian Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM).....	26
2.5.1. Komponen dalam PTRM	26
2.5.2. Protokol Terapi.....	27
2.5.2.1. Seleksi Pasien	27
2.5.2.2. Fase-fase terapi rumatan metadon	29
2.5.3. Keadaan-Keadaan Khusus.....	30
2.5.3.1. <i>Take Home Doses</i>	30
2.5.3.2. Dosis terlewat atau yang dimuntahkan.....	31
2.5.3.3. Efek Samping, Overdosis dan Interaksi Obat.....	32
2.6. Pemantauan.....	32
2.7. Putus Berobat.....	33
2.8. Faktor-faktor yang mempengaruhi putus berobat.....	34
2.9. Kerangka Teori	44

BAB 3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS.....	45
3.1. Kerangka konsep	46
3.2. Definisi operasional.....	47
3.3. Hipotesis	51
BAB 4. METODOLOGI	52
4.1. Disain penelitian.....	52
4.2. Lokasi dan waktu penelitian	52
4.3. Populasi dan sampel	53
4.2.1. Populasi.....	53
4.2.2. Sampel	53
4.5. Cara pengambilan sampel.....	56
4.6. Langkah-langkah dalam manajemen penelitian	57
4.6.1. Persiapan penelitian.....	57
4.6.2. Pengumpulan data.....	58
4.6.3. Pengolahan data.....	58
4.6.4. Analisis data.....	59
4.6.4.1. Analisis univariat.....	59
4.6.4.2. Analisis bivariat.....	60
4.6.4.3. Analisis multivariat.....	60
BAB 5. HASIL PENELITIAN.....	62
5.1. Gambaran Demografi	62
5.2. Distribusi Frekuensi Putus Berobat dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya	62
5.2.1. Status Putus Berobat	62
5.2.2. Jenis Kelamin.....	64
5.2.3. Umur	65
5.2.4. Pendidikan.....	66
5.2.5. Status Pekerjaan	67

5.2.6. Status Marital	68
5.2.7. Pengetahuan	68
5.2.8. Sikap.....	70
5.2.9. Dukungan keluarga/teman	71
5.2.10. Aksesibilitas	73
5.2.11. Gejala Putus Obat.....	75
5.3. Hubungan Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen.....	76
5.4. Analisis Multivariat	81
5.4.1. Seleksi Variabel	81
5.4.2. Pembuatan Model.....	82
5.5. Uji Interaksi	87
BAB 6. PEMBAHASAN.....	88
6.1. Keterbatasan penelitian.....	88
6.2. Validitas Internal	89
6.2.1. Bias Seleksi.....	89
6.2.2. Bias Informasi.....	89
6.2.3. Random Error	90
6.3. Validitas Eksternal.....	91
6.4. Hubungan Variabel Independen Yang Bermakna Secara Statistik Dengan Variabel Dependen.....	91
6.4.1. Jenis Kelamin.....	92
6.4.2. Pengetahua.....	93
6.4.3. Dukungan Keluarga/Teman.....	93
6.4.4. Aksesibilitas.....	95
6.5. Hubungan Variabel Independen Yang Tidak Bermakna Secara Statistik Dengan Variabel Dependen.....	97

BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	100
7.1. Kesimpulan.....	100
7.2. Saran	101

Daftar pustaka

Lampiran



DAFTAR TABEL

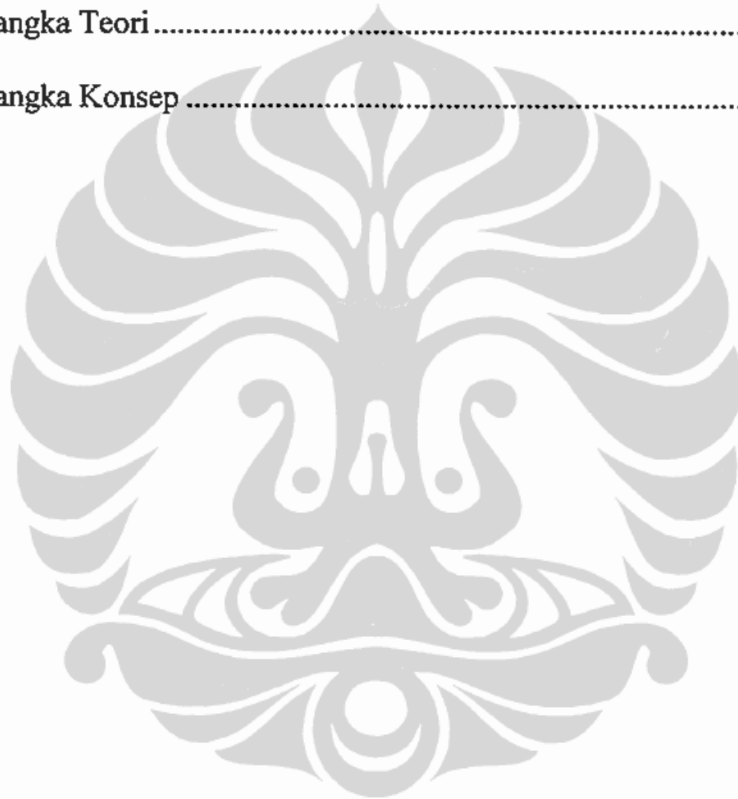
	Hal
Tabel 4.1. Hasil Penelitian Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Rumatan Metadon.....	55
Tabel 4.2. Perhitungan Besar Sampel.....	56
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Pasien Penasun Berdasarkan Status Putus Berobat di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	64
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	64
Tabel 5.3. Distribusi umur responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	65
Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Umur di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	65
Tabel 5.5. Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Pendidikan Formal Terakhir di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	66
Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	67
Tabel 5.7. Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Status Pekerjaan di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	68

Tabel 5.8.	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Status Marital di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	68
Tabel 5.9	Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Putus Berobat.....	69
Tabel 5.10.	Distribusi skor pengetahuan responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	69
Tabel 5.11.	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Pengetahuan di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	70
Tabel 5.12.	Distribusi Skor Sikap Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	71
Tabel 5.13.	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Sikap di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	71
Tabel 5.14	Analisis hubungan Dukungan Keluarga/Teman dengan Putus Berobat	72
Tabel 5.15	Distribusi Skor Dukungan Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	72
Tabel 5.16.	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Dukungan keluarga/ Teman di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	73
Tabel 5.17.	Analisis Hubungan Aksesibilitas dengan Putus Berobat.....	74
Tabel5.18.	Distribusi Skor Aksesibilitas Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008.....	75

Tabel 5.19	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Aksesibilitas di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007 – 2008	75
Tabel 5.20	Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Gejala Putus Obat di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008	76
Tabel 5.21	Hasil analisis bivariat antara variabel dependen dan variabel independen.....	77
Tabel 5.22	Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen dan Variabel Dependen.....	82
Tabel 5.23	Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	83
Tabel 5.24	Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	84
Tabel 5.25	Hasil Analisis Multivariate antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	85
Tabel 5.26	Hasil Analisis Multivariate antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	85
Tabel 5.27	Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	86
Tabel 5.28	Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat.....	86

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Bagan 2.1. Komponen Dalam Program Terapi Rumatan Metadon.....	27
Bagan 2.2. Kerangka Teori.....	44
Bagan 3.1. Kerangka Konsep.....	46



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) atau yang lebih umum dikenal dengan istilah narkoba (narkotika dan bahan/obat berbahaya) merupakan masalah yang sangat kompleks dimana penanggulangannya membutuhkan upaya yang komprehensif dengan melibatkan kerjasama berbagai bidang dan peran serta masyarakat. Masalah yang ditimbulkan akibat penyalahgunaan narkoba tidak hanya sebatas aspek kesehatan termasuk didalamnya kecelakaan dan kematian akibat overdosis tapi juga aspek hukum dan sosial (Depkes 2002).

Saat ini penyalahgunaan narkoba telah menjadi masalah kesehatan masyarakat secara nasional bahkan global. Studi sistematis *review* yang dilakukan oleh *The Cochrane Collaboration* tahun 2003, selama satu dasawarsa terjadi peningkatan studi tentang ketergantungan narkoba yang cukup bermakna (tahun 1990 sekitar 45 studi sementara tahun 2000 meningkat menjadi hampir 200 studi), hal ini menunjukkan perhatian yang besar terhadap masalah ketergantungan narkoba yang diasumsikan bahwa pengguna narkoba makin meningkat sehingga ketergantungan narkoba menjadi masalah dunia (Davoli M *et al* 2003). Studi sistematis *review* lainnya dari 200 negara yang datanya dikumpulkan antara tahun 2004-2007 mendapatkan hasil estimasi prevalensi pengguna narkoba suntik sebesar 77% dari populasi dunia yang berusia 15-64 tahun dengan estimasi

terbesar populasi pengguna narkoba suntik pada tahun 2007 terdapat di China, USA dan Rusia, sementara estimasi global mendapatkan sekitar 3 juta pengguna narkoba suntik telah terinfeksi HIV terutama di wilayah Eropa Timur, Asia Timur, Asia Tenggara dan Amerika Latin (Mathers M Bradley *et al.* 2008).

Sementara di Indonesia sendiri pada pertengahan 2007 lalu, Badan Narkotika Nasional (BNN) mensinyalir bahwa 1,5% penduduk Indonesia terjerat narkoba. Provinsi DKI Jakarta menjadi peringkat pertama daerah paling rawan terhadap penyalahgunaan narkotika dan psikotropika. Berdasarkan data BNN hingga tahun 2006 terjadi peningkatan jumlah pengguna narkoba hingga 5 kali dibandingkan tahun 2001. Bila dilihat dari cara penggunaan narkoba, berdasarkan data tahun 2001-2004 suntikan merupakan proporsi kedua terbanyak yang dilakukan pengguna narkoba (BNN 2007; www.bankdata.depkes.go.id 2005).

Masalah kesehatan yang sering menyertai penggunaan narkoba suntik adalah HIV/AIDS, hepatitis B dan C. Data tahun 1999-2002 menunjukkan terjadi peningkatan infeksi HIV sekitar 30% di kalangan pengguna narkoba suntik di Jakarta dan Bogor. Berdasarkan hasil *sero-surveillance* tahun 2005 ditemukan hasil positif HIV pada pengguna narkoba suntik yang berobat di RS Ketergantungan Obat Jakarta sebesar 50% dan 59,49% di RS Sanglah Bali (Depkes 2006). Selain HIV/AIDS, hepatitis B dan C merupakan penyakit yang sering menyertai pengguna narkoba suntik. Dari hasil penelitian yang pernah dilakukan didapatkan sebesar 35% pengguna narkoba suntik mengidap hepatitis B sedangkan dalam penelitian lain didapatkan prevalensi hepatitis B sebesar

25% pada pengguna narkoba suntik antara umur 18-30 tahun, bahkan 70% dalam satu tahun pertama pengguna narkoba suntik telah terinfeksi hepatitis B (Kuo *et al* 2004). Jumlah yang tidak jauh berbeda pada hepatitis C dimana prevalensi pada pengguna narkoba suntik sekitar 35-50%, berdasarkan hasil *sero-surveillance* anti hepatitis C pada pengguna narkoba suntik yang berobat di RSKO menggambarkan pengguna narkoba suntik yang terinfeksi hepatitis C sebesar 70% sedangkan di RS Sanglah sebesar 95,45% (www.depkes.go.id 2004; Depkes 2006).

Berbagai upaya dilakukan untuk menanggulangi narkoba yang secara umum dapat dilakukan melalui tiga cara yaitu *Supply Reduction* (mengurangi persediaan), *Demand Reduction* (mengurangi produksi) dan *Harm Reduction* (mengurangi risiko yang ditimbulkan). *Harm Reduction* merupakan program untuk mengurangi risiko penularan penyakit melalui jarum suntik yang tidak steril pada pengguna narkoba suntik tanpa adanya kewajiban abstinensia dari penggunaan obat. Terapi rumatan metadon (*Methadone Maintenance Treatment Programme*) dan program pertukaran *syringe* steril (*Needles and Syringe Exchange Programme*) merupakan upaya pengurangan risiko akibat penggunaan narkoba suntik. (WHO 2006; Mroso 2003; Al Bachri 2002; ; www.surabaya-ehealth.org 2008).

Program terapi rumatan metadon (PTRM) merupakan suatu program terapi substitusi bagi pecandu opioid dengan meminum metadon cair. Tujuan utama PTRM ini adalah meminimalkan risiko penularan penyakit HIV/AIDS dan penyakit yang ditularkan melalui jarum suntik lainnya, menormalkan fungsi psikologis dan sosial sehingga pasien

yang mendapat terapi metadon dapat menjalankan kehidupannya dengan baik serta dapat lepas dari ketergantungan opioid (Depkes 2006; WHO 2006; Sees 2000; Sullivan *et al* 2005; Daniel 2008). Salah satu studi di Amerika menunjukkan bahwa terapi rumatan metadon dapat menurunkan frekuensi penggunaan narkoba suntik dan mengembalikan fungsi sosial pada pengguna narkoba suntik (Adamsson 2003). Studi kohort lain menggambarkan bahwa terapi rumatan metadon dapat menurunkan angka kematian akibat overdosis (Davoli M *et al* 2007).

Pada penelitian yang pernah dilakukan untuk menilai faktor yang berhubungan dengan angka kepatuhan (*retention rate*) pasien pengguna narkoba suntik pada terapi rumatan metadon didapatkan hasil pasien yang putus berobat selama masa pengamatan (90 hari) sebesar 40%, hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan hasil pasien yang putus berobat sebesar 30% (Booth *et al* 2004). Penelitian lain yang dilakukan tahun 1967-1990 menunjukkan rata-rata penderita putus berobat pada tahun pertama adalah 14-40%, yang pada akhirnya penderita ini kembali menggunakan narkoba suntik (Rhoades *et al* 1998; Gunne L *et al* 2002). Sementara penelitian yang dilakukan pada pasien di poli rumatan metadon RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapatkan hasil pasien yang tidak patuh berobat (*drop out*) sebesar 30,5% (Aniswati dkk 2007) sedangkan poli rumatan metadon Puskesmas Tanjung Priok mencatat sampai dengan Agustus 2008 dari 421 pengguna narkoba suntik yang terjaring terdapat 138 pasien yang aktif (32,7%), sehingga pasien yang tidak aktif (putus berobat) sekitar 67,3% (www.fkip.ui.ac.id 2008). Sementara itu berdasarkan laporan tahunan, angka *drop out* di

Puskesmas Kecamatan Gambir pada tahun 2006-2008 mencapai 53% sedangkan di Puskesmas Kecamatan Jatinegara mencapai 49%. Kondisi di atas menunjukkan masih terdapat kesenjangan terhadap apa yang diharapkan karena salah satu indikator keberhasilan dalam program terapi rumatan metadon adalah angka *drop out* < 45% (Depkes 2006). Putus berobat menjadi salah satu masalah karena dapat menyebabkan kerentanan penasun terhadap penyakit yang ditularkan melalui darah seperti HIV/AIDS dan hepatitis meningkat karena umumnya penasun yang putus berobat akan kembali menggunakan narkoba suntik. Selain itu berkaitan dengan keberhasilan program metadon bagi penasun itu sendiri, karena bila putus berobat maka penasun harus memulai dengan prosedur dan dosis metadon awal sehingga tingkat keberhasilan program akan menurun (Depkes 2006).

Beberapa faktor yang ditemukan dalam penelitian berhubungan dengan kepatuhan berobat antara lain faktor demografi yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan selain itu juga faktor dosis metadon yang diberikan dan faktor jumlah kunjungan berobat per minggu (Rhoades *et al* 1998; Davoli M *et al* 2003). Penelitian lain menunjukkan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat selain faktor demografi adalah faktor sosioekonomi, penyakit yang menyertai (komorbiditas), gejala putus obat, faktor sosial seperti dukungan keluarga, pengaruh teman serta penggunaan obat atau zat lain (Manna Vincenzo 2001; Muttaqin 2007; Mutasa HC 2001). Faktor aksesibilitas dan sarana pelayanan kesehatan juga menjadi faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat (Depkes 2006 ; WHO 2005).

Saat ini PTRM di Indonesia belum dilakukan di seluruh pelayanan kesehatan. Pengembangan program rumatan metadon mulai dilakukan pertama kali di RSKO Jakarta dan RSU Sanglah. Pengamatan yang dilakukan dari tahun 2003-2005 didapatkan pasien yang *drop out* sekitar 40-50% dengan alasan utama adalah akses yang sulit, sehingga sejak pertengahan 2006 telah ditetapkan 4 rumah sakit uji coba pelayanan terapi rumatan metadon yaitu RSKO Jakarta, RSHS Bandung, RS Dr. Soetomo Surabaya dan RSU Sanglah Denpasar dan satelit uji coba pelayanan terapi rumatan metadon ditetapkan 3 tempat yaitu Puskesmas Tanjung Priok Jakarta, Lapas Krobokan Denpasar dan Puskesmas Kuta I Bali. DKI Jakarta sebagai daerah paling rawan terhadap penggunaan narkoba memiliki estimasi kelompok risiko terbesar sehingga sebagai upaya pengurangan dampak buruk akibat penggunaan narkoba suntik, pemerintah daerah DKI Jakarta kemudian menetapkan 1 Puskesmas di tiap kotamadya sebagai satelit uji coba pelayanan terapi rumatan metadon. (Depkes RI 2006; www.methadone-indonesia.com 2008). Lokasi penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir dengan pertimbangan bahwa kedua lokasi merupakan puskesmas satelit PTRM, memiliki jumlah sampel yang cukup banyak, data identitas pasien cukup lengkap dan memiliki karakteristik pasien yang relatif sama.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Penyalahgunaan narkoba telah menjadi masalah kesehatan baik secara nasional maupun global, yang digambarkan dengan makin meningkatnya jumlah pengguna

narkoba dari tahun ke tahun. Dampak yang ditimbulkan akibat penyalahgunaan narkoba suntik tidak hanya sebatas aspek kesehatan seperti HIV/AIDS, hepatitis B dan C, kecelakaan maupun kematian, tapi juga menyangkut aspek sosial dan hukum. Dampak kesehatan akibat penggunaan narkoba suntik terlihat dari meningkatnya angka HIV/AIDS maupun hepatitis B dan C di kalangan pengguna narkoba suntik. Sebagai upaya untuk mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba suntik dilakukan program terapi rumatan metadon. Dengan demikian diharapkan dampak negatif akibat penggunaan narkoba suntik dapat berkurang. Namun demikian, data yang diperoleh menunjukkan masih tingginya angka putus berobat di klinik metadon di puskesmas-puskesmas satelit di Jakarta, hal ini akan meningkatkan kerentanan penasun terhadap penyakit HIV/AIDS dan hepatitis dan menurunkan keberhasilan program metadon. Di Indonesia masih sedikit data/informasi yang ditemukan tentang pengguna narkoba suntik putus berobat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sehingga perlu dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor tersebut.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

1. Bagaimana hubungan antara faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status marital, sikap, pengetahuan), faktor pendukung (dukungan keluarga/teman, aksesibilitas) dan faktor kebutuhan (gejala putus obat yang dialami) dengan putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir ?

2. Bagaimana model yang paling sesuai dan sederhana untuk menggambarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir ?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. TUJUAN UMUM

Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir tahun 2007-2008.

1.4.2. TUJUAN KHUSUS

1. Mengetahui hubungan antara faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status marital, sikap, pengetahuan), faktor pendukung (dukungan keluarga/teman, aksesibilitas) dan faktor kebutuhan (gejala putus obat yang dialami) dengan putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir.
2. Mendapatkan model yang paling sesuai dan sederhana untuk menggambarkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir.

1.5. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak yaitu :

1. Bagi institusi

Sebagai masukan bagi pengelola program maupun instansi terkait untuk meningkatkan pelayanan baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga keberhasilan program dapat tercapai.

2. Bagi peneliti lain

Diharapkan dapat memanfaatkan data yang tersedia sebagai bahan informasi ataupun sebagai data awal yang digunakan untuk penelitian lebih lanjut.

3. Bagi masyarakat

Meningkatkan kesadaran akan pentingnya menjaga komunikasi dan keharmonisan antar anggota keluarga agar terhindar dari bahaya narkoba serta memotivasi anggota masyarakat yang mengalami ketergantungan narkoba untuk melakukan terapi rumatan agar dapat mengurangi dampak negatif narkoba suntik.

4. Bagi penulis

Menambah khasanah ilmu pengetahuan dan kemampuan menganalisis prediktor yang berhubungan dengan putus berobat pasien di PTRM serta sebagai pengalaman dalam menyusun perencanaan, melaksanakan dan menulis hasil penelitian dalam bentuk tulisan ilmiah.

1.6 . RUANG LINGKUP

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan pendekatan metodologi kasus kontrol untuk mencari hubungan antara faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor kebutuhan dengan putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir. Data penelitian diambil dari status pasien yang terdaftar di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir pada tahun 2007-2008. Data faktor pajanan diperoleh berdasarkan wawancara terstruktur terhadap responden yang disusun dalam bentuk retrospektif sehingga diyakini pajanan tersebut terjadi selama pengobatan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian penyalahgunaan narkoba

Penyalahgunaan narkoba merupakan penggunaan narkoba yang bertujuan bukan untuk pengobatan atau yang digunakan tanpa indikasi atau pengawasan dokter, baik digunakan hanya sesekali, berkali-kali atau terus-menerus yang dapat menyebabkan ketagihan atau ketergantungan baik secara fisik, mental emosional sehingga menyebabkan gangguan fisik, mental emosional dan fungsi sosial. Penyebab penyalahgunaan narkoba sangat kompleks yang merupakan interaksi antara faktor individu, faktor lingkungan dan faktor ketersediaan narkoba itu sendiri (Depkes 2002).

Bila dilihat dari istilah klinis/medik-psikiatrik, pemakaian narkoba dibedakan menjadi yang bersifat patologik yang disebut penyalahgunaan (*abuse*) dan ketergantungan (*dependence use*), sedangkan yang bersifat non patologik adalah tingkat pemakaian psikologik sosial (*experimental use, recreational use dan situasional use*). Penyalahgunaan (*abuse*) adalah pemakaian narkoba yang bersifat patologik yang ditandai dengan ketidakmampuan mengurangi atau menghentikan, berusaha mengendalikan berulang kali, intoksikasi sepanjang hari dan terus menggunakan walaupun ada gangguan fisik. Keadaan ini akan menimbulkan gangguan fungsional atau okupasional yaitu berperilaku agresif dan tak wajar, ketidakmampuan melaksanakan tugas atau pekerjaan di luar ataupun di dalam keluarga, interaksi sosial terganggu serta melakukan tindak kriminal

atau melanggar hukum. Sedangkan ketergantungan (*dependence use*) adalah suatu keadaan dimana terjadi toleransi dan gejala putus zat bila pemakaian narkoba dihentikan atau dikurangi dosisnya (www.resources.unpad.ac.id 2008; Martono 2006).

Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa penyalahgunaan narkoba adalah pemakaian narkoba yang bersifat patologik baik secara terus-menerus ataupun sesekali sehingga menimbulkan ketagihan ataupun ketergantungan yang menyebabkan gangguan fisik, mental maupun sosial.

2.2. Mekanisme ketergantungan narkoba

Ketergantungan obat sering berkaitan dengan toleransi, hal ini dapat terjadi pada penggunaan obat secara kronis. Keadaan ini ditandai dengan kebutuhan peningkatan dosis obat secara progresif untuk menghasilkan efek aslinya. Toleransi sebagian disebabkan oleh peningkatan metabolisme obat (toleransi farmakokinetik) namun terutama disebabkan oleh perubahan neuroadaptif dalam otak. Mekanisme yang mendasari ketergantungan dan toleransi obat belum sepenuhnya diketahui dengan baik kemungkinan karena adaptasi seluler yang menyebabkan perubahan aktivitas enzim, pelepasan biogenic amin tertentu atau beberapa respon imunitas (Neal, M J 2003; Japardi I 2002).

Secara umum pemberian obat secara kronis menginduksi perubahan adaptif *homeostatic* dalam otak yang bekerja dalam suatu cara untuk melawan kerja obat namun sirkuit otak yang terlibat dalam ketergantungan obat belum diketahui. Nukleus locus ceruleus yang kaya akan tempat reseptor opioid seperti μ , δ dan κ , alpha-adrenergic dan

reseptor lainnya diduga bertanggung jawab dalam menimbulkan gejala *withdrawal*. Stimulasi pada reseptor opioid dan alpha-adrenergic memberikan respon yang sama pada intraseluler, bila terjadi stimulasi reseptor oleh agonis opioid (morfin) akan menekan aktivitas adenilsiklase pada siklik AMP. Bila stimulasi ini diberikan secara terus menerus, akan terjadi adaptasi fisiologik di dalam neuron yang membuat level normal dari adenilsiklase walaupun berikatan dengan opiat. Bila ikatan opiat ini dihentikan dengan mendadak atau diganti dengan obat yang bersifat antagonis opioid, maka akan terjadi peningkatan efek adenilsiklase pada siklik AMP secara mendadak dan berhubungan dengan gejala pasien berupa gejala hiperaktivitas (Japardi I 2002).

Pada percobaan hewan didapatkan bukti bahwa satu sirkuit penting adalah jalur dopaminergik dari area tegmental ventral yang keluar sampai ke nukleus akumbens dan korteks prefrontalis. Beberapa obat bekerja pada terminal saraf sementara opioid meningkatkan pelepasan dopamine dengan menghambat input GABAergik ke dalam neuron dopaminergik. Terdapat beberapa bukti dari percobaan yang menggunakan PET (*Positron Emission Tomography*) bahwa ketergantungan obat dapat berkaitan dengan reseptor dopamine D2 yang berkurang di dalam otak (Neal, M.J 2003).

2.3. Penanggulangan narkoba

Penanggulangan narkoba secara umum dibedakan menjadi 3 pokok kegiatan besar yaitu *Supply reduction* dengan mengurangi ketersediaan narkoba antara lain dengan cara menegakkan supremasi hukum tentang peredaran narkoba sehingga peredaran gelap narkoba dapat diberantas, pengawasan ketat terhadap kebutuhan narkoba untuk pengobatan

sehingga terjamin legalitasnya. Kegiatan kedua adalah *Demand reduction* yaitu mengurangi kebutuhan narkoba di luar kebutuhan pengobatan serta untuk upaya rehabilitasi terhadap pengguna narkoba. Terakhir adalah *Harm reduction* yaitu mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba, dengan tujuan mengurangi penularan penyakit yang ditularkan melalui jarum suntik terutama HIV/AIDS, hepatitis B dan C dengan program pertukaran jarum suntik steril (*Sterile Syringe Exchange*) atau program terapi rumatan metadon (*Methadone Maintenance Therapy*) (Joewana 2006; www.surabaya-health.org 2008).

2.4. Penanggulangan penderita ketergantungan narkoba

Penatalaksanaan seseorang dengan ketergantungan narkoba merupakan suatu proses panjang yang memakan waktu relatif cukup lama dan melibatkan banyak bidang profesi. Pada dasarnya terapi dan rehabilitasi penderita ketergantungan narkoba tergantung pada teori dan filosofi yang mendasarinya, dalam ICD X digolongkan ke dalam *Mental and Behavioral Disorders due to Psychoactive Substance Use*. Secara klinis ketergantungan narkoba memberi gambaran yang berbeda-beda dan tergantung banyak faktor seperti jumlah dan jenis narkoba yang dikonsumsi, keparahan gangguan dan hendaya kepribadian, kondisi medis umum dan psikiatri, konteks sosial dan lingkungan penderita. Tata laksana terapi dan rehabilitasi narkoba dapat dilakukan dalam bentuk *out patient* (rawat jalan), *in patient* (rawat inap) dan *residency* (panti/pusat rehabilitasi) (Depkes 2002, Geller 1997).

2.4.1. Konsep dasar penatalaksanaan

Penatalaksanaan ketergantungan narkoba dibedakan menjadi terapi dan rehabilitasi, keduanya harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Umumnya tujuan terapi ketergantungan narkoba adalah sebagai berikut (Depkes 2002; Wardani I.A 2007; Al Bachri 2002) :

1. Abstinensia atau penghentian total penggunaan narkoba. Tujuan terapi ini tergolong sangat ideal, namun untuk mempertahankan abstinensia tersebut harus didukung dengan meminimalkan dampak langsung ataupun tidak langsung akibat penggunaan narkoba.
2. Pengurangan frekuensi dan keparahan kambuh. Tujuan utamanya adalah mencegah terjadinya kekambuhan. Opioid memiliki potensial ketergantungan yang cukup kuat sehingga sukar mencapai abstinensia, karena itu perlu beberapa alternatif tindakan untuk mencegah kekambuhan seperti *relapse prevention programme*, *cognitive behavior therapy* dan *opioid antagonist maintenance therapy* dengan naltrexone.
3. Memperbaiki fungsi psikologi dan fungsi adaptasi sosial. Tujuan utamanya adalah mengembalikan fungsi sosial dan psikologi pengguna narkoba serta mengurangi dampak akibat narkoba terutama penularan beberapa penyakit melalui jarum suntik tidak steril. Terapi rumatan metadon, *syringe exchange program* merupakan pilihan untuk mencapai tujuan terapi jenis ini.

Secara umum penanggulangan pasien ketergantungan narkoba terbagi menjadi terapi medis, rehabilitasi, terapi pasca perawatan dan *narkotic anonymous*. Seperti diketahui,

terapi medik ketergantungan narkoba terdiri atas dua fase yang merupakan suatu proses berkesinambungan, runtut dan tidak dapat berdiri sendiri yaitu terapi detoksifikasi dan terapi rumatan.

2.4.1.1. Terapi Detoksifikasi (Geller 1997; Wardani 2007; Al Bachri 2002)

Detoksifikasi merupakan langkah awal proses terapi ketergantungan opioida dan merupakan intervensi medik jangka singkat. Terapi detoksifikasi tidak dapat diberikan tunggal harus tapi diikuti dengan rehabilitasi karena bila hanya diberikan terapi detoksifikasi kemungkinan kambuh akan lebih besar. Tujuan terapi detoksifikasi opioida adalah sebagai berikut :

1. mengurangi, meringankan, atau meredakan keparahan gejala putus opioida
2. mengurangi keinginan, tuntutan dan kebutuhan pasien untuk "mengobati dirinya sendiri" dengan menggunakan zat-zat ilegal
3. mempersiapkan proses lanjutan yang dikaitkan dengan modalitas terapi lainnya seperti *therapeutic community* atau berbagai jenis terapi rumatan lain
4. menentukan dan memeriksa komplikasi fisik dan mental, serta mempersiapkan perencanaan terapi jangka panjang, seperti HIV/AIDS, TB paru dan hepatitis.

Berdasarkan lamanya proses berlangsung, terapi detoksifikasi dibagi atas detoksifikasi jangka panjang (3-4 minggu) misalnya dengan menggunakan metadon , detoksifikasi jangka sedang (3-5 hari) dengan naltrekson, midazolam, klonidin dan detoksifikasi cepat

(6 jam sampai 2 hari) atau *rapid detox*. Zat yang digunakan untuk terapi detoksifikasi antara lain :

a. Metadon

Metadon merupakan substitusi opioida yang merupakan pilihan utama dalam terapi detoksifikasi opioida secara gradual. Proses detoksifikasi berlangsung relatif lama (>21 hari) dan selama proses terapi detoksifikasi metadon berlangsung, angka relaps dapat ditekan. Setelah detoksifikasi berhasil, kemudian dilanjutkan dengan terapi rumatan yang dikenal dengan *Methadone Maintenance Treatment Program*.

b. Klonidin

Klonidin adalah suatu *central alpha-2-adrenergic receptor agonist*, yang digunakan dalam terapi hipertensi. Klonidin mengurangi lepasnya noradrenalin dengan mengikatnya pada *pre-synaptic alpha2 receptor* di daerah locus cereleus, dengan demikian mengurangi gejala putus opioida. Klonidin digunakan dalam kombinasi karena tidak dapat memperpendek masa detoksifikasi sehingga dikombinasi dengan naltrekson, kombinasi ini dapat mengurangi gejala putus opioida ringan seperti: menguap, keringat dingin, keluar air mata dan lainnya.

c. Naltrekson

Naltrekson adalah suatu senyawa antagonis opioida, yang penggunaannya dikombinasi dengan klonidin dan dikenal dengan nama *Clontrex Method* digunakan untuk pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap. Umumnya program detoksifikasi dengan *Clontrex method* ini berlangsung selama 3-5 hari dan kemudian diikuti dengan terapi

rumatan yang dikenal dengan *Opamat-ED Program*. Kombinasi lainnya adalah Naltrekson dengan Midazolam yang juga telah digunakan untuk memperpendek waktu terapi detoksifikasi.

d. Lofeksidin dan Guanfasin

Lofeksidin adalah analog klonidin tetapi mempunyai keuntungan lain yaitu tidak banyak mempengaruhi tekanan darah. Guanfasin adalah senyawa *alpha-2 adrenergic agonist* yang juga mempunyai kemampuan untuk mengurangi gejala putus opioida.

e. Buprenorfin

Buprenorfin adalah suatu senyawa yang bekerja ganda sebagai agonis dan antagonis pada reseptor opioida, zat ini juga digunakan sebagai awal dari terapi kombinasi *Clontrex Method*. Gejala putus opioida pada terapi buprenorfin sangat ringan dan hilang dalam sehari setelah pemberian buprenorfin sublingual.

2.4.1.2. Terapi Rumatan

Terapi rumatan ketergantungan opioida bertujuan antara lain untuk mencegah atau mengurangi terjadinya *craving* (rindu) terhadap opioida, mencegah relaps (menggunakan zat adiktif kembali), restrukturisasi kepribadian, memperbaiki fungsi fisiologi organ yang telah rusak akibat penggunaan opioida. Sementara tujuan farmakoterapi rumatan pasca detoksifikasi adalah untuk menambah *holding power* untuk pasien yang berobat jalan sehingga menekan biaya pengobatan, menciptakan suatu *window of opportunity* sehingga pasien dapat menerima intervensi psikososial selama terapi rumatan dan mengurangi risiko

dan mempersiapkan kehidupan yang produktif selama menggunakan terapi rumatan. Zat yang digunakan untuk terapi rumatan pasca detoksifikasi antara lain (Depkes 2002; Geller 1997; Wardani 2007; Al Bachri 2002) :

a. Metadon

Methadone merupakan suatu substitusi opioida yang bersifat agonis dan *long-acting*. Sejak tahun 1960an di Amerika dan Eropa, penggunaan metadon dianggap sebagai terapi baku untuk pasien ketergantungan opioida. Dewasa ini dikembangkan suatu bentuk derivat metadon, *levacethylmethadol*, yang mempunyai masa aksi lebih lama (72 jam) sehingga pasien tidak perlu tiap hari datang ke fasilitas kesehatan.

b. Buprenorfin

Buprenorfin dapat juga digunakan untuk terapi rumatan. Seperti *levacethylmethadol*, hanya diberikan 2 atau 3 kali dalam seminggu karena masa aksinya yang panjang. Kombinasi buprenorfin dan naltrekson juga telah dipelajari dan dicoba untuk terapi ketergantungan opioida.

c. Disulfiram

Disulfiram merupakan suatu *alcohol antabuse* yang ditemukan di Denmark tahun 1948 yang dibuat sebagai tablet buih yang mudah larut dalam air sehingga mudah diminum. Disulfiram sangat efektif jika diberikan kepada pasien ketergantungan alkohol secara *ambulatory* dengan pemantauan dan bila dikombinasi dengan terapi perilaku kognitif akan memberikan hasil yang memuaskan.

d. Ultra rapid detoxification

Ultra rapid detoxification adalah kombinasi antara prosedur terapi detoksifikasi dengan anestesia. Merupakan antagonis opiat yang bekerja memblokir efek dopamin pada reseptor dopamin dan menurunkan aktifitas neuron dopaminergik sehingga diharapkan tidak mengalami gejala putus obat. Terapi ini dilakukan dengan pengaruh anestesia umum sehingga memerlukan perawatan minimal satu hari. Kemudian langkah ini dilanjutkan dengan pemberian obat golongan *tranquilizer*, analgetik non opiat dan antidepresan yang tidak menimbulkan adiksi serta diikuti dengan terapi rumatan naltrekson. Keuntungan cara ini antara lain waktu detoksifikasi singkat, terhindarnya rasa sakit atau rasa tidak menyenangkan lainnya selama masa detoksifikasi, cepat masuk ke fase rehabilitasi untuk mengikuti suatu program pemulihan jangka panjang atau dapat menghemat waktu.

e. LAAM (Levo-alpha acethyl methadol)

Merupakan agonis opiat yang dapat menekan gejala putus obat selama 48-72 jam, diberikan dengan dosis 20-50 mg per oral. Pada pemberian LAAM perlu diperhatikan kondisi jantung melalui EKG karena mengakibatkan pemanjangan QT interval dan aritmia ventrikel.

f. *Cold Turkey*

Detoksifikasi cara ini tanpa diberi obat apapun, putus obat seketika dan sering dikenal dengan istilah “pasang badan”. Cara tersebut tidak digunakan lagi karena kurang manusiawi.

2.4.1.3. Rehabilitasi

Setelah detoksifikasi kemudian dilakukan rehabilitasi dengan tujuan untuk memotivasi pasien agar tidak kambuh, memulihkan rasa percaya diri, mengembalikan fungsi sosial. Beberapa bentuk pendekatan rehabilitasi antara lain (Geller 1997; Depkes 2002; Wardani 2007; Al Bachri 2002) :

a. Program antagonis opiat (Naltrekson)

Program ini dikenal dengan istilah Opamat-ED Program (*Opiate Antagonist Maintenance Therapy*) yang merupakan kombinasi antara farmakoterapi dan konseling kelompok. Tujuan terapi ini adalah untuk mengurangi risiko relaps dan mencegah terjadinya ketergantungan fisik kembali. Naltrekson adalah suatu *potent competitive antagonist* pada reseptor opioidida μ karena itu naltrekson sangat baik digunakan untuk pasien-pasien *non-dependent opioid abuser* (misalnya pada beberapa orang yang dengan mudah menyelesaikan proses detoksifikasinya). Naltrekson dapat mengurangi kuat dan frekuensi datangnya *craving* sehingga bila pasien menggunakan opiat lagi tidak akan merasakan efeknya, karena itu dapat terjadi overdosis. Dengan demikian perlu seleksi dan psikoterapi untuk membangun motivasi yang kuat sebelum melakukan terapi ini.

b. Program yang berorientasi psikososial

Pada program ini bertujuan untuk mengembangkan kepribadian dan sikap mental yang dewasa serta meningkatkan mutu dan kemampuan komunikasi interpersonal. Contohnya adalah *Cognitive Behavior Therapy, Relapse Prevention Training, Supportive Expressive Psychotherapy, Psychodrama* dan lain-lain.

c. *Therapeutic Community*

Program ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan sosial yang terapeutik, mempromosikan perubahan dengan cara mengembangkan harga diri dan tanggung jawab personal, memperbaiki sikap dan perilaku individu dan mendorong pengembangan *life and social skill* melalui partisipasi dalam kegiatan sehari-hari secara rutin. Dipimpin oleh mantan pengguna narkoba yang telah dilatih dan dididik, setiap hari diadakan pertemuan yang membahas perilaku pecandu maupun staf serta hubungan pecandu dengan staf. Modifikasi perilaku diperoleh melalui pemberian *reward* dan *punishment*.

d. Program yang berorientasi sosial

Program ini menitikberatkan pada kegiatan sosial sehingga mereka dapat kembali ke dalam masyarakat secara normal.

e. Program dengan pendekatan religi atau spiritual

Misalnya rehabilitasi dalam pesantren dan beberapa pendekatan agama lain melakukan rehabilitasi untuk ketergantungan narkoba. Pendekatan religi telah diterima sebagai bagian dari terapi ketergantungan narkoba dalam sidang umum (*General Assembly*) WHO tahun 1984 setara dengan pentingnya 3 dimensi lainnya, sehingga dalam terapi holistik yang dianjurkan adalah meliputi 4 dimensi yaitu terapi fisik/biologik yaitu dengan obat-obatan (psikofarmaka), terapi psikologik (konseling/psikoterapi), terapi psikososial (re-adaptasi), terapi psikospiritual/psikoreligius (keimanan/*faith*). Terapi psikoreligius merupakan bagian

dari terapi terhadap pasien ketergantungan narkoba sebagai terapi terpadu, dengan dasar ilmu psiko-neuro-imunologi yang bertindak sebagai faktor psikologis positif guna meningkatkan kekebalan seseorang terhadap penyakit baik fisik maupun psikis. Dalam banyak hal kondisi psikologis seseorang berpengaruh terhadap fungsi kekebalan tubuh (baik dalam arti positif maupun negatif) yang pada akhirnya merupakan faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan seseorang dalam proses penyembuhan penyakit (Depkes 2002; Hawari D 2002).

2.4.1.4. Program Pasca Rawat (*After Care*)

Dilakukan setelah menjalani rehabilitasi untuk memperkecil kemungkinan kambuh. Menurut Ghodse *et al* detoksifikasi yang diikuti dengan program *after care* akan menghasilkan *outcome* jangka panjang yang lebih baik. Salah satu bentuk *after care* adalah *Narcotics Anonymous* (NA) yang merupakan *self help group* yaitu perkumpulan pasien ketergantungan narkoba yang berinteraksi secara dinamis dan saling memberikan dukungan. Prinsip perkumpulan tersebut menggunakan pendekatan 12 langkah (*the twelve steps*) (Depkes 2002; Geller 1997; Wardani 2007).

2.4.2. Harm Reduction Program (WHO 2006; Al Bachri 2002)

Harm reduction adalah suatu kebijakan atau program yang ditujukan untuk menurunkan konsekuensi kesehatan, sosial dan ekonomi yang merugikan akibat penggunaan zat adiktif tanpa kewajiban abstinensia dari penggunaan zat.

2.4.2.1. *Syringe Exchange Program*

Merupakan program *harm reduction* dengan menyediakan tempat penukaran jarum suntik bekas dengan yang steril atau tersedianya jarum suntik tanpa penukaran. Di beberapa negara telah lama dilakukan, seperti di Geneva, Zurich, Amsterdam dan di banyak tempat di Amerika. Di Jakarta dan Denpasar telah diselenggarakan proyek percontohan sejak beberapa tahun yang lalu.

2.4.2.2 *Methadone Maintenance Treatment Program*

Merupakan program *harm reduction* dengan mengganti kebiasaan menyuntik menjadi penggunaan metadon oral. Beberapa istilah lain yang digunakan untuk MMTP antara lain *opioid replacement therapy*, *opioid substitution therapy*. Penggunaan metadon oral pertama kali dikenalkan tahun 1963 oleh Dole and Nyswander yang kemudian diikuti dengan penggunaan LAAM (L-alphaacetylmethadol) yang bertujuan untuk mengurangi angka kriminalitas, sosialisasi dan infeksi HIV/AIDS. Di Netherland, MMTP mempunyai tiga tujuan yaitu membangun kontak dengan pengguna heroin, menstabilisasi pengguna heroin, melakukan detoksifikasi dan menghentikan kebiasaannya. Di Australia, Eropa dan United Kingdom, metadon dapat diperoleh melalui dokter terlatih yang bekerja di klinik-klinik terbatas atau melalui bus yang disediakan. Saat ini selain metadon cair, buprenorphin juga makin luas digunakan dalam terapi substitusi opiat (WHO 2006; Al Bachri 2002).

2.4.2.3 Education, Outreach Program and Bleach Kits

Suatu program edukasi membersihkan jarum suntik yang sudah dipakai dengan menyediakan detergen untuk mensucihamakan jarum bekas.

2.4.2.4 Tolerance Areas

Adalah suatu tempat di mana seseorang diperkenankan untuk melakukan kebiasaan menggunakan heroin melalui suntikan tanpa mendapat hukuman. Cara tersebut memerlukan koordinasi yang ketat. Tempat-tempat di beberapa negara yang memberlakukan cara ini antara lain *shooting gallery* dan *injection rooms* (Bern, Basel), *tolerance zones* (Geneva), *platform zero* (Rotterdam) yang diawasi oleh polisi, *Narcosala* (Madrid), *Needle Park* (Zurich) dan banyak tempat lain di Eropa dan Amerika (Al Bachri 2002).

2.5. Pengertian Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)

Program terapi rumatan metadon (PTRM) merupakan salah satu bentuk kegiatan dari pengurangan risiko akibat penggunaan narkoba suntik (*Harm Reduction*) dengan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral kepada penasun sebagai pengganti adiksi opioid yang digunakan (Depkes 2006).

Tujuan program ini adalah untuk mengurangi prevalensi penyakit yang ditularkan melalui darah (*blood borne diseases*) terutama HIV/AIDS melalui jarum suntik yang tidak steril, mengurangi kriminalitas, menurunkan kematian dini akibat overdosis, menormalkan fungsi sosial hingga menghilangkan ketergantungan opioid (Al Bachri 2002, Depkes 2006)

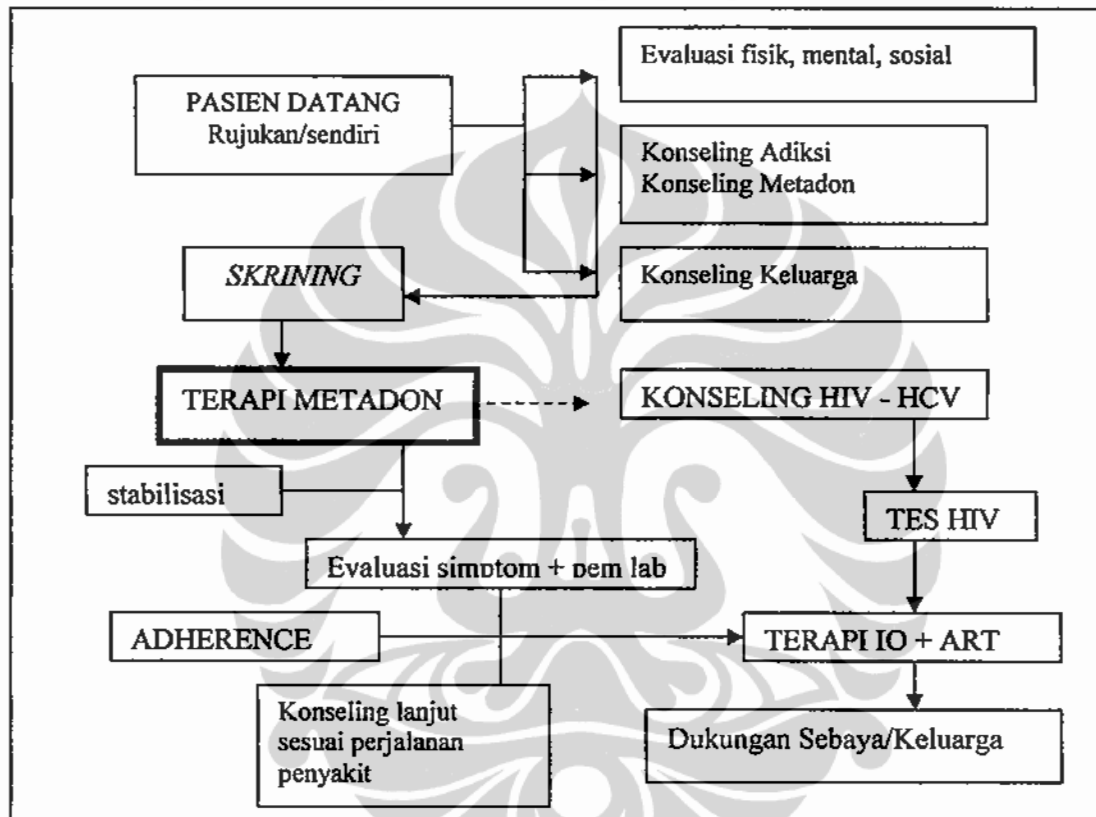
2.5.1. Komponen dalam Program Terapi Rumatan Metadon (Depkes 2006)

Beberapa komponen dalam program terapi metadon adalah sebagai berikut :

1. Pemberian metadon
2. Konseling, dilakukan oleh konselor profesional yang terlatih. Pasien dapat mengikuti konseling tersebut jika dianggap perlu oleh tim, yang meliputi konseling adiksi, metadon, keluarga, kepatuhan minum obat, kelompok dan VCT (*Volunteer Counseling Test*). Akses ke pelayanan konseling harus di rumah sakit penyelenggara metadon. Konseling dapat dirancang untuk mencakup :
 - a. isu hukum.
 - b. ketrampilan hidup.
 - c. mengatasi stres.
 - d. mengidentifikasi dan mengobati gangguan mental lain yang terdapat bersama.
 - e. isu tentang penyalahgunaan fisik, seksual, emosional.
 - f. menjadi orangtua dan konseling keluarga.
 - g. pendidikan tentang pengurangan dampak buruk.
 - h. berhenti menyalahgunakan narkoba atau psikotropika dan pencegahan kambuh.
 - i. perubahan perilaku berisiko dan pemeriksaan HIV/AIDS.
 - j. isu tentang perjalanan lanjut penggunaan metadon, dan aspek yang terkait dengannya.
3. Pertemuan keluarga (PKMRS = Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit).

4. Program pencegahan kekambuhan (*relapse prevention programme*)

Bagan 2.1. Komponen dalam Program Terapi Rumatan Metadon



Sumber : Depkes 2006

2.5.2. Protokol terapi (Depkes 2006)

Beberapa hal yang berkaitan dengan pemilihan pasien dan dosis perlu diperhatikan dalam protokol terapi rumatan metadon. Jumlah pasien yang direkrut disesuaikan dengan luasnya ruangan yang tersedia, lamanya jam kerja dan sumber daya manusia yang tersedia di masing-masing program terapi metadon.

2.5.2.1. Seleksi pasien (Depkes 2006)

Terapi metadon diindikasikan bagi pengguna narkoba suntik yang mengalami ketergantungan opioid dan telah menggunakan opioid secara teratur untuk periode yang lama, namun tidak diberikan untuk penasun yang mengalami overdosis atau intoksikasi opiat. Pada pasien yang mengalami overdosis atau intoksikasi, penilaian dilakukan sesudah pasien tidak dalam keadaan *overdosis* atau intoksikasi. Seleksi kesehatan fisik dan psikososial pasien dilakukan oleh dokter yang sudah terlatih dalam terapi substitusi metadon. Pemeriksaan urin pada fase awal adalah wajib dilakukan untuk tujuan diagnostik yaitu untuk memastikan apakah pasien pernah atau tidak menggunakan opiat atau zat adiktif lain sebelumnya.

Beberapa hal yang dipertimbangkan dalam seleksi pasien adalah sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi, meliputi :

1. Memenuhi kriteria ICD-X untuk ketergantungan opioid.
2. Usia yang direkomendasikan: 18 tahun atau lebih. Klien yang berusia kurang dari 18 tahun harus mendapat *second opinion* dari profesional medis lain.
3. Ketergantungan opioidida (dalam jangka waktu 12 bulan terakhir).
4. Sudah pernah mencoba berhenti menggunakan opioid minimal satu kali.

b. Kriteria eksklusi, meliputi :

1. Pasien dengan penyakit fisik berat. Hal ini perlu pertimbangan khusus yakni meminta pendapat banding profesi medik terkait.
2. Psikosis yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi.

3. Retardasi mental yang jelas, perlu pertimbangan psikiater untuk menentukan langkah terapi.

2.5.2.2. Fase-fase terapi rumatan metadon (Depkes 2006)

a. Fase dosis awal

Untuk tiga hari pertama dosis awal yang dianjurkan adalah 15-30 mg per hari dan diobservasi 45 menit setelah pemberian dosis awal untuk memantau tanda-tanda toksisitas atau gejala putus obat. Jika terdapat intoksikasi atau gejala putus obat berat maka dosis akan dimodifikasi sesuai dengan keadaan. Dalam mengestimasi toleransi pasien terhadap metadon tidak boleh terlalu tinggi, hal ini akan berisiko toksik karena dosis tunggal akibat akumulasi metadon, sementara estimasi yang terlalu rendah akan memperbesar penggunaan *opiate illegal* karena kadar metadon yang kurang dalam darah serta memperpanjang gejala putus obat dan periode stabilisasi.

Metadon diberikan dalam bentuk cair dan diencerkan sampai 100 cc kemudian pasien diwajibkan meminum obat tersebut di hadapan petugas PTRM dan setelahnya pasien harus menandatangani buku yang disediakan sebagai bukti kehadiran untuk minum obat.

b. Fase stabilisasi

Tujuan fase ini adalah untuk menaikkan perlahan-lahan dosis dari dosis awal sehingga memasuki fase rumatan. Dosis yang direkomendasikan digunakan pada fase ini adalah dosis awal dinaikkan 5-10 mg tiap 3-5 hari mengingat waktu paruh metadon cukup panjang. Pada fase ini risiko intoksikasi dan *overdosis* cukup tinggi pada 10-14 hari

pertama. Total kenaikan dosis tiap minggu tidak boleh lebih 30 mg. Bila dijumpai keadaan seperti adanya tanda dan gejala putus opiat (subyektif maupun obyektif), jumlah dan/atau frekuensi penggunaan opiat tidak berkurang serta *craving* masih ada maka perlu diberikan dosis tambahan. Prinsip terapi pada PTRM adalah *start low go slow aim high*, artinya mulai dengan dosis yang rendah adalah aman, peningkatan dosis perlahan adalah aman, dan dosis rumatan yang tinggi adalah lebih efektif.

c. Fase rumatan

Dosis rumatan rata-rata adalah 60-120 mg per hari dan harus tetap dipantau namun dosis ini dapat disesuaikan setiap hari tergantung keadaan pasien. Fase ini dapat berjalan selama bertahun-tahun sampai perilaku stabil, baik dalam bidang pekerjaan, emosi dan kehidupan sosial.

d. Fase penghentian

Metadon dapat dihentikan secara bertahap perlahan (*tapering off*) dengan mempertimbangkan keadaan seperti pasien sudah dalam keadaan stabil, sudah bebas heroin minimal dalam 6 bulan dan pasien sudah stabil menjalankan fungsi sosialnya (*stable working and housing*). Penurunan dosis maksimal sebanyak 10% dan dilakukan setiap 2 minggu. Bila ditemukan ketidakstabilan emosi pasien, maka dosis dapat dinaikkan kembali.

2.5.3. Keadaan-keadaan khusus

2.5.3.1. Take Home Doses (Dosis Yang Dibawa Pulang)

Dalam keadaan tertentu seorang pasien dapat berhalangan hadir untuk minum metadon di klinik PTRM, karena itu diberikan suatu kebijaksanaan dosis metadon yang diminum dapat dibawa pulang (*Take Home Doses*). Dosis yang dapat dibawa pulang maksimal untuk 3 hari, bila lebih dari 3 hari diperlukan pertimbangan tertentu oleh tim dokter. Untuk mendapatkan dosis metadon yang dibawa pulang harus memenuhi kriteria antara lain pasien secara klinis sudah stabil (sudah dalam fase stabil), pasien stabil secara sosial, kognitif dan emosional, terapi sudah dijalani lebih dari 2 bulan, bersikap kooperatif dengan adanya pendampingan oleh keluarga, ada keterangan dari keluarga dan hanya diberikan dalam kondisi mendesak.

2.5.3.1. Dosis yang terlewat atau dimuntahkan

Bila pasien tidak datang dan mengkonsumsi metadon selama 3 hari atau lebih, maka dilakukan evaluasi klinis kembali dan diberikan metadon dengan dosis awal atau 50% dari dosis semula. Pada keadaan tertentu mungkin saja metadon dimuntahkan oleh pasien pada saat meminumnya, sehingga dosis metadon dapat diganti dengan ketentuan sebagai berikut : muntah terjadi < 10 menit dosis diganti penuh, muntah terjadi antara 10-20 menit dosis diganti 75%, muntah antara 20-30 menit dosis diganti 50%, bila muntah antara 30-45 menit dosis diganti 25% dan bila muntah . 45 menit tidak mendapat penggantian dosis metadon.

2.5.3.3. Efek samping dan interaksi obat

Metadon memberikan efek samping yang biasanya terjadi adalah konstipasi, mengantuk, berkeringat, mual, muntah, masalah seksual, gatal-gatal dan jerawat. Walaupun tidak ada kontraindikasi absolut namun beberapa obat dapat terjadi interaksi dengan metadon. Antagonis opiat merupakan obat yang harus dihindari pada pengguna metadon, sementara barbiturat, efavirenz, estrogen, fenitoin, karbamazepin, nevirapin, rifampisin, spironolakton, dan verapamil akan menurunkan kadar metadon dalam darah sehingga dosis metadon yang diberikan lebih tinggi. Sebaliknya amitriptilin, flukonazol, flufoksamin, dan simetidin akan meningkatkan kadar metadon dalam darah sehingga dosis metadon yang diberikan rendah. Etanol secara akut akan meningkatkan efek metadon dan metadon akan menunda eliminasi etanol.

2.6. Pemantauan (Depkes 2006)

Pemantauan dilakukan setiap hari sejak pemberian dosis awal terutama untuk tanda-tanda intoksikasi pada 3 hari pertama. Bila terjadi intoksikasi maka untuk dosis berikutnya akan dinilai terlebih dahulu begitu pula bila dilakukan penambahan dosis. Dalam 6 bulan pertama terapi dilakukan penilaian ulang pada pasien minimal 1 kali seminggu selanjutnya dilakukan minimal setiap bulan. Penilaian yang dilakukan terhadap pasien meliputi:

1. derajat keparahan gejala putus obat
2. intoksikasi
3. penggunaan obat lain

4. efek samping
5. persepsi pasien terhadap kecukupan dosis
6. kepatuhan terhadap regimen obat yang diberikan
7. kualitas tidur, nafsu makan,dll

2.7. Putus Berobat

Program terapi rumatan metadon merupakan terapi yang membutuhkan waktu lama. Bila dilihat dari tahapan pengobatan, maka tidak ada batasan yang pasti hingga berapa lama pasien harus datang berobat. Hal ini tergantung dari kemajuan hasil pengobatan pada tiap pasien yang berbeda-beda yang dinilai dari kemampuan menjalankan fungsi sosial dengan baik dan lepas dari ketergantungan heroin. Putus berobat sering terjadi pada tahun pertama selama pengobatan (Depkes 2006). Putus berobat menjadi salah satu masalah karena dapat menyebabkan kerentanan penasun terhadap penyakit yang ditularkan melalui darah seperti HIV/AIDS dan hepatitis meningkat karena umumnya penasun yang putus berobat akan kembali menggunakan narkoba suntik. Selain itu berkaitan dengan keberhasilan program metadon bagi penasun itu sendiri, karena bila putus berobat maka penasun harus memulai dengan prosedur dan dosis metadon awal sehingga tingkat keberhasilan program akan menurun (Depkes 2006).

Pengertian putus berobat (*drop out*) adalah bila pasien tidak minum obat minimal selama 7 hari berturut-turut tanpa alasan. Pada program terapi rumatan metadon putus berobat (*drop out*) menjadi salah satu indikator keberhasilan program, yang

ditentukan sebesar kurang dari 45 % pasien mengalami *drop out* pada tahun pertama. Putus berobat selama menjalani pengobatan merupakan salah satu dari penyebab kegagalan pengobatan karena harus dimulai kembali dari awal terapi (Depkes 2006). Pengertian lain putus berobat adalah keadaan dimana penderita menghentikan pengobatannya sebelum menyelesaikan rangkaian yang ditentukan. Kepatuhan berobat pada individu yang menjalani pengobatan ataupun pemulihan pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor perilaku (Manaf dalam Safriati 2003).

2.8. Faktor – faktor yang mempengaruhi putus berobat rumatan metadon pada pasien pengguna narkoba suntik

Kepatuhan berobat pada individu yang menjalani pengobatan pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor perilaku. Perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati secara langsung ataupun tidak langsung. Secara operasional perilaku diartikan sebagai suatu respon individu terhadap rangsangan dari luar subyek tersebut, yang dibedakan dalam dua bentuk yakni bentuk pasif (*cover behavior*) merupakan respon yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung terlihat oleh orang lain misalnya berpikir, sikap, tanggapan atau pengetahuan. Bentuk lain yaitu bentuk aktif (*overt behavior*) bila perilaku itu dapat diamati secara langsung sehingga merupakan tindakan nyata yang dilakukan (Notoatmodjo 1993).

Sementara bila dikaitkan dengan titik tolok perilaku kesehatan, perilaku kesehatan merupakan fungsi dari beberapa aspek yaitu niat seseorang untuk melakukan

tindakan berkaitan dengan kesehatannya (*behavior intention*), adanya dukungan sosial dari masyarakat di lingkungannya (*social support*), ketersediaan informasi tentang kesehatan dan fasilitas kesehatan (*accessibility of information*), adanya kewenangan memutuskan untuk bertindak oleh individu yang bersangkutan (*personal autonomy*) dan situasi yang memungkinkan untuk melakukan tindakan (*action situation*) (Kar dalam Notoatmojo 2003).

Berbagai metoda pendekatan digunakan dalam menjelaskan perilaku individu untuk mencari atau menggunakan pelayanan kesehatan, salah satu diantaranya adalah model sistem kesehatan (*Health System Model*) yang dikembangkan oleh Anderson dengan mengacu pada model kepercayaan kesehatan (*Health Belief Model*). Dengan demikian faktor-faktor yang mempengaruhi putus berobat yang akan diteliti sejalan dengan teori perilaku pencarian pelayanan kesehatan dengan pendekatan model sistem kesehatan dimana perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang mendahului terjadinya perilaku yang menjadi dasar atau yang memotivasi untuk berperilaku meliputi faktor demografi (umur, jenis kelamin), faktor sosial (pendidikan, pekerjaan, suku/ras, sosioekonomi, status marital), manfaat kesehatan (kepercayaan/keyakinan terhadap pelayanan kesehatan) serta sikap dan pengetahuan. Kedua adalah faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu faktor yang mendahului perilaku yang menunjang motivasi dapat terwujud, misalnya ketersediaan fasilitas kesehatan atau sarana kesehatan termasuk biaya pengobatan (sumber daya keluarga/penghasilan). Ketiga adalah faktor kebutuhan (*need factors*) merupakan faktor

yang mendorong perilaku kesehatan karena didorong oleh kebutuhan, misalnya persepsi terhadap keseriusan penyakit, evaluasi klinis (Notoatmojo 2003; Hidayati 2003).

Dengan pendekatan model sistem kesehatan dari Anderson, faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien pengguna narkoba suntik adalah sebagai berikut :

a. Faktor predisposisi

1. Usia

Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan proporsi terbanyak pengguna narkoba suntik yang mengalami putus berobat (*drop out*) pada masa pengobatan adalah pada kelompok usia < 30 tahun. Hal ini kemungkinan karena pada kelompok usia tersebut kemungkinan memiliki kepribadian yang belum stabil sehingga mudah terpengaruh oleh teman dalam lingkungan pergaulannya. (Shah NG 2006; BNN 2004; Sari Indah A 2007; Aniswati dkk 2007).

2. Jenis kelamin

Walaupun ketergantungan narkoba tidak membedakan jenis kelamin, namun dari beberapa penelitian dijumpai laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan didapatkan proporsi jenis kelamin laki-laki lebih banyak yang mengalami putus berobat (Muttaqin 2007; Shah NG 2006; Gerra *et al* 2004) walaupun ada penelitian yang mendapatkan tidak ada perbedaan yang bermakna menurut jenis kelamin terhadap kepatuhan berobat setelah 1 tahun pertama (Peles E, Adelson M 2004). Hal ini kemungkinan seperti yang didapat dari berbagai

kepastakaan tentang kepatuhan berobat disebutkan bahwa jenis kelamin penderita berperan dalam status kesehatan dimana rata-rata perempuan lebih banyak memeriksakan kesehatannya dibandingkan laki-laki (Notoatmodjo 2005).

3. Status pekerjaan

Salah satu model pendekatan yang mempengaruhi tindakan untuk melakukan pengobatan bertumpu pada asumsi seseorang yang memiliki latar belakang tertentu misalnya status bekerja. Kurangnya melakukan kegiatan atau tidak memiliki pekerjaan merupakan salah satu faktor yang berperan dalam kegagalan seseorang dalam memelihara proses pemulihan ketergantungan narkoba sehingga terjadi putus berobat (Muttaqin 2007; Yanny 2003).

4. Status marital

Dukungan berupa pendampingan, saran atau bentuk lainnya yang diberikan oleh pasangan akan meningkatkan motivasi untuk berobat sesuai dengan standar waktu yang ditentukan. Hubungan yang harmonis dan saling menguatkan akan berpengaruh terhadap individu untuk memberikan respon positif. Pada beberapa penelitian didapatkan bahwa pasien yang sudah menikah lebih patuh berobat (77,8%) dibandingkan yang belum menikah (Aniswati dkk 2007; Schutz CG *et al* 1994).

5. Tingkat pendidikan

Keteraturan berobat adalah dampak dari kepatuhan yang merupakan hasil hubungan antara rangsangan dengan respon. Pendidikan merupakan salah satu upaya yang efektif untuk memberi kesempatan kepada seseorang untuk membuka jalan pikiran dalam menerima ide-ide ataupun nilai-nilai baru sehingga memberikan stimulus serta respon yang positif. Respon perilaku teratur berobat juga tidak terlepas dari latar belakang pendidikan. Dari hasil penelitian yang pernah dilakukan ditemukan tingkat pendidikan SMU ke atas merupakan kelompok terbanyak yang menjaga kepatuhan berobat, sementara pendidikan yang rendah mempengaruhi respon perilaku untuk teratur berobat sehingga sering terjadi putus berobat (Muttaqin 2007; BNN 2004; Notoatmodjo 2005; Aniswati dkk 2007).

6. Sosioekonomi

Walaupun dalam beberapa penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara faktor ekonomi dengan penggunaan narkoba, namun biaya yang dibutuhkan untuk perawatan atau pemulihan merupakan faktor yang berhubungan dalam proses pemulihan dari ketergantungan narkoba. Hal ini bukan saja memperhitungkan biaya perawatan namun juga berkaitan dengan biaya transportasi. Terapi rumatan membutuhkan waktu yang panjang sehingga membutuhkan biaya relatif besar. Hal ini akan mempengaruhi kesinambungan terapi yang mengakibatkan terjadinya putus dalam pengobatan (BNN 2004).

7. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Ada beberapa tingkatan pengetahuan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis dan sintesis. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya suatu perilaku seseorang. Pengetahuan yang baik terhadap sesuatu akibat yang ditimbulkan oleh perilaku tidak baik akan memotivasi seseorang untuk melepaskan diri dari perilaku tersebut. Pengetahuan yang baik akan memotivasi penderita untuk tetap melanjutkan pengobatan dan tidak mengalami kegagalan selama terapi sementara pengetahuan yang kurang akan menurunkan motivasi pasien untuk berobat sehingga akan terjadi putus berobat (Notoatmodjo 2005; Safriati 2003).

8. Sikap

Sikap adalah pengaruh/penolakan, penilaian, rasa suka atau tidak suka, kepositifan/kenegatifan terhadap suatu objek (Thurstone dalam Notoatmojo 1997). Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek sehingga tidak dapat dilihat secara langsung namun hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang tertutup. Sikap menggambarkan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dimana pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting dalam penentuan sikap (Notoatmojo 2003). Sikap sering diperoleh melalui pengalaman sendiri ataupun pengalaman orang lain, sehingga bila terbentuk sikap yang

positif akan mendorong seseorang tetap melanjutkan pengobatan sedangkan sikap negatif akan membentuk perilaku tidak patuh dalam menjalani pengobatan sehingga akan terjadi putus berobat (WHO dalam Notoatmojo 2003).

b. Faktor pendukung

1. Dukungan keluarga/teman

Keluarga merupakan unit sosial paling kecil dalam masyarakat yang berperan besar dalam perkembangan kepribadian terutama pada tahap-tahap awal kehidupan. Hubungan yang harmonis dan adanya dukungan keluarga menjadi faktor penting dalam perilaku individu untuk memberikan respon positif. Lingkungan pergaulan terutama dengan teman sebaya akan berperan dalam ciri kepribadian seseorang. Pergaulan yang baik akan meredam dorongan-dorongan negatif atau patologis pada seseorang. Dalam penelitian didapatkan bahwa kurangnya dukungan keluarga dan pengaruh negatif dari teman akan mempengaruhi kesinambungan dalam proses pengobatan sehingga akan terjadi putus berobat (Shah NG 2006; Sari Indah A 2007).

2. Aksesibilitas

Keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan oleh penderita apabila mudah dicapai maka akan meningkatkan kepuasan bagi penderita. Aksesibilitas atau keterjangkauan tempat pelayanan dilihat berdasarkan waktu tempuh penderita untuk mencapai tempat pelayanan, jarak, kemudahan dan biaya transportasi yang digunakan

serta pelayanan kesehatan. Dalam penelitian yang pernah dilakukan di RSKO dijumpai bahwa faktor aksesibilitas merupakan faktor utama yang mempengaruhi penderita narkoba suntik untuk melanjutkan terapi sehingga terjadi putus dalam pengobatan (Depkes 2006; WHO 2005).

3. Penggunaan narkoba/zat lebih dari satu jenis

Penggunaan narkoba atau zat lebih dari satu jenis akan meningkatkan toleransi zat tersebut dalam tubuh sehingga akan meningkatkan ketergantungan seseorang terhadap narkoba. Penggunaan zat lain misalnya cocain, alkohol atau zat lainnya akan memberi dorongan (*craving*, "sugesti") pada penderita untuk menggunakan narkoba kembali. Berdasarkan penelitian didapatkan faktor lama pakai dan cara pakai mempunyai peran terjadinya putus dalam pengobatan (Muttaqin 2007; Schütz 1994).

4. Dosis metadon yang diberikan

Dosis metadon yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan penderita, karena tingkat toleransi tiap individu berbeda. Pada penelitian yang pernah dilakukan ditemukan pemberian dosis metadon antara 60-100 mg memiliki tingkat keteraturan berobat penderita lebih tinggi dibandingkan dengan dosis < 60 mg. Bila diberikan dosis yang lebih rendah dari kebutuhannya kemungkinan tidak memberikan efek yang dibutuhkan oleh tubuhnya sehingga menyebabkan banyaknya penderita yang putus berobat (Davoli M *et al* 2003; Gunne Lars *et al* 2002).

5. Frekuensi pengobatan tiap minggu

Waktu paruh yang lama pada metadon menyebabkan akumulasi obat yang cukup tinggi dalam tubuh hingga 3 hari setelah pemberian kebutuhan metadon masih tercukupi. Pada penelitian yang pernah dilakukan frekuensi pengobatan 2 kali dalam seminggu memberikan tingkat keteraturan berobat penderita lebih tinggi dibandingkan frekuensi pengobatan 5 kali dalam seminggu. Hal ini kemungkinan karena frekuensi yang sedikit tiap pekannya akan memudahkan pasien menjangkau pelayanan kesehatan serta menghemat biaya dan waktu sementara dengan frekuensi yang sering akan menghabiskan banyak waktu dan biaya sehingga meningkatkan tingkat putus berobat pada pasien (Davoli M *et al* 2003; Gunne Lars *et al* 2002).

c. Faktor kebutuhan

1. Gejala putus obat

Gejala putus obat (*withdrawal*) sering dijumpai pada pasien rumatan metadon terutama pada fase awal terapi. Gejala yang ditemukan antara lain lakrimasi berlebih pada kelenjar airmata dan hidung, mual, muntah, demam, tremor, takikardi (peningkatan denyut jantung), nyeri pada seluruh badan. Pada terapi rumatan metadon sering ditemukan gejala putus obat bila dibandingkan dengan obat agonis opioid lainnya seperti buprenorphin. Pada penelitian didapatkan sebanyak 50% penderita yang mengikuti proses pemulihan mengalami gejala putus obat pada fase awal, hal ini terkait

dengan adanya toleransi terhadap metadon di dalam tubuh sehingga membutuhkan dosis yang lebih tinggi. Keadaan ini seringkali menyebabkan penderita akhirnya putus berobat dan kembali menggunakan narkoba suntik (Al Hadaad 2003; Adamsson, Nikolas B. 2003).

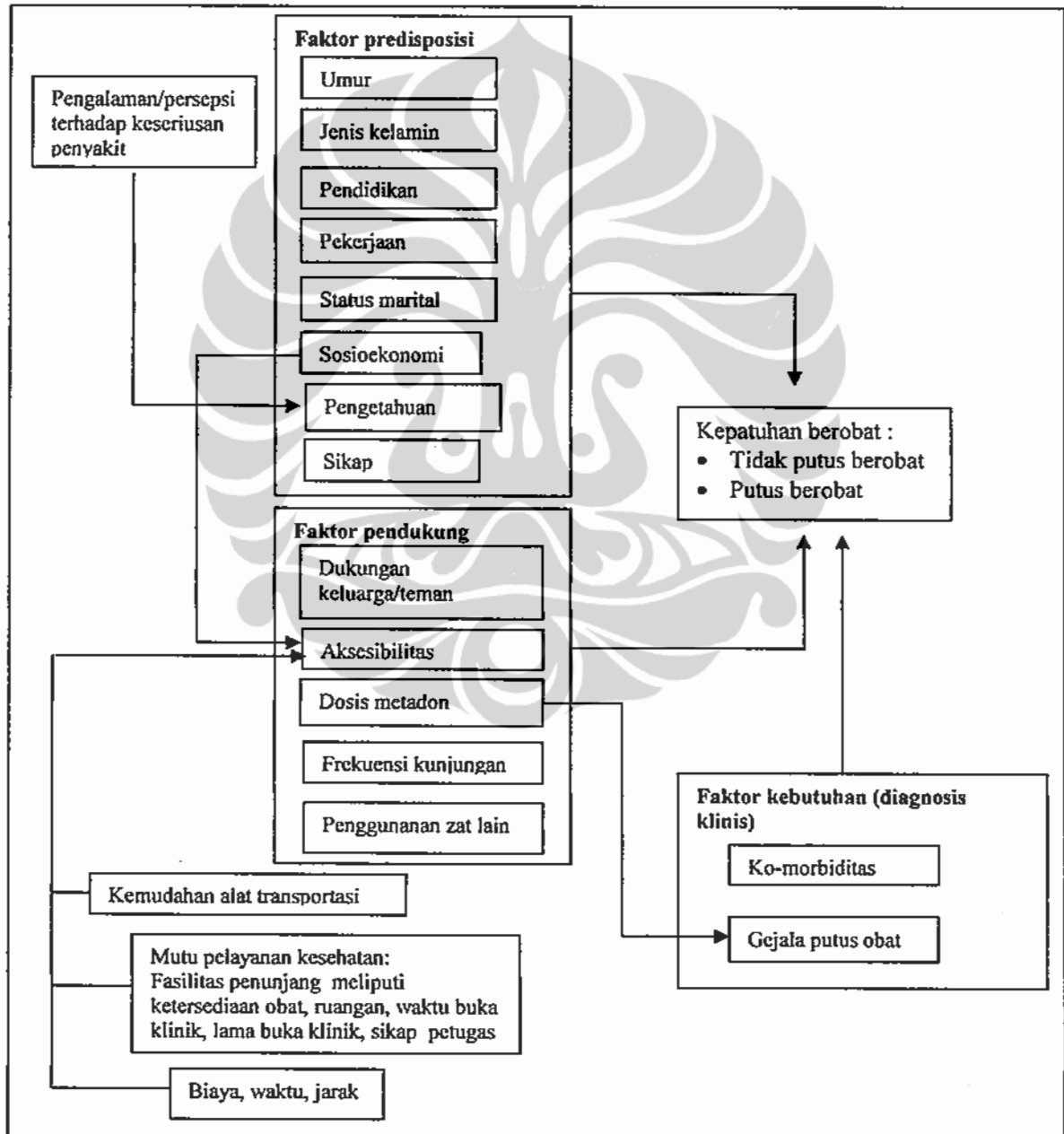
2. Penyakit yang dialami (ko-morbiditas)

Akibat dari perilaku penggunaan jarum suntik yang tidak steril pada penasun adalah terinfeksi penyakit yang ditularkan melalui darah seperti HIV/AIDS, hepatitis B dan C. Adanya penyakit yang dialami menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi dalam proses terapi yang dijalani akibat rasa frustrasi yang dialami. Dari penelitian yang didapatkan ternyata infeksi HIV/AIDS dan hepatitis C merupakan faktor yang berperan terhadap proses keteraturan terapi rumatan yang dijalani oleh pengguna narkoba dimana pasien yang mengalami penyakit tersebut banyak yang putus berobat (Shah NG 2006; Yanny 2003; Muttaqin 2007). Penyakit psikiatrik seperti depresi diduga pula berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien, dimana pasien yang mengalami depresi memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah sehingga putus berobat (Gerra G 2004; Aniswati dkk 2007).

2.9. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian tinjauan pustaka di atas maka dibuat kerangka teori sebagai berikut :

Bagan 2.2. Kerangka teori



Sumber : Model Sistem Kesehatan Anderson (modifikasi) (Notoatmojo 2003)

BAB 3

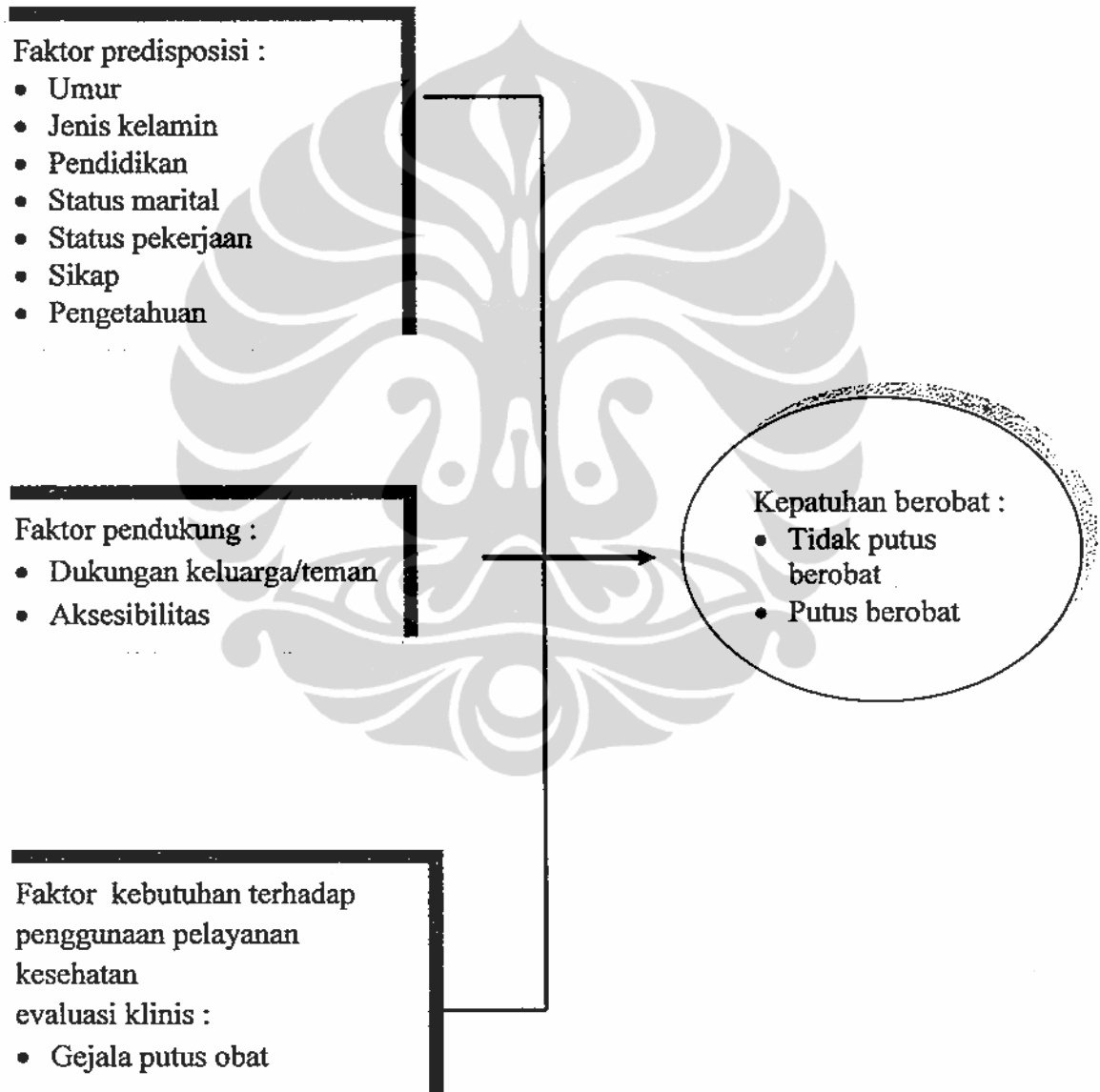
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan kerangka berpikir yang menjelaskan hubungan antar variabel yang mempengaruhi keteraturan berobat pasien pengguna narkoba suntik. Kerangka konsep ini disarikan dari tinjauan pustaka dan merupakan pengerucutan kerangka teori yang disesuaikan dengan tujuan penelitian.

Karena keterbatasan dalam penelitian maka tidak semua variabel pada kerangka teori akan diteliti, sehingga pada penelitian ini variabel yang diteliti akan dibatasi yaitu faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status marital, sikap, pengetahuan, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat.

Bagan 3.1. Kerangka konsep



Sumber : *Health system model* Anderson (Notoatmojo 2003)

3.2. Definisi Operasional

No	Variabel		Keterangan
Variabel Terikat			
1.	Putus berobat	Definisi operasional	Bila pasien penasun tidak datang (tidak minum metadon) selama minimal 7 hari berturut-turut di klinik rumatan metadon selama tahun 2007-2008. (Depkes 2006)
		Hasil pengukuran	0: tidak putus berobat, bila penasun minum metadon setiap hari atau absen < 7 hari berselang atau berturut-turut 1: putus berobat, bila penasun tidak minum metadon atau absen minimal 7 hari berturut-turut
		Cara pengukuran	Observasi daftar harian minum metadon di klinik rumatan metadon
		Skala	Nominal
Variabel Bebas			
Faktor predisposisi			
1.	Umur	Definisi operasional	Lama hidup responden sampai ulang tahun terakhir
		Hasil pengukuran	Data kontinyu yang akan dikategorikan berdasarkan nilai tengah 0: \geq nilai tengah 1: < nilai tengah
		Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
		Skala	Ordinal
2.	Jenis Kelamin	Definisi operasional	Tanda-tanda seks sekunder yang membedakan jenis kelamin responden
		Hasil pengukuran	0: Perempuan 1: Laki-laki
		Cara pengukuran	Observasi
		Skala	Nominal
3.	Pendidikan	Definisi operasional	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang pernah ditempuh responden
		Hasil pengukuran	0 : Pendidikan tinggi bila Akademi/PT 1 : Pendidikan menengah bila SLTA/ sederajat 2: Pendidikan rendah bila \leq SMP atau sederajat

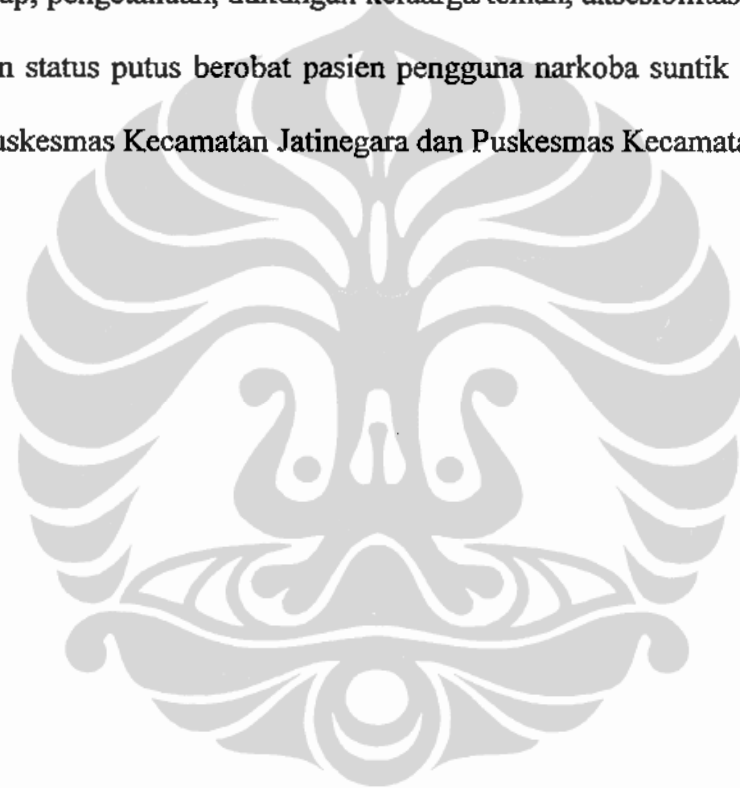
		(Depdiknas 2007)
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Ordinal
4. Status pekerjaan	Definisi operasional	Kegiatan responden sehari-hari yang memberikan penghasilan.
	Hasil pengukuran	0: Bekerja 1: Tidak bekerja
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Nominal
5. Status marital	Definisi operasional	Perkawinan resmi secara sah menurut undang-undang yang pernah dijalankan responden
	Hasil pengukuran	0: menikah 1: belum menikah / cerai
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner atau observasi akte nikah
	Skala	Nominal
6. Sikap	Definisi Operasional	Tanggapan responden yang menunjukkan sikap responden, yang dinilai berdasarkan skala <i>Likert</i> dengan skor 1-5, terbagi menjadi 5 skala untuk pernyataan positif yaitu sikap sangat setuju (5), setuju (4), tidak tahu (3), tidak setuju (2) dan sangat tidak setuju (1). Untuk pernyataan negatif skor diberikan sebaliknya. Pernyataan sikap dinilai terhadap aspek yang berkaitan dengan kerentanan panasun, manfaat PTRM dan keseriusan putus berobat. Total skor dikategorikan menjadi 5 kategori berdasarkan nilai kuartil.
	Hasil pengukuran	0 : sikap sangat positif, bila nilai Q3 sd nilai maks 1 : sikap positif, bila nilai tengah sd Q3 2 : sikap ragu-ragu, bila sama dengan nilai tengah 3 : sikap negatif, bila Q1 sd nilai tengah 4 : sikap sangat negatif, bila nilai min sd Q1
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala pengukuran	Ordinal
7. Pengetahuan	Definisi operasional	Jawaban responden terhadap pertanyaan tentang penyakit Faktor faktor..., Soitawati, FKM UI, 2009.

		akibat penggunaan narkoba suntik dan penularannya (B2,B4,B5,B6), pengertian metadon (B8), tujuan rumatan metadon (B9), cara pengobatan metadon (B10), lama pengobatan (B11), manfaat teratur berobat (B12), risiko pengobatan bila putus berobat (B13), efek samping obat (B14). Setiap pertanyaan yang benar diberikan nilai 1, jawaban yang salah diberikan nilai 0 dan pembobotan berdasarkan besar risikonya (OR). Kemudian tingkat pengetahuan dikompositkan berdasarkan nilai tengah.
	Hasil pengukuran	0: Baik, bila total skor \geq nilai tengah 1: Buruk, bila total skor $<$ nilai tengah
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Ordinal
Faktor pendukung		
8. Dukungan keluarga/teman	Definisi operasional	Dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga, pasangan atau teman berupa saran, pendampingan, mengingatkan responden untuk berobat, kemudian dilakukan skoring dan pembobotan berdasarkan besar risikonya (OR) kemudian dikompositkan menjadi 2 kategori berdasarkan nilai tengah: <ul style="list-style-type: none"> • Saran untuk berobat : ada (skor 0), tidak ada (skor 1) • Pendampingan : ada (skor 0), tidak ada (skor 1) • Mengingatkan untuk berobat : ada(skor 0), tidak ada (skor 1)
	Hasil pengukuran	0: Ada dukungan, bila skor \leq nilai tengah 1: Tidak ada dukungan, bila skor $>$ nilai tengah
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Ordinal
9. Aksesibilitas	Definisi operasional	Kemudahan responden menjangkau klinik rumatan metadon berdasarkan waktu tempuh, jarak tempuh, persepsi responden terhadap kesesuaian waktu buka klinik (jam 12.00-15.00), persepsi responden terhadap lama buka klinik (kurang-lebih 3 jam) dan persepsi responden terhadap sikap petugas, kemudahan alat transportasi , biaya transportasi dan persepsi responden terhadap biaya transport dan obat, kemudian dilakukan skoring sbb : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waktu tempuh : \leq 30 menit (skor 0), 30 menit – 1 jam

		(skor 1), > 1 jam (skor 2)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jarak tempuh : ≤ 2 km (skor 0), 2-3 km (skor 1), >3 km (skor 2) ▪ Kesesuaian waktu buka klinik menurut persepsi responden (jam 12.00-15.00) : sesuai (skor 0), kurang sesuai (skor 1), tidak sesuai (skor 2) ▪ Lama buka klinik (3 jam sehari) menurut persepsi responden : memadai (skor 0), cukup (skor 1), kurang (skor 2) ▪ Sikap petugas kesehatan : baik (skor 0), biasa (skor 1), buruk (skor 2) ▪ Alat transportasi : dapat dicapai dengan kendaraan pribadi dan umum (skor 0), hanya dapat dicapai dengan kendaraan pribadi atau umum saja (skor 1), tidak dapat dicapai dengan kendaraan (skor 2) ▪ Biaya transportasi : ≤ Rp 6000 (skor 0), Rp 6500-Rp 12000 (skor 1), ≥ Rp 12000 (skor 2). ▪ Persepsi terhadap biaya transport dan pengobatan : murah/terjangkau (skor 0), sedang /cukup (skor 1), mahal /tidak terjangkau (skor2)
	Hasil pengukuran	Berdasarkan hasil skoring dari 8 pertanyaan yang diberi bobot sesuai besar risikonya (OR) kemudian dikompositkan menjadi 3 kategori : 0: Tinggi, bila skor < Q1 1: Sedang, bila skor Q1 – Q3 2: Rendah, bila skor > Q3
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Ordinal
10.	Gejala putus obat	Definisi operasional
		Gejala-gejala yang pernah dialami responden dalam 6 bulan pertama menjalani pengobatan metadon antara lain keluar air mata dan cairan hidung berlebih, mual, muntah, demam, tangan gemetar, jantung berdebar-debar, nyeri dan sakit pada seluruh badan (Depkes 2006)
	Hasil pengukuran	0: Tidak pernah mengalami 1: Pernah mengalami
	Cara pengukuran	Wawancara menggunakan kuesioner
	Skala	Ordinal

1.3. Hipotesis

Ada hubungan antara faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, status marital, sikap, pengetahuan, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat dengan status putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Disain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan menggunakan metode kasus kontrol. Disain ini dipilih karena kasusnya relatif jarang dalam populasi umum dan dapat digunakan untuk melihat faktor determinan kejadian yang ingin diteliti. Disain ini memiliki kelebihan antara lain lebih murah, lebih cepat memberikan hasil, tidak membutuhkan jumlah sampel yang relatif besar namun masih mampu untuk menggali hubungan kausal antara pajanan dan akibat. Adapun kelemahan disain ini adalah rentan terhadap bias terutama bias informasi karena paparan diukur setelah penyakitnya terjadi (Rothman 1998). Pendekatan kasus kontrol dilakukan untuk melakukan pengujian hubungan antara pajanan dan akibat serta derajat hubungan tersebut. Ukuran yang dibandingkan adalah *odds* kelompok kasus yang terpapar dengan *odds* kelompok kontrol yang terpapar.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat yang direncanakan bulan Desember 2008 sampai Maret 2009. Adapun pertimbangan pemilihan lokasi penelitian adalah sebagai berikut :

1. Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir merupakan puskesmas yang ditunjuk sebagai satelit uji coba program terapi rumatan metadon.
2. Jumlah pasien penasun yang berobat di klinik rumatan metadon cukup banyak.
3. Kedua puskesmas memiliki karakteristik pasien penasun yang relatif sama
4. Pencatatan data pasien cukup lengkap.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien penasun yang terdaftar di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir tahun 2007- 2008.

4.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien penasun yang terdaftar di klinik rumatan metadon Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir yang terpilih sebagai sampel dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kasus

Adalah pasien penasun yang dinyatakan putus berobat (*drop out*) pada tahun 2007- 2008.

Kriteria inklusi :

1. Bersedia menjadi partisipan penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
2. Berdomisili di wilayah DKI Jakarta pada saat penelitian.

Kriteria eksklusi :

1. *Drop out* karena meninggal atau dipenjara

Kontrol

Adalah pasien penasun yang dinyatakan teratur berobat di klinik rumatan metadon pada tahun 2007-2008.

Kriteria inklusi :

1. Bersedia menjadi partisipan penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
2. Berdomisili di wilayah DKI Jakarta pada saat penelitian.

Kriteria eksklusi :

1. Pasien *re-entry* pada tahun 2007-2008
2. Pasien pindahan atau rujukan dari puskesmas lain

4.4. Besar Sampel

Dalam menghitung besar sampel digunakan rumus besar sampel terhadap *Odds Ratio*. *Odds Ratio* yang digunakan adalah OR yang didapat dari penelitian sebelumnya. Besar sampel minimal yang digunakan pada penelitian ini berdasarkan disain kasus kontrol dengan perbandingan 1:1, namun bila jumlah kasus tidak mencukupi sehingga untuk mengefisienkan pemanfaatan sampel maka digunakan 1 kasus dengan *k* kontrol. Rumus besar sampel adalah sebagai berikut (Kelsey, 1996) :

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \bar{p}(1-\bar{p})(r+1)}{(d^*)^2 r}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel pada kelompok kasus

$Z_{1-\alpha/2}$ = Tingkat kemaknaan (0,05)

$Z_{1-\beta}$ = Kekuatan penelitian (90 %)

$(Z_{1-\alpha/2} + Z_{\beta})^2 = 10.507$

\bar{p} = *weighed average of p1 and p0*, dimana $\bar{p} = \frac{p_1 + rp_0}{1+r}$

r = Rasio dari jumlah kontrol dibandingkan jumlah kasus

d^* = *Magnitude of difference*, dimana $d = p_0 - p_1$

P_1 = Proporsi terpapar pada kasus

P_0 = Proporsi terpapar pada kontrol

$$P_1 = \frac{(OR)p_0}{(OR)p_0 + (1 - p_0)}$$

Dari penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.1

Hasil Penelitian Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Rumatan Metadon

Judul penelitian	Peneliti	Variabel	Po
Tipe kepribadian pasien ketergantungan opiat yang berobat di poliklinik rumatan metadon RSUD Dr. Soetomo Surabaya	Aniswati dkk 2007	Usia (21-30th)	0.727
		Pendidikan (SLTA)	0.77
		Status bekerja (bekerja)	0.72
<i>Buprenorphine versus methadone for opioid dependence; predictors variables for treatment outcome</i>	Gerra G 2004	Jenis kelamin (pria)	0.769
Studi tentang kemauan penyalahgunaan narkoba untuk mengikuti program perawatan dan pemulihan pada instalasi perawatan dan pemulihan	BNN 2004	Sosioekonomi	0.32
		Dorongan keluarga	0.621
		Pengetahuan (kurang)	0.594
		Aksesibilitas (sulit)	0.486

Untuk mendapatkan presisi yang lebih baik dan memenuhi kecukupan sampel serta dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia maka jumlah sampel dihitung dengan menggunakan OR 3. Proporsi faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan berobat seperti terlihat pada tabel di atas dengan asumsi bahwa umumnya pada populasi umum/target lebih banyak yang tidak berobat teratur maka proporsi faktor tersebut pada kelompok kontrol adalah sama. Dengan demikian perhitungan besar sampel adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2. Perhitungan besar sampel

Variabel	P_0	P_1	\bar{p}	n	Total sampel
Usia	0.727	0.889	0.808	124.66	249
Jenis kelamin	0.769	0.909	0.839	144.86	290
Pendidikan	0.77	0.909	0.840	145.44	292
Status bekerja	0.72	0.885	0.803	121.91	244
Sosioekonomi	0.32	0.585	0.453	73.93	148
Pengetahuan	0.594	0.814	0.704	90.073	180
Dorongan keluarga/teman	0.621	0.831	0.726	94.835	180
Aksesibilitas	0.486	0.739	0.613	77.69	155

Dari perhitungan sampel di atas dengan perbandingan kasus dan kontrol 1:1 maka didapatkan jumlah sampel minimal terbesar adalah 146 orang sehingga total sampel yang diambil adalah 292 orang.

4.5. Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara proporsional berdasarkan jumlah kasus di kedua lokasi penelitian (perbandingan kasus di kedua lokasi

penelitian adalah 1:2), sedangkan perbandingan sampel kasus dan kontrol di tiap lokasi penelitian adalah 1:1. Pasien penasun yang putus berobat berdasarkan status pasien dipisahkan dan dikelompokkan sebagai kelompok kasus kecuali kasus yang meninggal atau terjerat pidana. Pasien penasun yang berdasarkan status pasien dinyatakan masih aktif berobat dikelompokkan sebagai kontrol. Baik kasus maupun kontrol diambil secara acak sederhana dari daftar pasien penasun yang berobat di klinik rumatan metadon pada tahun 2007-2008.

4.6. Langkah-langkah dalam manajemen penelitian

4.6.1. Persiapan penelitian

Sebelum kegiatan pengumpulan data dilaksanakan, maka dilakukan persiapan penelitian dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Melakukan penyempurnaan proposal dan uji coba kuesioner pada pasien rumatan metadon di lokasi lain untuk mengetahui apakah kuesioner yang dibuat cukup dimengerti oleh responden (reliabilitas kuesioner).

Uji coba kuesioner dilakukan di Puskesmas Kec Tanjung Priok sebanyak 17 orang, dengan usia rata-rata 30 tahun, 94% berjenis kelamin laki-laki. Pertanyaan dalam kuesioner dapat dipahami responden kecuali pertanyaan sikap dengan skala peringkat (1-10) hanya dipahami oleh sekitar 20% responden, sehingga pertanyaan sikap diperbaiki dengan menggunakan skala Likert (5 skala).

2. Pengorganisasian dan pelatihan bagi tenaga pewawancara dengan tujuan pembagian tugas dan tanggung jawab untuk kelancaran pelaksanaan penelitian.

4.6.2. Pengumpulan data

Sebelum dilakukan pengumpulan data terlebih dahulu diminta *informed consent* yang bertujuan meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menjamin kerahasiaan dan hak responden. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer yang dikumpulkan meliputi variabel independen (identitas responden termasuk umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status marital, sikap, pengetahuan, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat) yang dikumpulkan berdasarkan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner sedangkan data sekunder yang dikumpulkan adalah data keteraturan berobat yang diambil dari status pasien.

4.6.3. Pengolahan data

Data dikumpulkan kemudian diolah menggunakan perangkat lunak komputer statistik dengan langkah-langkah sebagai berikut (Hastono, SP 2007) :

1. *Editing*

Adalah proses penyuntingan data yang bertujuan untuk memeriksa kelengkapan dan ketepatan data yang telah dikumpulkan artinya semua pertanyaan dalam kuesioner telah dijawab oleh responden dengan lengkap, jelas, sesuai, konsisten dan relevan.

2. *Coding*

Adalah proses pemberian kode pada jawaban responden dalam kuesioner yang bertujuan memudahkan dalam memasukkan data yang terkumpul ke dalam *software* statistik dengan cara mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka.

3. *Processing*

Adalah proses memasukkan data (*data entry*) yang bertujuan untuk memudahkan analisis ke dalam *software* statistik.

4. *Cleaning data*

Adalah pengecekan kembali terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam *software* statistik untuk mengetahui adanya kesalahan *entry* atau *missing data*.

4.6.4. Analisis data

Data dianalisis dengan menggunakan *software* statistik dan dilakukan uji statistik menggunakan *Chi square* untuk analisis bivariat sedangkan uji statistik untuk multivariat menggunakan *logistic regression*.

4.6.4.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk memberikan gambaran atau deskripsi distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel. Data yang digunakan adalah data kategorik kecuali variabel yang merupakan data kontinyu akan dibuat kategorik terlebih dahulu. Penyajian data ditampilkan dalam bentuk tabular dan tekstular.

4.6.4.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk seleksi variabel yang akan dimasukkan sebagai variabel kandidat dalam analisis multivariat. Analisis bivariat ini menguji hubungan antara dua variabel yaitu variabel terikat dengan variabel bebas dengan menggunakan uji *Chi Square* yaitu menguji dua data kategori dengan cara membandingkan pengamatan (*observed*) dengan harapan (*expected*). Bila nilai frekuensi observasi dan frekuensi ekspektansi berbeda dan $p \leq 0.05$ maka dikatakan memiliki perbedaan bermakna (Hastono, 2007). Pada hasil uji tersebut menggunakan pendekatan *Odds Ratio* (OR) untuk menyatakan derajat hubungan antara variabel terikat dan variabel bebas. *Odds* dipakai untuk menunjukkan ratio antara *odds* pemaparan pada kasus terhadap *odds* pemaparan pada kontrol. Variabel yang dimasukkan ke dalam analisis multivariat adalah bila *p value* variabel tersebut $\leq 0,25$.

4.6.4.3. Analisis Multivariat (Hastono 2006)

Analisis multivariat dilakukan untuk memprediksi hubungan faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, status marital, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat terhadap putus berobat. Selain itu juga untuk melihat adanya kemungkinan hubungan interaksi beberapa faktor secara bersamaan. Prosedur analisis yang digunakan adalah regresi logistik dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Setelah melakukan analisis bivariat pada semua variabel bebas, kemudian dilakukan pemilihan variabel kandidat yang diikutsertakan dalam uji multivariat dengan melihat p value. Bila variabel tersebut memiliki p value $\leq 0,25$ maka variabel tersebut dimasukkan ke dalam uji multivariat atau bila secara substansi penting dan dianggap berhubungan dengan variabel dependen dapat diikutsertakan dalam uji multivariat.
2. Pembuatan model penentu dilakukan dengan memasukkan secara bersama-sama variabel independen yang masuk model dengan uji regresi logistik ganda. Model terbaik akan mempertimbangkan p wald, variabel yang tidak bermakna secara statistik atau nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari model mulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi hingga diperoleh model yang semua variabelnya memiliki nilai $p \leq 0,05$. Setelah ditentukan *fit model* multivariat dilakukan uji variabel yang kemungkinan memberikan efek interaksi.
3. Bila ada variabel yang masuk dalam kandidat interaksi tersebut dimasukkan ke dalam *fit model* untuk dilihat apakah tetap dipertahankan dalam model akhir atau dikeluarkan. Bila hasil uji regresi logistik diperoleh p wald $> 0,05$ berarti tidak bermakna secara statistik, maka variabel interaksi tersebut dikeluarkan dari model akhir.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. GAMBARAN DEMOGRAFI

Jakarta Timur merupakan kota administrasi di bagian timur DKI Jakarta dengan jumlah penduduk sekitar 2.141.198 jiwa, dengan luas 187,73 km² dan terdiri dari 10 kecamatan dan 64 kelurahan. Wilayah Jakarta Timur berbatasan dengan Jakarta Utara di sebelah utara, sebelah barat berbatasan dengan Jakarta Pusat dan Jakarta Selatan, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Bekasi sedangkan sebelah Selatan berbatasan dengan Depok. Jakarta Pusat merupakan kota administrasi yang berada di bagian sentral wilayah DKI Jakarta dengan jumlah penduduk 813.708 jiwa dengan luas wilayah 48,17 km² yang terdiri dari 8 kecamatan dan 44 kelurahan. Batas wilayah Jakarta Pusat di sebelah utara adalah Jakarta Utara, sebelah barat berbatasan dengan Jakarta Barat, sebelah selatan berbatasan dengan Jakarta Selatan sedangkan sebelah timur berbatasan dengan Jakarta Timur.

5.2. DISTRIBUSI FREKUENSI PUTUS BEROBAT DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHINYA

5.2.1. Status Putus Berobat

Berdasarkan data yang diperoleh pada tahun 2007-2008 jumlah pasien penasun yang datang berobat di Klinik PTRM Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur sebanyak 251

orang dan jumlah yang putus berobat sebanyak 118 orang (47%), sedangkan di Klinik PTRM Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat jumlah pasien penasun yang berobat sebanyak 364 orang dan jumlah yang putus berobat sebanyak 206 orang (57%). Dari hasil perhitungan jumlah sampel minimal dengan perbandingan kasus dan kontrol 1:1, didapatkan jumlah sampel minimal yang harus diambil sebanyak 292 orang. Pengambilan sampel di kedua lokasi penelitian dilakukan berdasarkan proporsi jumlah kasus. Perbandingan kasus di Puskesmas Kec Jatinegara dengan Puskesmas Kec Gambir adalah 1 : 2 (118:206), sehingga jumlah kasus minimal yang diambil sebagai sampel di Puskesmas Kec Jatinegara adalah 49 orang dan kontrol 49, sedangkan di Puskesmas Gambir jumlah sampel untuk kasus adalah 98 orang dan kontrol 98 orang. Dalam menghitung besarnya sampel, perlu mempertimbangkan beberapa hal, salah satunya pengendalian *confounding* dalam analisis dan adanya misklasifikasi non diferensial sehingga dipertimbangkan untuk menambah jumlah sampel sebesar 10%. Dengan demikian jumlah sampel yang diambil di Puskesmas Jatinegara adalah 54 orang sedangkan di Puskesmas Gambir sebanyak 108 orang. Hasil yang didapat di Puskesmas Kec Jatinegara adalah 52 kasus dan jumlah kontrol sesuai jumlah kasus. Demikian pula di Puskesmas Kec Gambir, jumlah kasus yang diambil sesuai dengan perbandingan jumlah kasus di Puskesmas Jatinegara yaitu 2 kalinya sehingga jumlahnya 104 orang. Dengan demikian sampel yang diambil keseluruhan adalah 312 orang. Baik kasus maupun kontrol diambil secara acak sederhana. Distribusi kasus dan kontrol dapat dilihat pada Tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Pasien Penasun Berdasarkan Status Putus Berobat
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Puskesmas	Status Putus Berobat			
	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Kec Jatinegara	52	33	52	33
Kec Gambir	104	67	104	67
Total	156	100	156	100

5.2.2. Jenis kelamin

Distribusi jenis kelamin kelompok kasus dan kontrol dapat dilihat pada Tabel 5.2 di bawah ini. Pada kelompok kasus maupun kontrol didapatkan proporsi laki-laki lebih banyak dibandingkan kelompok perempuan. Nampak bahwa proporsi laki-laki pada kelompok kasus (92,3%) lebih banyak dibandingkan pada kelompok kontrol (81%)

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Jenis kelamin	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Laki-laki	144	92,3	127	81
Perempuan	12	7,7	29	19
	156	100	156	100

5.2.3. Umur

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan usia responden berkisar antara 18 sampai 55 tahun, dengan rata-rata 29 tahun dan datanya terdistribusi tidak normal. Dengan demikian umur dikategorikan menjadi 2 kelompok berdasarkan usia rata-ratanya yaitu ≥ 29 tahun dan < 29 tahun.

Tabel 5.3
Distribusi umur responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan
Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	Skewness	SE of skewness
Umur	29.19	29.00	5.12	18 - 55	1.333	0.138

Tabel 5.4 menunjukkan proporsi terbanyak pada kelompok kasus adalah umur kurang dari 29 tahun (55,8%) dibandingkan umur 29 tahun ke atas (44,2%) sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan sebaliknya, umur 29 tahun ke atas (56,4%) lebih banyak dibandingkan umur kurang dari 29 tahun (43,6%). Nampak bahwa pada kelompok kasus proporsi respondennya lebih banyak berusia di bawah 29 tahun (55,8%) dibandingkan kelompok kontrol (43,6%).

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Umur
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Umur	Kasus		Kontrol	
	n	%	N	%
≥ 29 tahun	69	44,2	88	56,4
< 29 tahun	87	55,8	68	43,6
Total	156	100	156	100

5.2.4. Pendidikan

Gambaran distribusi pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden terbagi menjadi Akademi/PT, SMA/ sederajat, SMP/ sederajat, SD dan tidak sekolah seperti terlihat pada Tabel 5.5 di bawah ini:

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Pendidikan Formal Terakhir di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

Pendidikan Terakhir	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Akademi/ PT	39	25	43	28
SMA / sederajat	84	54	86	55
SMP / sederajat	28	18	23	14
SD	5	3	3	2
Tidak sekolah	0	0	1	1
Total	156	100	156	100

Tingkat pendidikan dikategorikan berdasarkan pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden, yaitu pendidikan tinggi bila pendidikannya akademi ke atas atau perguruan tinggi, pendidikan menengah yaitu bila pendidikan terakhir responden adalah SLTA atau sederajat dan pendidikan rendah bila pendidikannya maksimal SMP atau sederajat (Tabel 5.6).

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

Tingkat Pendidikan	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tinggi	39	25	43	28
Menengah	84	54	86	55
Rendah	33	21	27	17
Total	156	100	156	100

Pada kelompok kasus maupun kontrol, proporsi responden yang memiliki tingkat pendidikan menengah merupakan proporsi terbesar, diikuti tingkat pendidikan tinggi dan rendah. Bila dibandingkan, terlihat proporsi tingkat pendidikan rendah pada kelompok kasus (21%) lebih besar dari kelompok kontrol (17%).

5.2.5. Status pekerjaan

Berdasarkan Tabel 5.7 di bawah ini didapatkan bahwa proporsi responden yang memiliki pekerjaan di kedua kelompok lebih besar dibandingkan proporsi yang tidak memiliki pekerjaan. Namun pada kelompok kasus proporsi yang tidak bekerja (47%) lebih besar dibandingkan kelompok kontrol (40%).

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Status Pekerjaan
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Status Pekerjaan	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Bekerja	82	53	94	60
Tidak bekerja	74	47	62	40
Total	156	100	156	100

5.2.6. Status marital

Pada kelompok kasus maupun control (Tabel 5.8) didapatkan proporsi responden yang belum menikah/cerai lebih besar dibandingkan proporsi responden yang menikah. Pada kelompok kasus proporsi yang belum menikah/ cerai (71%) lebih besar dibandingkan kelompok kontrol (60%).

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Status Marital
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Status marital	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Menikah	46	29	63	40
Belum menikah/cerai	110	71	93	60
Total	156	100	156	100

5.2.7. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan responden dinilai dari 11 pertanyaan dan dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu pengetahuan baik, bila hasil skornya lebih atau sama dengan nilai tengah dan pengetahuan buruk bila hasil skornya kurang dari nilai tengah. Pembobotan

masing-masing pertanyaan berdasarkan besar risikonya (OR) seperti dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5.9

Analisis hubungan pengetahuan dengan putus berobat

Variabel	<i>P value</i>	OR	CI 95%
Penularan HIV/AIDS	1.000	1.000	0.139 – 7.190
Pengertian Hepatitis	0.057	1.577	0.985 – 2.525
Penularan Hepatitis	0.000	2.573	1.506 – 4.396
Keparahan penyakit	0.777	0.851	0.280 – 2.593
Pengertian PTRM	0.022	2.290	1.106 – 4.742
Tujuan PTRM	0.036	1.739	1.032 – 2.928
Cara minum	0.238	2E + 0.009	0.000
Lama pengobatan	0.068	1.563	0.966 – 2.528
Dampak bila teratur	0.791	0.869	0.307 – 2.458
Dampak bila DO	0.004	1.990	1.237 – 3.202
Efek samping	0.140	0.190	0.041 – 0.880

Dari Tabel 5.9 di atas dari berbagai aspek pengetahuan yang dinilai didapatkan bahwa kurangnya memahami tentang pengertian hepatitis, penularan hepatitis, pengertian PTRM, tujuan PTRM, lama pengobatan dan dampak bila terjadi putus berobat merupakan aspek pengetahuan yang memiliki risiko putus berobat yang cukup besar. Distribusi hasil skoring pengetahuan seperti pada Tabel 5.10, didapatkan nilai minimal skor pengetahuan adalah 3.91 dan nilai maksimumnya 15.73, datanya terdistribusi tidak normal dengan median 13.16 seperti terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.10

Distribusi skor pengetahuan responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	<i>Skewness</i>	<i>SE of skewness</i>
Skor Pengetahuan	12.51	13.16	2.94	3.91 – 15.73	-0.729	0.138

Pada kelompok kasus (Tabel 5.11) proporsi yang memiliki tingkat pengetahuan buruk (58,3%) lebih besar dibandingkan proporsi yang pengetahuannya baik (41,7%), hal ini bertolak belakang dengan kelompok kontrol dimana proporsi responden yang berpengetahuan baik (57,1%) lebih besar dibandingkan proporsi yang berpengetahuan buruk (42,9%). Namun pada kelompok kasus proporsi responden yang berpengetahuan buruk (58,3%) lebih besar dibandingkan pada kelompok kontrol (42,9%).

Tabel 5.11
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Tingkat Pengetahuan
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Pengetahuan	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Baik	65	41.7	89	57.1
Buruk	91	58.3	67	42.9
Total	156	100	156	100

2.2.8. Sikap

Pembagian kategori berdasarkan nilai quartile yang terbagi menjadi nilai minimum, Q1, Q2, Q3, nilai maksimum. Hasil univariat didapatkan hasil skor sikap minimal 18 dan nilai maksimal 50, datanya terdistribusi normal. Variabel sikap dikategorikan menjadi 5 kelompok yaitu sangat positif ($>Q3$), positif (antara Q2-Q3), ragu-ragu ($=Q3$), negatif (antara Q1-Q2) dan sangat negatif ($<Q1$) dengan nilai Q1, Q2 dan Q3 seperti pada Tabel 5.12 di bawah ini :

Tabel 5.12
Distribusi Skor Sikap Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur
dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	Q1	Q2	Q3	Skewness	SE of Skewness
Skor Sikap	38.84	39.00	5.67	18 – 50	36	39	43	-0.597	0.138

Pada kelompok kasus (Tabel 5.13) didapatkan proporsi responden yang bersikap negative (29%) merupakan proporsi terbanyak sedangkan proporsi yang paling sedikit adalah sikap ragu-ragu (10%). Hal ini berbeda dengan kelompok kontrol, proporsi terbesar pada sikap sangat negative (28%) dan terendah pada sikap ragu-ragu (4%). Bila dibandingkan, proporsi sikap ragu-ragu (10%) dan sikap negative (29%) pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan dengan sikap ragu-ragu (4%) dan sikap negative (22%) pada kelompok kontrol.

Tabel 5.13
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Sikap
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Sikap	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Sangat positif	29	19	39	25
Positif	38	24	33	21
Ragu-ragu	16	10	7	4
Negatif	45	29	34	22
Sangat negative	28	18	43	28
Total	156	100	156	100

2.2.9. Dukungan Keluarga/Teman

Variabel dukungan keluarga/teman dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu ada dukungan bila hasil skornya \leq nilai tengah dan tidak ada dukungan bila hasil skornya $>$

nilai tengah, skoring didasarkan pada bobot pertanyaan yang sesuai dengan besar risikonya (OR) seperti terlihat pada tabel 5.14 berikut :

Tabel 5.14
Analisis hubungan dukungan keluarga/teman dengan putus berobat

Variabel	<i>P value</i>	OR	CI 95%
Memberi saran	0.000	5.640	3.256 – 9.770
Pendampingan	0.558	0.795	0.369 – 1.715
Mengingatkan	0.000	2.875	1.776 – 4.656

Dari Tabel 5.14 di atas didapatkan bentuk dukungan yaitu memberi saran memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap putus berobat yang ditunjukkan dengan kekuatan asosiasi 5.64 dan mengingatkan dengan OR 2.875. Distribusi hasil skoring dukungan keluarga/teman seperti pada Tabel 5.15, didapatkan nilai minimal adalah 0 dan nilai maksimumnya 9.31, datanya terdistribusi tidak normal dengan median 0.39 seperti terlihat pada tabel 5.15 di bawah ini :

Tabel 5.15
Distribusi Skor Dukungan Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	<i>Skewness</i>	<i>SE of skewness</i>
Skor Dukungan	2.86	0.39	3.37	0 – 9.31	0.683	0.138

Berdasarkan Tabel 5.16 pada kelompok kasus didapatkan proporsi responden yang mendapatkan dukungan keluarga/teman sebanyak 35.9% dan yang tidak mendapatkan dukungan keluarga/teman sebesar 64,1%. Berbeda dengan kelompok kasus, pada kelompok kontrol proporsi yang mendapat dukungan keluarga/teman sebanyak 64,1%

sedangkan yang tidak mendapatkan dukungan keluarga/teman sebanyak 35,9%. Bila dibandingkan dengan kelompok kontrol (35,9%), yang tidak mendapat dukungan lebih banyak pada kelompok kasus (64,1%).

Tabel 5.16

Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Dukungan keluarga/Teman di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat Tahun 2007-2008

Dukungan keluarga/Teman	Kasus		Kontrol	
	N	%	n	%
Ada dukungan	56	35.9	100	64.1
Tidak ada dukungan	100	64.1	56	35.9
Total	156	100	156	100

2.2.10. Aksesibilitas

Aksesibilitas dikategorikan berdasarkan hasil skoring menjadi 3 kelompok yaitu aksesibilitas tinggi (mudah) bila $< Q1$, aksesibilitas sedang (cukup) bila skornya antara $Q1-Q3$ dan aksesibilitas rendah (sulit) bila lebih dari $Q3$, skoring dinilai berdasarkan bobot pertanyaan yang sesuai dengan besar risikonya (OR) seperti tabel di bawah ini:

Tabel 5.17

Analisis hubungan aksesibilitas dengan putus berobat

Variabel	<i>P value</i>	OR	CI 95%
Waktu tempuh	0.791		
• Kurang Sesuai	0.979	0.992	0.549 – 1.794
• Tidak sesuai	0.565	0.852	0.493 – 1.471
Jarak tempuh	0.002		
• 2-3 km	0.001	2.369	1.427 – 3.933
• > 3 km	0.874	1.051	0.567 – 1.949
Jam buka	0.390		
• Kurang sesuai	0.597	1.382	0.858 – 2.227
• Tidak sesuai	0.772	0.886	0.815 – 2.139
Lama buka	0.564		
• Kurang sesuai	0.508	1.165	0.718 – 1.890
• Tidak sesuai	0.133	1.493	0.704 – 3.164
Sikap	0.000		
• Sikap biasa	0.000	3.269	1.974 – 5.415
• Sikap buruk	0.047	2.344	1.072 – 5.123
Alat Transport	0.358	1.542	0.612 – 3.882
Biaya transport	0.003		
• Rp 6500-12000	0.009	2.380	1.245 – 4.547
• > Rp 12.000	0.000	3.227	1.658 – 6.281
Biaya transport dan obat	0.765		
• Biaya cukup	0.534	1.333	0.539 – 3.298
• Biaya mahal	0.464	1.436	0.545 – 3.780

Berdasarkan Tabel 5.17 di atas didapatkan bahwa jarak tempuh, sikap petugas dan biaya transport merupakan aspek aksesibilitas yang memiliki kekuatan asosiasi yang cukup besar. Distribusi hasil skoring aksesibilitas didapatkan datanya terdistribusi tidak normal dengan median 10.34, nilai minimal 0, nilai maksimal 20,07 dan nilai Q1, Q2 dan Q3 seperti pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.18
Distribusi Skor Aksesibilitas Responden di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur
dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	Q1	Q2	Q3	Skewness	SE of Skewness
Skor aksesibilitas	10.25	10.34	3.8	0 - 20.07	7.81	10.34	13.23	-0.335	0.138

Berdasarkan Tabel 5.19 didapatkan pada kelompok kasus dan kontrol proporsi responden yang memiliki persepsi tingkat aksesibilitas sedang merupakan proporsi terbanyak (52,6% dan 47,4%). Pada kelompok kasus proporsi tingkat aksesibilitas sedang (52,6%) dan rendah (31,4%) lebih besar dibandingkan tingkat aksesibilitas sedang (47,4%) dan rendah (18,6%) pada kelompok kontrol (47,4% dan 18,6%).

Tabel 5.19
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Aksesibilitas
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Aksesibilitas	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tinggi	25	16	53	34
Sedang	82	52.6	74	47.4
Rendah	49	31.4	29	18.6
Total	156	100	156	100

5.2.11. Gejala Putus Obat

Pada Tabel 5.20 didapatkan proporsi responden yang pernah mengalami gejala putus obat pada kelompok kasus dan kontrol lebih besar dibandingkan proporsi yang tidak pernah mengalami gejala putus obat. Pada kelompok kasus proporsi yang pernah mengalami gejala putus obat (63%) lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol (57%).

Tabel 5.20
Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Gejala Putus Obat
di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat
Tahun 2007-2008

Gejala Putus Obat	Kasus		Kontrol	
	n	%	n	%
Tidak pernah mengalami	58	37	67	43
Pernah mengalami	98	63	89	57
Total	156	100	156	100

5.3. HUBUNGAN ANTARA VARIABEL INDEPENDEN DENGAN VARIABEL DEPENDEN

Untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status marital, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat) dengan variabel dependen (putus berobat) dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat (*chi square*) karena baik variabel dependen maupun independen bersifat kategorik. Analisis bivariat yang dilakukan merupakan bagian dari tahapan analisis multivariate dengan menyeleksi variabel kandidat yang akan diikutkan dalam analisis multivariat. Hasil uji bivariat dari variabel dependen dan variabel independen yang dipertimbangkan masuk uji multivariate ditentukan oleh *p value* < 0,25 dan kekuatan hubungan dengan melihat nilai OR. Hasil yang diperoleh seperti pada Tabel 5.21 di bawah ini :

Tabel 5.21
Hasil analisis bivariat antara variabel dependen dan variabel independen

No.	Variabel independen	Status putus berobat pada pasien				OR	CI 95%	p value
		Kasus n=156		Kontrol n=156				
		n	%	n	%			
1.	Umur					1,63	1.043 – 2.552	0.031
	• ≥ 29 tahun	69	44,2	88	56,4			
	• < 29 tahun	87	55,8	68	43,6			
2.	Jenis kelamin					2,74	1.342 – 5.595	0.004
	• Laki-laki	144	92,3	127	81			
	• Perempuan	12	7,7	29	19			
3.	Pendidikan							0.664
	• Tinggi	39	25	43	28	Ref		
	• Menengah	84	54	86	55	1,07	0.635 – 1.825	
	• Rendah	33	21	27	17	1,35	0.691 – 2.629	
4.	Status Pekerjaan					1,37	0.873 – 2.144	0.170
	• Bekerja	82	53	94	60			
	• Tidak bekerja	74	47	62	40			
5.	Status marital					1,62	1.013 – 2.591	0.043
	• Menikah	46	29	63	40			
	• Belum menikah/cerai	110	71	93	60			
6.	Pengetahuan					1,86	1.187 – 2.914	0.006
	• Baik	65	41.7	89	57.1			
	• Buruk	91	58.3	67	42.9			
7.	Sikap							0.038
	• Sangat positif	29	19	39	25	Ref		
	• Positif	38	24	33	21	1,55	0.793 – 3.025	
	• Ragu-ragu	16	10	7	4	3,07	1.120 – 8.439	
	• Negatif	45	29	34	22	1,78	0.924 – 3.427	
	• Sangat negative	28	18	43	28	0,87	0.445 – 1.722	
8.	Dukungan Keluarga/Teman					3,189	2.008 – 5.065	0.000
	• Ada dukungan	56	35.9	100	64.1			
	• Tidak ada dukungan	100	64.1	56	35.9			
9.	Aksesibilitas							0.000
	• Tinggi	25	16	53	34	Ref		
	• Sedang	82	52.6	74	47.4	2,349	1.329 – 4.154	
	• Rendah	49	31.4	29	18.6	3,582	1.849 – 6.938	
10.	Gejala Putus Obat					1,27	0.808 – 2.002	0.298
	• Pernah mengalami	58	37	67	43			
	• Tidak pernah	98	63	89	57			

Berdasarkan Tabel 5.21 di atas didapatkan hasil dari sepuluh variabel yang dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen terdapat 8 variabel yang memiliki p value $< 0,25$ sehingga dipertimbangkan untuk menjadi kandidat dalam analisis multivariate yaitu variabel umur, jenis kelamin, pekerjaan, status marital, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas. Sedangkan 2 variabel lainnya yaitu pendidikan dan gejala putus obat memiliki p value $> 0,25$ sehingga tidak dijadikan kandidat dalam analisis multivariat.

Bila berdasarkan hasil uji *chi square* pada penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel umur dengan putus berobat karena memiliki nilai $p < 0,05$ dengan OR 1,632 (CI 95% 1,04 – 2,55). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa umur mempengaruhi putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik.

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan putus berobat menunjukkan responden laki-laki memiliki risiko putus berobat 2,74 kali (OR 2,74 dengan CI 95% 1,342 -5,595) dibandingkan dengan perempuan. Secara statistik hubungan ini bermakna yang ditunjukkan dengan p value $< 0,05$ yang berarti ada hubungan antara jenis kelamin dengan putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik.

Hubungan antara pengetahuan dengan putus berobat secara statistik menunjukkan hubungan yang signifikan dengan p value 0,006. Hal ini berarti bahwa tingkat pengetahuan mempengaruhi putus berobat pada pasien pengguna narkoba

suntik. Hasil analisis statistik menunjukkan pengetahuan yang buruk memiliki risiko putus berobat hampir 2 kali dibandingkan dengan pengetahuan yang baik.

Hasil uji statistik pada tabel di atas menunjukkan hubungan yang bermakna antara sikap dengan putus berobat dengan *p value* 0,038. Hal ini berarti bahwa sikap berpengaruh terhadap putus berobat pada pengguna narkoba suntik. Hasil analisis menunjukkan responden yang memiliki sikap yang negatif memiliki risiko 1,78 kali mengalami putus berobat bila dibandingkan dengan sikap yang sangat positif sedangkan sikap ragu-ragu memiliki risiko putus berobat 3 kali dibandingkan sikap sangat positif.

Sementara hasil uji statistik antara dukungan keluarga/teman dengan putus berobat menunjukkan hubungan yang bermakna dengan *p value* 0,000 dan OR 3,189 (CI 95% 2,008 -- 5,065). Hal ini menunjukkan bahwa responden yang tidak mendapatkan dukungan memiliki risiko putus berobat hampir 4 kali dibandingkan responden yang mendapatkan dukungan. Dengan demikian dukungan keluarga/teman mempengaruhi putus berobat pada pengguna narkoba suntik.

Pada tabel di atas menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara aksesibilitas dengan putus berobat dengan *p value* 0,000. Artinya aksesibilitas merupakan variabel yang mempengaruhi putus berobat pada pengguna narkoba suntik. Hasil analisis statistik menunjukkan tingkat aksesibilitas sedang memiliki risiko putus berobat sebesar 2,3 kali dibandingkan dengan aksesibilitas tinggi, sedangkan aksesibilitas rendah memiliki risiko sebesar 3,5 kali.

Sementara hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan putus berobat didapatkan pendidikan yang rendah memiliki risiko 1,35 kali putus berobat bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi. Namun secara statistik terbukti bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan putus berobat dengan *p value* 0,664. Hal ini artinya bahwa pendidikan tidak berpengaruh terhadap putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik.

Secara statistik antara variabel status pekerjaan dengan putus berobat pada pasien terbukti tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan *p value* 0,170 dan OR 1,37 (CI 95% 0,873 – 2,144). Artinya secara statistik tidak terbukti bahwa putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik dipengaruhi oleh status pekerjaan, namun responden yang tidak bekerja memiliki risiko untuk putus berobat sebesar 1,37 kali dibandingkan responden yang memiliki pekerjaan.

Pada tabel di atas didapatkan secara statistik tidak menunjukkan ada hubungan secara signifikan antara status marital dengan putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik. Hal ini terlihat dari hasil analisis bivariat didapatkan *p value* 0,043 dengan OR sebesar 1,62 (CI 95% 1,013 – 2,591). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa responden yang belum menikah atau cerai mempunyai risiko putus berobat sebesar 1,62 kali dibandingkan dengan responden yang sudah menikah.

Demikian pula halnya dengan variabel gejala putus obat yang berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna dengan putus

berobat dengan *p value* 0,298. Dengan demikian variabel gejala putus obat tidak mempengaruhi status putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik.

5.4. ANALISIS MULTIVARIAT

Analisis ini dilakukan dengan tujuan memprediksi faktor risiko yang paling berperan yang menggambarkan pengaruh faktor-faktor penelitian dengan putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik. Pada penelitian ini variabel dependennya bersifat kategorik dikotomik sehingga digunakan uji *multiple logistic regression* (Kleinbaum *et al* 1998). Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan model prediksi karena semua variabel dianggap penting sehingga dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus. Langkah-langkah pada analisis model prediksi ini adalah melakukan seleksi bivariat untuk menentukan variabel kandidat model, membuat pemodelan multivariat dan melakukan uji interaksi jika secara substansi diduga ada interaksi (Hastono 2006).

5.4.1. Seleksi variabel

Pada penelitian ini diduga ada sepuluh variabel yang berhubungan dengan putus berobat pada pasien pengguna narkoba suntik di Puskesmas Kecamatan Jatinegara dan Puskesmas Kecamatan Gambir tahun 2007-2008. Faktor-faktor tersebut adalah jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status marital, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat. Dari hasil seleksi

bivariat seperti nampak pada Tabel 5.21 didapatkan faktor pendidikan dan gejala putus obat memiliki p value $> 0,25$ sehingga tidak dapat menjadi kandidat untuk dianalisis pada tingkat multivariat. Variabel yang memenuhi syarat untuk diikutkan ke dalam model adalah umur, jenis kelamin, pekerjaan, status marital, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, dan aksesibilitas.

Tabel 5.22
 Hasil Analisis Bivariat Antara Variabel Independen dan Variabel Dependen

No.	Variabel Independen	<i>p</i> value
1.	Umur	0.031
2.	Jenis kelamin	0.004
3.	Pendidikan	0.664*
4.	Status Pekerjaan	0.170
5.	Status marital	0.043
6.	Pengetahuan	0.006
7.	Sikap	0.038
8.	Dukungan Keluarga/Teman	0.000
9.	Aksesibilitas	0.000
10.	Gejala putus obat	0.298*

* variabel yang tidak masuk kandidat model multivariat awal

5.4.2. Pembuatan model

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model yang terbaik dalam menentukan determinan putus berobat pasien pengguna narkoba suntik. Dalam pemodelan ini semua kandidat dimasukkan semuanya, model terbaik akan mempertimbangkan nilai signifikansi p wald ($p < 0,25$). Pemilihan model secara hirarki dengan cara semua variabel independen yang memenuhi syarat dimasukkan kembali ke

dalam model, kemudian variabel yang p wald-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dari p wald yang terbesar.

Hasil analisis model pertama atau disebut sebagai *gold standard* merupakan hubungan variabel independen yang meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, status marital, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dengan variabel dependen yang hasilnya seperti diperlihatkan pada tabel berikut :

Tabel 5.23
Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	B Wald	p Wald	OR	CI 95%
1.	Umur	0.812	0.367	1.264	0.734 – 2.106
2.	Jenis kelamin	8.393	0.004	3.252	1.464 – 7.223
3.	Marital	0.707	0.400	1.261	0.734 – 2.167
4.	Pekerjaan	2.374	0.123	1.509	0.894 – 2.546
5.	Pengetahuan	3.382	0.066	1.627	0.969 – 2.732
6.	Sikap	5.929	0.205		
	• Positif	0.012	0.913	1.043	0.494 – 2.230
	• Ragu-ragu	2.716	0.099	2.660	0.831 – 8.515
	• Negatif	0.311	0.577	1.231	0.593 – 2.554
	• Sangat negative	0.818	0.366	0.703	0.327 – 1.509
7.	Dukungan keluarga/teman	14.395	0.000	2.576	1.566 – 4.237
8.	Aksesibilitas	10.774	0.005		
	• Sedang	4.026	0.045	2.051	1.099 – 3.830
	• Rendah	10.760	0.001	3.610	1.730 – 7.535

Dari tabel di atas didapatkan log likelihood 371,791 dan variabel marital mempunyai nilai p Wald yang paling besar dan > 0,05 sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari model. Analisis berikutnya dilakukan tanpa memasukkan variabel marital, dan diperoleh hasil seperti tabel dibawah ini:

Tabel 5.24
 Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	<i>B Wald</i>	<i>p Wald</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>
1.	Umur	1.208	0.272	1.323	0.803 – 2.178
2.	Jenis kelamin	9.147	0.002	3.398	1.538 – 7.507
3.	Pekerjaan	2.619	0.106	1.538	0.913 – 2.589
4.	Pengetahuan	3.630	0.057	1.652	0.986 – 2.770
5.	Sikap	5.803	0.206		
	• Positif	0.007	0.935	1.032	0.489 – 2.177
	• Ragu-ragu	2.455	0.117	2.511	0.794 – 7.943
	• Negatif	0.261	0.609	1.209	0.584 – 2.502
	• Sangat negative	0.970	0.325	0.682	0.319 – 1.460
6.	Dukungan keluarga/teman	14.805	0.000	2.643	1.587 – 4.283
7.	Aksesibilitas	10.838	0.004		
	• Sedang	3.870	0.049	1.863	1.083 – 3.754
	• Rendah	10.835	0.001	3.435	1.734 – 7.539

Hasil ini memberikan nilai log likelihood 371,498 dan LR Chi2 1,414, sehingga variabel marital dapat dikeluarkan dari model. Selanjutnya adalah variabel umur yang dikeluarkan dari model karena memiliki p value paling besar dan > 0,05, hasilnya seperti tabel di bawah ini :

Tabel 5.25
 Hasil Analisis Multivariate antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	<i>B Wald</i>	<i>p Wald</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>
1.	Jenis kelamin	9.684	0.002	3.502	1.590 – 7.710
2.	Pekerjaan	2.869	0.090	1.566	0.932 – 2.633
3.	Pengetahuan	3.743	0.053	1.665	0.993 – 2.789
4.	Sikap	5.892	0.214		
	• Positif	0.021	0.884	1.057	0.502 – 2.228
	• Ragu-ragu	2.367	0.124	2.459	0.782 – 7.733
	• Negatif	0.310	0.578	1.229	0.594 – 2.544
	• Sangat negatif	0.959	0.328	0.683	0.319 – 1.464
5.	Dukungan keluarga/teman	15.277	0.000	2.677	1.634 – 4.386
6.	Aksesibilitas	12.103	0.002		
	• Sedang	5.360	0.021	2.073	1.118 – 3.844
	• Rendah	11.967	0.001	3.647	1.752 – 7.592

Analisis di atas memberikan nilai log likelihood 371,705 dan LR Chi2 0,414 sehingga variabel umur dikeluarkan dari model. Selanjutnya adalah variabel sikap yang dikeluarkan karena p value > 0,05, hasil analisisnya seperti pada Tabel 5.26 di bawah ini :

Tabel 5.26
 Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	<i>B Wald</i>	<i>p Wald</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>
1.	Jenis kelamin	10.497	0.001	3.609	1.660 – 7.843
2.	Pekerjaan	2.600	0.107	1.518	0.914 – 2.521
3.	Pengetahuan	4.062	0.044	1.656	1.014 – 2.704
4.	Dukungan keluarga/teman	15.697	0.000	2.680	1.646 – 4.364
5.	Aksesibilitas	13.426	0.001		
	• Sedang	6.779	0.009	2.225	1.219 – 4.063
	• Rendah	13.045	0.000	3.767	1.834 – 7.737

Dari hasil analisis didapatkan nilai log likelihood 373,329 dan LR Chi2 3,248 sehingga variabel sikap dikeluarkan dari model. Selanjutnya adalah variabel pekerjaan dikeluarkan dari model karena memiliki p value > 0,05. Hasilnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.27
Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	<i>B Wald</i>	<i>p Wald</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>
1.	Jenis kelamin	8.952	0.003	3.184	1.491 - 6.800
2.	Pengetahuan	4.877	0.027	1.729	1.064 - 2.812
3.	Dukungan keluarga/teman	16.109	0.000	2.704	1.664 - 4.396
4.	Aksesibilitas	13.230	0.001		
	• Sedang	7.347	0.007	2.293	1.258 - 4.177
	• Rendah	12.652	0.000	3.656	1.790 - 7.468

Dari tabel di atas didapatkan nilai log likelihood variabel tersebut semuanya memiliki nilai $p < 0,05$, nilai log likelihood 373,749 dan LR Chi2 0,84, sehingga variabel pekerjaan dikeluarkan dari model. Kemudian variabel pengetahuan yang memiliki nilai p paling besar dikeluarkan dari model, hasilnya seperti tabel di bawah ini:

Tabel 5.27
Hasil Analisis Multivariat antara Variabel Kandidat dengan Putus Berobat

No.	Variabel Independen	<i>B Wald</i>	<i>p Wald</i>	<i>OR</i>	<i>CI 95%</i>
1.	Jenis kelamin	9.551	0.002	3.320	1.551 - 7.107
2.	Dukungan keluarga/teman	18.059	0.000	2.838	1.754 - 4.591
3.	Aksesibilitas	12.878	0.002		
	• Sedang	7.701	0.006	2.326	1.281 - 4.221
	• Rendah	12.099	0.001	3.508	1.730 - 7.116

Hasil analisis didapatkan log likelihood 381,257 dan LR Chi2 15,016 sehingga hasilnya signifikan. Dengan demikian variabel pengetahuan merupakan variabel yang berpengaruh dengan putus berobat jadi dimasukkan kembali ke dalam model.

Jadi, model akhir yang sesuai dan sederhana untuk menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi putus berobat adalah seperti tabel 5.26 yaitu faktor jenis kelamin, pengetahuan, dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas merupakan faktor yang berpengaruh terhadap putus berobat.

5.5. UJI INTERAKSI

Pada penelitian ini tidak dilakukan uji interaksi karena secara substansi tidak menunjukkan adanya interaksi.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat dengan tujuan melihat faktor yang mempengaruhi putus berobat pasien pengguna narkoba suntik di klinik rumatan metadon pada tahun 2007-2008. Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan retrospektif (kasus kontrol), dimana kelebihan desain ini adalah lebih murah, cepat memberikan hasil dan tidak memerlukan sampel besar namun di sisi lain desain ini memiliki kelemahan yaitu rawan terhadap bias (Rothman 1998). Rancangan kasus kontrol memiliki keterbatasan karena alur metodologi inferensi kausalnya bertentangan dengan logika eksperimen klasik. Desain ini melihat akibatnya terlebih dahulu kemudian mencari penyebab atau paparan sehingga rentan terhadap berbagai bias.

Variabel penelitian terdiri dari sepuluh variabel yang terbagi menjadi 3 kelompok yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor kebutuhan terhadap penggunaan pelayanan kesehatan. Namun demikian, ada variabel lain yaitu konseling yang dilakukan petugas kesehatan tidak ada dalam ketiga faktor di atas yang tidak diteliti, variabel tersebut kemungkinan juga berpengaruh terhadap putus berobat.

Terbatasnya variabel yang diteliti dan adanya variabel lain yang tidak diteliti merupakan keterbatasan dalam penelitian ini,

6.2. Validitas Internal

6.2.1. Bias seleksi

Bias seleksi berkaitan dengan pemilihan subjek ke dalam populasi studi. Pada disain studi kasus kontrol bias seleksi dapat terjadi bila status pajanan mempengaruhi pemilihan subjek pada kelompok-kelompok yang diperbandingkan. Pada penelitian ini kasus dan kontrol ditentukan berdasarkan data / registrasi pasien dari Puskesmas Kec Jatinegara dan Puskesmas Kec Gambir, namun demikian tidak menutup kemungkinan terjadi bias seleksi pada kelompok kontrol bila pasien tersebut pernah putus berobat di pelayanan PTRM sebelumnya. Untuk memperkecil terjadinya bias seleksi pada penelitian ini kontrol diambil dari lokasi penelitian yang sama dengan kasus berasal, dengan demikian karakteristiknya sama dengan kasus sedangkan untuk meminimalkan bias seleksi pada kelompok kontrol, pemilihan kontrol hanya pasien yang berobat teratur di puskesmas penelitian, bukan pasien pindahan.

6.2.2. Bias informasi

Bias informasi terjadi pada saat pengamatan, pengukuran, pencatatan dan pelaporan, mengklasifikasi maupun menginterpretasikan status paparan sehingga mengakibatkan

distorsi pengaruh paparan terhadap *outcome*. Bias yang rawan terjadi pada disain studi kasus kontrol adalah bias *recall* yaitu bias yang terjadi karena tingkat akurasi dalam mengingat riwayat paparan dan lama paparan berbeda pada setiap orang. Selain itu bias informasi juga dapat terjadi karena keterbatasan pertanyaan dan kurang rinci misalnya pada pertanyaan tentang pengetahuan tidak diperkirakan tentang interaksi obat. Meminimalisasi bias informasi dilakukan dengan melatih pewawancara untuk lebih memahami isi kuesioner dan metodologi penelitian sehingga dalam mewawancarai responden dapat meminimalkan bias informasi. Selain itu dilakukan verifikasi berdasarkan catatan yang ada di puskesmas terutama untuk gejala putus obat yang pernah dialami pasien.

6.2.3. *Random Error (Chance)*

Merupakan kesalahan tidak sistematis (*random*) yang sering terjadi karena variasi sampling dan karakteristik/efisiensi statistik. Pada penelitian ini didapatkan empat variabel yang menunjukkan statistik yang bermakna yaitu jenis kelamin dengan *p value* 0.003 dan OR 3.184 (CI 95% 1.491- 6.800), pengetahuan dengan *p value* 0.027 dan OR 1.729 (CI 95% 1.064-2.812), dukungan keluarga/teman dengan *p value* 0.000 dan OR 2.704 (CI 95% 1.664 -4.396) dan aksesibilitas yaitu aksesibilitas sedang dengan *p value* 0.007 dan OR 2.293 (CI 95% 1.258 - 4.177) dan aksesibilitas rendah dengan *p value* 0.000 dan OR 3.656 (CI 95% 1.790-7.468). Penggunaan tes statistik yang tepat dengan batas kemaknaan 95% menunjukkan *confidence interval* yang

cukup sempit. Namun demikian, adanya *random error* dapat mempengaruhi hasil statistic sehingga didapatkan variabel lainnya yang tidak menunjukkan kemaknaan secara statistic. Meskipun tidak bermakna secara statistik tidak berarti variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan putus berobat.

6.3. Validitas Eksternal

Merupakan kemampuan dalam menggeneralisasi hasil penelitian pada populasi studi, populasi sumber atau lebih luas lagi yaitu populasi target. Pada penelitian ini populasi studi cukup *representative* dan keterlibatan *participant* lebih dari 90%. Hal ini berarti pengaruh faktor penelitian yang bermakna terhadap putus berobat dapat digeneralisasi pada populasi studi, namun untuk menggeneralisasikan hasil penelitian pada populasi sumber maupun populasi target perlu mempertimbangkan karakteristik yang sama dengan populasi studi.

6.4. Hubungan Variabel Independen Yang Bermakna Secara Statistik Dengan Variabel Dependen

Variabel-variabel yang diprediksi memiliki pengaruh terhadap putus berobat pada pasien penasun adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, status marital, pekerjaan, pengetahuan, sikap, dukungan keluarga/teman, aksesibilitas dan gejala putus obat. Namun dari ke sepuluh variabel tersebut berdasarkan hasil statistik yang menunjukkan hubungan bermakna adalah jenis kelamin, pengetahuan, dukungan

keluarga/teman dan aksesibilitas. Bila memperhitungkan power studi untuk mempertimbangkan adanya *random error* (variasi *chance*), variabel-variabel tersebut memiliki power studi lebih dari 80% sehingga dapat disimpulkan hubungan yang bermakna pada variabel-variabel tersebut bukan merupakan faktor kebetulan.

6.4.1. Jenis kelamin

Pada penelitian ini hasil uji statistik menunjukkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan putus berobat dengan *p value* 0.003 dan OR 3.184 (CI 95% 1.491- 6.800). Hal ini dapat terlihat dari proporsi laki-laki (92.3%) pada kelompok kasus lebih banyak dibandingkan kelompok kontrol (81%). Dengan demikian laki-laki memiliki risiko putus berobat 3.1 kali dibandingkan perempuan. Dari berbagai penelitian yang terkait dengan kepatuhan berobat dikatakan bahwa perempuan relatif lebih patuh untuk berobat dan bertahan dalam pengobatan jangka panjang dibandingkan laki-laki. Hasil ini didukung pula dari penelitian terhadap kepatuhan berobat (*retention rate*) pada program metadon yang mendapatkan hasil bahwa perempuan hampir 2.5 kali (adj OR 2.47) dapat bertahan dalam pengobatan metadon dibandingkan laki-laki (Kerr T *et al* 2005). Akan tetapi penelitian lain mendapatkan hasil yang berbeda dimana tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara jenis kelamin dengan putus berobat (Booth, Robert *et al* 2003; Andrej Pisek 2002). Hal ini mungkin disebabkan karena adanya perbedaan karakteristik sampel yang digunakan dalam penelitian yang dilakukan sebelumnya, dimana sampel

yang digunakan memiliki ratio yang hampir sebanding antara laki-laki dan perempuan.

6.4.2. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya perilaku, sehingga pengetahuan yang baik akan memotivasi seseorang dalam berperilaku baik. Pengetahuan bukan semata-mata sesuatu yang diketahui atau dipahami tapi juga berupa pengalaman yang dipelajari baik pengalaman yang dialami sendiri ataupun oleh orang lain. Pada penelitian ini didapatkan variabel pengetahuan memiliki *p value* 0.027 dan OR 1.729 (CI 95% 1.064-2.812). Hal ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan buruk memiliki risiko putus berobat 1.7 kali dibandingkan yang memiliki pengetahuan baik. Bila dilihat dari aspek pengetahuan yang dinilai maka aspek tentang pengertian hepatitis, cara penularan hepatitis, pengertian PTRM, tujuan PTRM, lama pengobatan dan dampak bila putus berobat merupakan aspek yang kurang diketahui. Hal ini dimungkinkan karena sejauh ini masih terbatasnya media informasi yang memberikan penyuluhan maupun informasi tentang PTRM.

6.4.3. Dukungan keluarga/teman

Pada penelitian ini hasil uji multivariat didapatkan adanya hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan keluarga/teman dengan putus berobat dengan *p value* 0.000 dan OR 2.704 (CI 95% 1.664 -4.396). Hal ini dapat terlihat dari proporsi kelompok kasus yang tidak mendapat dukungan keluarga/teman lebih banyak

(64.1%) dibandingkan kelompok kontrol (35.9%). Artinya pasien yang tidak mendapatkan dukungan memiliki risiko putus berobat 2.7 kali dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan dari keluarga/teman. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna pada variabel dukungan keluarga dengan *p value* 0.016 dan adj OR 2.72 (Lloyd JJ *et al* 2005). Hasil penelitian lain mendapatkan bahwa hubungan interpersonal yang kurang baik terutama dalam keluarga atau pengaruh tidak baik dari teman sebaya merupakan faktor yang berhubungan bermakna dengan putus berobat pada pasien (Gerra G 2003; Battjes Robert R *et al* 2004). Hal yang sama juga didapatkan pada penelitian lain yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna pada responden yang mendapat dukungan keluarga/ teman sebaya dan memiliki hubungan harmonis dengan keluarga dibandingkan responden yang berasal dari keluarga tidak harmonis (Rhoades *et al* 19980). Dukungan positif dari keluarga atau teman sebaya menjadi faktor yang penting karena umumnya ketergantungan narkoba yang terjadi pada seseorang sangat erat kaitannya dengan masalah yang timbul dalam keluarga atau pergaulan teman sebaya yang kurang baik. Sehingga dukungan positif yang didapatkan dari keluarga atau teman akan mampu memotivasi responden untuk tetap melanjutkan pengobatan metadon. Keterlibatan dan peran serta orang tua atau keluarga dalam program terapi metadon secara psikis akan mendukung pasien dalam menjalani pengobatan karena dan selama pengobatan tersebut juga dibutuhkan kerjasama dengan orang tua/keluarga pasien terutama terkait dengan dosis yang dibawa pulang (*Take Home Doses*) bila

pasien berhalangan datang ke klinik, atau adanya penyakit lain yang menyertai pasien yang perlu penanganan lebih lanjut.

6.4.4. Aksesibilitas

Faktor aksesibilitas dinilai dari berbagai aspek yaitu waktu tempuh, jarak tempuh, kesesuaian dengan persepsi responden terhadap lama buka dan waktu buka klinik, biaya transportasi, alat transportasi, persepsi responden terhadap keterjangkauan biaya dan sikap petugas dalam melayani pasien. Pada hasil uji multivariat variabel aksesibilitas menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik dengan *p value* 0.007 dan OR 2.293 (CI 95% 1.258 - 4.177) dan aksesibilitas rendah dengan *p value* 0.000 dan OR 3.656 (CI 95% 1.790-7.468). Hal ini berarti bahwa responden yang tingkat aksesibilitasnya rendah terhadap pelayanan PTRM memiliki risiko putus berobat sebesar 3.6 kali dibandingkan yang aksesibilitasnya tinggi, namun responden yang tingkat aksesibilitasnya sedang mempunyai risiko putus berobat sedikit lebih rendah yaitu 2.3 kali dibandingkan dengan aksesibilitas tinggi.

Masih terbatasnya jumlah sarana pelayanan metadon di Indonesia merupakan salah satu kendala yang membatasi aksesibilitas pasien untuk berobat sehingga jarak tempuh (jarak 2-3 km) menjadi salah satu faktor yang menunjukkan kekuatan asosiasi terhadap putus berobat sebesar OR 2.3 . Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa faktor aksesibilitas merupakan variabel yang berhubungan bermakna dengan putus berobat (Depkes 2006). Aspek

aksesibilitas lain yang menunjukkan kekuatan asosiasi yang cukup besar adalah persepsi responden terhadap sikap petugas yang dalam penelitian ini menunjukkan OR 3.2 (sikap biasa) dan 2.3 (sikap buruk), hal ini terkait dengan kepuasan responden terhadap pelayanan kesehatan di klinik metadon. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya dimana wawancara mendalam pada responden didapatkan hasil adanya kepuasan terhadap program metadon namun tidak menunjukkan kepuasan terhadap peraturan yang diberlakukan terutama berkaitan dengan urine kontrol dan dosis yang dibawa pulang (*Take Home Doses*) serta ruang konseling yang kurang representatif untuk menjamin privasi pasien (WHO 2005). Aspek lain dalam variabel aksesibilitas adalah faktor biaya transport yang menunjukkan kekuatan hubungan dengan OR 2.38 responden yang membutuhkan biaya transport 6.500-12.000 rupiah dan OR 3.2 untuk biaya transport > 12.000 rupiah. Hal ini dapat dimungkinkan berkaitan dengan jarak tempuh terhadap tempat pelayanan metadon yang jauh sehingga membutuhkan biaya yang tidak sedikit.

Hasil penelitian lain didapatkan faktor biaya berobat menunjukkan hubungan bermakna dengan putus berobat dimana didapatkan responden yang diberikan kupon berobat gratis memiliki retensi berobat yang lebih tinggi dibandingkan responden yang membayar (Booth, Robert *et al* 2003). Demikian juga wawancara mendalam pada kelompok responden yang pernah dilakukan pada penelitian sebelumnya didapatkan hasil bahwa biaya dalam program metadon menjadi beban yang ditanggung oleh responden maupun keluarganya (WHO 2005).

6.6. Hubungan Variabel Independen Yang Tidak Bermakna Secara Statistik Dengan Variabel Dependen

Beberapa variabel dalam uji multivariat tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik dengan putus berobat yaitu variabel umur, status marital, pekerjaan, pendidikan, sikap dan gejala putus obat. Walau demikian dalam analisis bivariat hanya variabel pendidikan dan gejala putus obat yang tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p > 0.05$) dengan putus berobat.

Pengkategorian umur pada penelitian ini berdasarkan rerata umur subjek yaitu 29 tahun karena sebaran usia responden antara umur 18- 55 tahun. Pada analisis bivariat, variabel umur didapatkan hubungan yang bermakna secara statistik dengan p value 0.031 dan OR 1.63 (CI 95% 1.043-2.552). Pada penelitian lain hasilnya sejalan yang menunjukkan tidak adanya hubungan bermakna antara umur dengan putus berobat (Booth Robert *et al* 2003). Status marital berdasarkan hasil uji bivariat juga menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik dengan p value 0.043 dan OR 1.62 (CI 95% 1.013 – 2.591). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan status marital berhubungan bermakna dengan kepatuhan berobat (p value < 0.05) dan adj OR 3.04 (Lloyd JJ *et al* 2005). Variabel pendidikan dan gejala putus obat dari hasil seleksi bivariat tidak dijadikan kandidat ke dalam multivariate karena menunjukkan p value > 0.25 .

Beberapa hal yang mendasari variabel-variabel tersebut di atas tidak bermakna secara statistik kemungkinan karena adanya perbedaan karakteristik sampel dengan sampel yang digunakan dalam penelitian lain seperti sebaran umur responden, pendidikan dan pekerjaan. Kemungkinan lain adalah pada saat analisis data dimana pengkategorian yang digunakan kurang tepat pada kelompok yang dibandingkan, serta bila power studi diperhitungkan didapatkan hasil beberapa variabel yang tidak menunjukkan hubungan bermakna memiliki power studi dibawah 80% (variabel umur, pekerjaan dan status marital). Variabel tersebut juga menunjukkan *confident interval* yang cukup lebar sehingga menurunkan presisinya, hal ini berkaitan dengan besar sampel yang digunakan. Kemungkinan lainnya adalah adanya beberapa variabel yang tidak diteliti dalam penelitian ini karena berbagai keterbatasan seperti penggunaan *multidrugs*, adanya co-morbiditas baik fisik maupun mental, dosis metadon yang diberikan, motivasi untuk berobat dan faktor lainnya yang dianggap berpengaruh terhadap putus berobat pada pasien penasun.

Dari hasil uji statistik di atas, pada penelitian ini didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara variabel jenis kelamin, pengetahuan, dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas dengan putus berobat pada penasun di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat pada tahun 2007-2008 sesuai dengan hipotesis peneliti, Variabel lainnya yaitu variabel umur, pendidikan, status marital, pekerjaan, sikap dan gejala putus obat menunjukkan hubungan yang tidak bermakna dengan putus berobat pada penasun di Puskesmas Kec

Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat pada tahun 2007-2008.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi putus berobat pada penasun di Puskesmas Kec Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kec Gambir Jakarta Pusat pada tahun 2007-2008 adalah jenis kelamin, pengetahuan, dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. KESIMPULAN

1. Dari hasil analisis statistik didapatkan dari sepuluh variabel yang diteliti didapatkan 4 variabel yang berhubungan bermakna dengan putus berobat, yaitu faktor predisposisi meliputi jenis kelamin dan pengetahuan sedangkan faktor pendukung yaitu dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas. Sedangkan variabel lainnya yaitu umur, pendidikan, status marital, pekerjaan, sikap dan gejala putus obat berdasarkan hasil statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dengan putus berobat.
2. Model yang paling sesuai dan cukup sederhana untuk menggambarkan faktor yang berpengaruh terhadap putus berobat pada pengguna narkoba suntik di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur dan Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta Pusat tahun 2007-2008 adalah faktor jenis kelamin, pengetahuan, dukungan keluarga/teman dan aksesibilitas.

Responden laki-laki memiliki risiko putus berobat 3,1 kali dibandingkan perempuan, responden yang berpengetahuan buruk berisiko putus berobat 1,7 kali

dibandingkan dengan yang berpengetahuan rendah. Aspek pengetahuan yang menunjukkan asosiasi yang kuat yaitu pengertian hepatitis, cara penularan hepatitis, pengertian PTRM, tujuan PTRM, lama pengobatan dan akibat bila putus berobat. Responden dengan tingkat aksesibilitas rendah memiliki risiko putus berobat 3.6 kali sedangkan responden dengan aksesibilitas sedang memiliki risiko putus berobat 2.3 kali dibandingkan responden dengan tingkat aksesibilitas tinggi. Aspek aksesibilitas yang menunjukkan asosiasi yang cukup kuat adalah jarak tempuh, persepsi responden terhadap sikap petugas dan biaya transport. Variabel lain yang berpengaruh terhadap putus berobat adalah dukungan keluarga/teman, dimana responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga/teman memiliki risiko putus berobat 2.7 kali dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan keluarga/teman. Bentuk dukungan yang menunjukkan kekuatan asosiasi yang cukup besar yaitu memberi saran untuk mengikuti PTRM dan mengingatkan untuk selalu teratur datang ke klinik PTRM.

7.2. S A R A N

1. Bagi Dinas Kesehatan

- Untuk meningkatkan jangkauan pelayanan PTRM perlu meningkatkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan program terapi rumatan metadon di wilayah lainnya dengan disertai peningkatan kualitas pelayanan.

- Meningkatkan *capacity building* bagi petugas puskesmas dengan pelatihan intensif atau pelatihan penyegaran tentang Program Terapi Rumatan Metadon, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan termasuk konseling.
- Membangun sistem pelayanan PTRM yang terintegrasi dengan upaya rehabilitasi ketergantungan narkoba di tingkat puskesmas sehingga selain bertujuan untuk mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba suntik juga dapat membantu pasien untuk melepaskan diri dari ketergantungan narkoba.
- Melakukan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) tentang PTRM melalui media informasi kepada masyarakat dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk terlibat secara aktif serta memberi dukungan positif kepada anggota masyarakat yang menjalani PTRM.

2. Bagi Puskesmas

- Memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang Program Terapi Rumatan Methadon untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya peran keluarga dalam memberikan dukungan positif kepada anggota keluarga yang menjalani PTRM.
- Meningkatkan kualitas pelayanan terutama untuk konseling, penerapan prosedur *take home doses* yang tidak rumit,
- Menyediakan waktu layanan khusus bagi pasien yang sudah aktif bekerja

- Memberi layanan metadon dengan pendekatan *case by case* untuk memberi solusi bagi permasalahan kesehatan yang dialami pasien
- Memberi terapi kombinasi alternatif yang dapat diberikan sebagai upaya rehabilitasi terhadap ketergantungan narkoba.
- Melibatkan peran serta orang tua/keluarga pasien dan membangun kerjasama yang baik antara petugas pelayanan kesehatan dengan orang tua/keluarga dan kader muda sehingga dapat memotivasi dan mendukung secara positif terutama pada pasien laki-laki untuk tetap teratur berobat.
- Meningkatkan jangkauan dengan melakukan *mobile VCT (Volunteer Counseling Test)* yang bekerja sama dengan organisasi di masyarakat.

3. Bagi masyarakat/organisasi masyarakat/LSM

- Senantiasa memberikan dukungan positif dan keterlibatan orang tua/keluarga maupun teman sebaya yang sangat penting untuk memotivasi pasien pengguna narkoba suntik dengan selalu mengajak, mengingatkan dan mengedukasi untuk tetap teratur berobat.
- Menginisiasi dan mengembangkan wadah untuk kegiatan-kegiatan positif bagi pasien pengguna narkoba suntik seperti pengembangan minat dan bakat, pelatihan ketrampilan, kelompok kerja, kelompok rohani dan sebagainya agar mereka tidak mengalami gangguan dari lingkungan pergaulan yang negatif.

4. Bagi peneliti lain

- Perlu dilakukan penelitian lanjutan terhadap variabel-variabel lain yang dianggap berpengaruh terhadap putus berobat pada pasien penasun yang belum diteliti pada studi ini, seperti variabel dosis metadon yang diberikan, penggunaan multidrugs, adanya co-morbiditas dan sebagainya.
- Perlu penelitian lanjutan tentang *survival rate* yang berhubungan dengan angka retensi pengobatan metadon untuk menentukan jangka waktu yang dianggap efektif untuk mencapai keberhasilan pengobatan metadon.

DAFTAR PUSTAKA

- 'Adiksi NAPZA merupakan penyakit dan harus diobati' dalam *Sosialisasi Program Terapi Rumatan Metadon pada Dokter dan Paramedis Puskesmas Kota Surabaya*, 27 Juni 2008. Dari: www.surabaya-ehealth.org (10 Oktober 2008)
- Adamsson, Nikolas B. 2003, 'MEDICAL TREATMENT: Barriers to implementation of buprenorphine in opioid addiction treatment' in *Journal of Addictive Disorders*, Breining Institute. Dari : www.breining.edu (30 Nov 2008).
- Al Bachri, Husin. 2002, 'Penatalaksanaan Mutakhir dan Komprehensif Ketergantungan Napza' dalam *Cermin Dunia Kedokteran No.136* , p:145-50. Dari : www.kalbe.co.id (15 Oktober 2008)
- Al Hadaad MK, Derbas, AN. 2003, 'Factors associated with immediate relapse among Bahrain heroin abuser' in *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol 7, Issue 3, p. 473-80. Dari : www.emro.who.int (19 Nov 2008)
- Antara: Satu dari dua penasun positif (Editorial)*. 13 Oktober 2008. Dari : www.aidsindonesia.or.id (15 Oktober 2008)
- Badan Narkotika Nasional. 2004, 'Studi tentang kemauan penyalahgunaan narkoba untuk mengikuti program perawatan dan pemulihan pada instalasi perawatan dan pemulihan' dalam *kumpulan hasil litbang BNN 2003-2006*. Dari : www.bnn.go.id (29 Oktober 2008).
- Badan Narkotika Nasional.2007, *Kumpulan hasil litbang BNN 2003-2006 up date 5 Mei 2007*. Dari : www.bnn.go.id (29 Oktober 2008).
- Booth, Robert E. Corsi,Karen F & Gilbertson, Susan K.M. 2004, 'Factors Associated With Methadone Maintenance Treatment Retention Among Street Recruited Injection Drug Users' in *Drug and Alcohol Dependence Journal*, Vol 24 Issue 2, Elsevier Ireland LTd, p. 177-84.
- Daniel. 2008, 'Terapi metadon bagi pecandu heroin' dalam *Gerai Edisi Mei Vol.7 No.10*. Dari : www.majalah-farmacia.com
- Davoli M, Bargagli Anna M , Perucci Carlo A *et al.*2007, 'Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdETTE study, a national multi-site

- prospective cohort study' in *Addiction Journal* 102(12):1954-59, Blackwell Publishing Ltd. Dari : www.pt.wkhealth.com (30 Nov 2008).
- Davoli M, Ferri. M, Vecchi. S *et al.* 2003, 'Randomised Controlled Trials and systematic reviews in drug related treatment' in *Cochrane Review Group on Drugs and Alcohol*, Lisboa. Dari : www.emcdda.europ.ppt (30 Nov 2008).
- Geller, Anne. 1997, 'Comprehensive treatment Programme' in *Substance Abuse a Comprehensive Textbook*, third edition, Williams & Wilkins Maryland USA.
- Gerra G *et al.* 2004, 'Buprenorphine versus methadone for opioid dependens : predictor variable for treatment outcome' in *Drug and Alcohol Dependence Journal* Vol 75 issue 1, July 2004, p.37-45
- Gossop M, Griffiths P, Bradley B & Strang J. 1989, 'Opiate withdrawal symptoms in response to 10-day and 21-day methadone withdrawal programmes ' in *Br J Psychiatry*, Mar;154(p):360-3, Drug Dependence Clinical Research and Treatment Unit, University of Cambridge, London. Dari : : www.ncbi.nlm.nih.gov (18 Nov 2008)
- Gunne, L. Gronbladh,L & Ohlund,L. 2002, Treatment Characteristic and retention in methadone maintenance : high and stable retention rates in a Swedish two phase programme in *Heroin Add & Rel Clin Probl* Vol 4 No.1, p.37-45.
- Hastono, S.P. 2007, *Analisis data kesehatan*, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hawari, D. 2002, *Dimensi Religi dalam praktek psikiatri dan psikologi*, Balai Penerbit FKUI.
- Hidayati N. 2003, Faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan diagnosis TBC paru di Kecamatan Ciracas Jakarta Timur, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Indonesia, di antara epidemi HIV dan penasun, (Editorial)*. 2008. Dari : www.satudunia.oneworld.net (16 Oktober 2008)
- Indonesia. 2007, Departemen Pendidikan Nasional, *Rencana Strategis Departemen Pendidikan Nasional 2005-2009*. Dari : www.depdiknas.go.id (2 Maret 2009)
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2002. *Pedoman Praktis Mengenai Penyalahgunaan Napza Bagi Petugas Puskesmas* (pdf). Dari : www.depkes.go.id (15 Oktober 2008)
- Indonesia. Badan Pusat Statistik. 2007, 'Ketersediaan bahan makanan dan pengeluaran penduduk' dalam *Statistik Indonesia 2007*, Badan Pusat Statistik, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2002, *Psikososial*. (pdf). Dari : www.depkes.go.id (15

Oktober 2008)

- Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007, *Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI No. 02/ PER/MENKO/KESRA/II/2007 tentang Kebijakan Nasional penanggulangan HIV dan AIDS melalui pengurangan dampak buruk penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif suntik*. Dari : www.aids-ina.org (15 Oktober 2008).
- Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2007, *Rencana Aksi Nasional penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010*. Dari : www.lib.aidsindonesia.or.id (10 Oktober 2008)
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2006, *Kajian Napza 2001-2004.pdf*. Dari : www.bankdata.depkes.go.id (15 oktober 2008).
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2006, *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.494/Menkes/SK/VII/2006 tentang Penetapan rumah sakit dan satelit uji coba pelayanan terapi rumatan metadon serta pedoman program terapi rumatan metadon*, Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Japardi, Iskandar. 2002, *Efek neurologis pada pemakaian heroin (putauw)*, Bagian Bedah FK USU. Dari : www.library.usu.ac.id (5 November 2008).
- Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J & Grebb, Jack A. 1997, 'Gangguan berhubungan dengan opioid' dalam *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis* (terjemahan), Edisi 7, Jilid I, Bina Rupa Aksara, Jakarta, p. 658-69.
- Kar, Snehendu B. 1983, *A psychological model of health behavior, health values : achieving high level wellness*, vol 7.
- Kasus narkoba 01-06 up date 26 Februari 2007 (pdf)*. Dari : www.bnn.go.id (29 Oktober 2008).
- Kelsey, JL *et al.* 1996. *Methods on Observational Epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- Kompas : prevalensi HIV tertinggi pengguna jarum suntik (Editorial)*. Oktober 2008. Dari: www.aidsindonesia.or.id (16 Oktober 2008)
- Kuo, Irene. Sherman, Susan G. Thomas, David L & Strathdee, Steffanie E. 2004, 'Hepatitis B Infection and Vaccination Among Young Injection and non Injectoin Drug Users: missed opportunities to prevent infection' in *Drug and Alcohol Dependence Journal* Vol 73 Issue 1, Januari 2004, Elsevier Ireland LTd, p.69-77.
- Lokakarya perkembangan program terapi rumatan metadon*. 2008. (Editorial), September

2008. Dari: www.methadone-indonesia.com (10 Oktober 2008)
- Manna Vincenzo. 2001, Therapeutic effects of paroxetine on the cocaine abuse in heroin addicts in *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2001; 3(1):21-25. Dari : www.pain-topics.org (29 Nov 2008).
- Martono, Harlina. L, Joewana. S. 2006. *Pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba berbasis sekolah*. PT. Balai pustaka . Jakarta.
- Mathers M Bradley *et al.* 2008, *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. Dari : www.thelancet.com 24 Sept 2008 (16 Okt 2008).
- Media Indonesia: Harm reduction kian diminati penasun*. 2008. (Editorial). Dari : www.aidsindonesia.org (15 Oktober 2008)
- Mengenal jenis dan faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA (pdf)*. Dari : www.resources.unpad.ac.id (15 Oktober 2008)
- Mroso, Paul Vincent.2003, Methadone Maintenance Therapy: a dose reduction programme in *The Pharmaceutical Journal* vol 271, August 2003, hal 158-9.
- Mutasa H C. 2001, Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an Outer London community in *Journal of advanced nursing* 2001;35(1):97-107. Dari : www.biomedexperts.com (29 Nov 2008).
- Muttaqin, Ahmad. 2007, 'Relaps opiate di RS Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2003-2005' dalam *Majalah Kesehatan Masyarakat* Vol 1 No.5 , FKM UI, Depok.
- Neal, M.J. 2003, 'Penggunasalahan dan ketergantungan obat' dalam *At a glance farmakologi medis Edisi ke 5*, Erlangga, Jakarta.
- Notoatmodjo S.1993, 'Konsep perilaku dan perilaku kesehatan' dalam *Pengantar Pendidikan Perilaku*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Notoatmodjo Soekidjo.2005, *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmojo S. 1990, *Pengantar perilaku kesehatan*, Jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Peles, E. Adelson, M. 2004, 'Gender differences in methadone maintenance treatment (MMT) patients' in *Journal of Addictive Diseases*, Vol 23 no. 2, The Haworth medical press, New York.

- Peringkat kerawanan daerah tahun 2007* (pdf). Dari : www.bnn.go.id (29 Oktober 2008).
- Peta konfigurasi kerawanan daerah tahun 2007*. Dari : www.bnn.go.id (29 Oktober 2008).
- Program Terapi Rumatan Metadon (Editorial) dalam Pelayanan kesehatan dan perawatan on line. 27 Agustus 2008. Dari : www.fkipui.ac.id (15 Oktober 2008).
- Rhoades Howard M, Creson Dan, Elk Ronith *et al.* 1998, Retention, HIV risk, and illicit drug use drug treatment : methadone dose and visit frequency in *American Journal of Public Health Ed. January, 88(1)*, p: 34-9.
- Rothman K.J, Greenland S. 1998. *Modern Epidemiology*, Second Edition, Lippincott Kaven Publishers.
- Safriati. 2003, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan putus berobat penderita TB Paru di puskesmas di kota Banda Aceh tahun 2001-2002*, Tesis, FKM UI, Depok.
- Sari, Indah Ayu Permata. 2007, *Gambaran faktor pemicu relapse pada pecandu narkoba yang dirawat di instalasi rehabilitasi (Halmahera house) RS Ketergantungan Obat Jakarta*, Skripsi, FKM UI, Depok.
- Sarwono, Solita. 1993, *Sosiologi kesehatan : Beberapa konsep beserta aplikasinya*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Schütz CG, Rapiti E, Vlahov D, Anthony JC. 1994, 'Suspected determinants of enrollment into detoxification and methadone maintenance treatment among injecting drug users' in *Drug Alcohol Depend* Oct;36(2) p: 129-38, National Institute on Drug Abuse/Intramural Research Program, Etiology Branch, Baltimore. Dari : www.ncbi.nlm.nih.gov (18 Nov 2008)
- Sees, Karen *et al.* 2000, 'Methadone Maintenance vs. 180-Day Psychosocially Enriched Detoxification for Treatment of Opioid Dependence: A Randomized Controlled Trial' in *Journal of the American Medical Association*, 283:1303. Dari : www.drugwarfact.org (30 Nov 2008).
- Shah NG, Galai N, Celentano DD, Vlahov D, Strathdee SA. 2006, 'Longitudinal predictors of injection cessation and subsequent relapse among a cohort of injecting drug users in Baltimore 1988-2000' in *Drug Alcohol Depend*, Epidemiology and Response Division, New Mexico Department of Health , USA. Dari : www.ncbi.nlm.nih.gov (18 Nov 2008).
- Statistik kasus s.d Maret 2008. Oktober 2008*. Dari : www.aidsindonesia.or.id (10 Oktober 2008)

- Sullivan, Lynn David S. Metzger, Paul J. Fudala & Fiellin, David A. 2005, Decreasing International HIV Transmission : the Role of Expanding Acces to Opioid Agonist Therapies for injection drug Users in *Addiction Journal*, vol 100 No.2, p.152. Dari : www.drugwarfact.org (30 November 2008).
- Tiga persen penduduk dunia terinfeksi hepatitis C* (Editorial). Dari : www.depkes.go.id. 12 Juli 2006. (Diakses 1 Juni 2008)
- Wardani, Ida Ayu K. 2007, *Rehabilitasi ketergantungan obat*, Lab/SMF Ilmu Kedokteran jiwa FK Unair/RSU Dr. Soetomo Surabaya.
- World Health Organization. 2005, *The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS , Preliminary results of study implementation in Indonesia, Lithuania, and Thailand*. Dari : www.who.int 2005 (5 Nov 2008).
- World Health Organization. 2006, *Integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities*. Dari: www.who.int (6 Nov 2008)
- World Health Organization. 2008. *Hepatitis B*. Dari : www.who.int (Diakses 5 Nov 2008)
- Yani, Dwi L. 2003, *Narkoba pencegahan dan penanganannya*, PT.Elex Media Komputindo, Jakarta.

KUESIONER
INFORMASI KASUS/KONTROL

ID kasus/kontrol :

Nama kasus/kontrol :

Status : [1] Kasus [2] Kontrol

Alamat lengkap :

Umur : tahun

Jenis kelamin :

Perempuan	1
Laki-laki	2

Tanggal : / / 2008

KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PUTUS BEROBAT PASIEN PENGGUNA NARKOBA SUNTIK DI KLINIK RUMATAN
METADON PUSKESMAS JATINEGARA DAN PUSKESMAS GAMBIR TAHUN 2007-2008

INFORMED CONSENT

Yth. Bapak/Ibu/Sdr/Sdri yang budiman,

Salah satu upaya untuk mengurangi dampak akibat penggunaan jarum suntik yang tidak steril adalah program terapi rumatan metadon. Selain untuk mengembalikan fungsi sosial agar kembali normal, mencegah tindakan yang tidak dibenarkan juga mencegah penyakit yang ditularkan melalui darah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui berbagai faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat pasien di klinik rumatan metadon Puskesmas Jatinegara dan Puskesmas Gambir. Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri dengan memberikan jawaban yang sejujurnya akan membantu dalam validitas penelitian ini yang akan memberi peran dalam bidang pendidikan dan kesehatan. Setiap jawaban yang diberikan akan dijaga kerahasiannya. Setelah membaca penjelasan di atas, saya bersedia /tidak bersedia * menjadi partisipan dalam penelitian ini.

tanda tangan

* coret yang tidak perlu

No. Responden	Kode wawancara	
A. IDENTITAS RESPONDEN		
A1. Nama :	
A2. Umur : thn	
A3. Jenis kelamin :	0. Percampuran	1. laki-laki
A4. Status marital :	a. Menikah b. Belum menikah	c. Cerai d. Tinggal bersama
A5. Pendidikan terakhir :	a. tidak pernah sekolah b. SD/sederajat c. SMP/sederajat	d. SMA/sederajat e. Akademi/Perguruan Tinggi
A6. Pekerjaan/kegiatan saat ini :	a. Tidak bekerja b. Pekerja seni (musisi, pelukis dll) c. Pedagang/ Wiraswasta d. Buruh/tenaga upahan e. Profesional (guru, perawat dll)	f. Pelajar/mahasiswa g. PNS h. Karyawan swasta/BUMN i. Ibu Rumah Tangga j. Lain-lain :
B. PENGETAHUAN		
B1. Apakah Saudara pernah mendengar HIV atau penyakit yang disebut AIDS?	a. Ya, pernah b. Tidak (lanjut ke No. B3)	
B2. Menurut Saudara penyakit HIV/AIDS dapat menular melalui :	a. gigitan nyamuk b. Kontak/bersentuhan tangan c. Makanan/minuman d. Jarum suntik atau hubungan seksual e. Tidak tahu	
B3. Apakah Saudara pernah mendengar penyakit kuning atau hepatitis?	a. Ya, pernah b. Tidak (lanjut ke no.B6)	
B4. Menurut Saudara apakah yang dimaksud dengan penyakit hepatitis ? a. Penyakit hati dengan gejala badan dan mata kuning serta air kencing seperti teh b. Penyakit hati dengan gejala perut membesar, nyeri tulang c. Penyakit hati dengan gejala mulut kering, batuk-batuk, sakit tenggorokan d. Tidak tahu (lanjutkan ke no.B6)		
B5. Menurut Saudara, apakah penyakit hepatitis dapat ditularkan melalui jarum suntik ?	a. Ya b. Tidak	
B6. Menurut Saudara apakah penyakit HIV/AIDS dan hepatitis bila tidak diobati akan menjadi lebih parah ?	a. Ya b. Tidak	
B7. Apakah sebelumnya Saudara pernah mendengar pengobatan rumatan metadon ?	a. Ya b. Tidak	
B8. Menurut Saudara, apakah yang dimaksud dengan metadon ?	a. Obat pengganti putaw yang digunakan dengan cara diminum b. Obat pengganti putaw yang digunakan dengan cara disuntik c. Obat pengganti putaw yang disediakan di puskesmas d. Tidak tahu	
B9. Menurut Saudara, apa tujuan program pengobatan metadon ?	a. Mencegah penularan penyakit HIV/AIDS dan hepatitis b. Mendapatkan pengganti putaw dengan harga lebih murah c. Mendapatkan efek /sensasi yang sama dengan putaw d. Menggantikan program pertukaran jarum suntik e. Tidak tahu	

B10. Menurut Saudara, bagaimana metadon digunakan ?	a. Diminum b. Disuntik	c. Dhirup d. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
B11. Menurut Saudara, berapa lama pengobatan harus dijalani ?	a. Semuanya b. Sampai lepas ketergantungan c. Selama 1-2 tahun	d. Selama 6 bulan e. Tidak tahu	<input type="checkbox"/>
B12. Menurut Saudara, bila pengobatan dilakukan secara teratur maka :	a. Dapat melakukan kegiatan sekolah/bekerja kembali b. Lepas keinginan menggunakan putaw c. Menghemat biaya pengeluaran d. Tidak ada pengaruhnya e. Tidak tahu f. Lain-lain :		<input type="checkbox"/>
B13. Menurut Saudara, bila seorang pasien tidak minum metadon selama 7 hari berturut-turut (putus berobat) maka :	a. Harus mulai dengan dosis awal lagi b. Dosisnya tetap c. Dosisnya dinaikkan d. Tidak tahu		<input type="checkbox"/>
B14. Menurut Saudara apa efek samping apa yang timbul bila minum metadon ? (jawaban boleh lebih dari 1)	a. Mulut kering b. Mual-muntah c. Sulit BAB d. Penglihatan kabur e. Mengantuk f. Jerawat	f. Berat badan naik g. Gangguan haid h. Impotensi i. Gatal-gatal j. Lain-lain:	<input type="checkbox"/>
Total skor			<input type="checkbox"/>

C. SIKAP

Berilah tanda silang (x) pada kolom yang disediakan untuk menjawab pernyataan yang sesuai menurut Saudara.

Pernyataan	sangat tidak setuju	tidak setuju	tidak tahu	setuju	sangat setuju
C1. Seseorang dapat tertular HIV/AIDS atau hepatitis bila memakai jarum suntik bekas orang lain walaupun satu kali					
C2. Menggunakan jarum suntik baru/steril setiap penyuntikan dapat mencegah penularan HIV atau hepatitis.					
C3. Berhenti menggunakan narkoba suntik adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah penularan HIV/AIDS dan hepatitis selain menghindari seks bebas					
C4. Pemakaian jarum suntik secara bergantian dengan teman tidak akan menularkan HIV/AIDS atau hepatitis.					
C5. Pengobatan rumatan metadon dapat mencegah penularan penyakit HIV/AIDS maupun hepatitis.					
C6. Teratur minum metadon tidak akan mengembalikan fungsi sosial (kembali beraktifitas, bekerja atau sekolah).					
C7. Minum metadon secara teratur akan mempersingkat masa pengobatan rumatan metadon.					
C8. Tidak teratur minum metadon akan meningkatkan risiko menggunakan narkoba suntik (putaw) kembali.					
C9. Tidak teratur minum metadon selama 7 hari atau lebih, akan menurunkan dosis metadon kembali ke dosis awal.					
C10. Teratur minum metadon tidak akan mencapai dosis stabil sesuai dengan yang dibutuhkan.					

SKOR

D. DUKUNGAN KELUARGA/TEMAN

D1. Dengan siapa Saudara tinggal serumah ?	a. Sendiri b. Dengan Saudara/keluarga c. Teman Kos d. Tidak punya tempat tinggal tetap (jalanan)	e. Pasangan f. Dengan teman g. Lain-lain :	<input type="checkbox"/>
D2. Dari mana Saudara mendapat informasi tentang pengobatan rumatan metadon ?	a. Teman b. Sekolah/kampus c. Keluarga	d. Petugas e. TV, radio, koran, majalah f. Lain-lain :	<input type="checkbox"/>
D3. Siapakah yang pertama kali mengajak Saudara mengikuti pengobatan rumatan metadon ?	a. Keluarga b. Teman c. Pasangan	d. Petugas e. Lain-lain :	<input type="checkbox"/>
D4. Apakah pada saat pertama mengikuti pengobatan Saudara didampingi keluarga /pasangan/ teman?	a. Ya b. Tidak		<input type="checkbox"/>
D5. Apakah ada yang mengingatkan Saudara untuk datang setiap hari ke klinik metadon ?	a. Ya b. Tidak (lanjut ke no.E1)		<input type="checkbox"/>

D6. Bila ya, siapakah yang mengingatkan Saudara untuk datang setiap hari ke klinik metadon?	a. Keluarga b. Teman c. Pasangan	d. Petugas e. Lain-lain:.....	
E. AKSESIBILITAS			
E1. Menurut Saudara, berapa jarak yang ditempuh untuk mencapai puskesmas ini?	a. ≤ 2 km b. 2 - 3 km c. > 3 km		
E2. Berapa lama waktu yang Saudara tempuh untuk mencapai puskesmas ini?	a. ≤ 1/2 jam b. 1/2 - 1 jam c. > 1 jam		
E3. Klinik metadon dibuka siang hari antara jam 12.00-15.00, bagaimana harapan Saudara ?	a. Sesuai (ke no.E5) b. Kurang sesuai c. Tidak sesuai		
E4. Bila kurang/tidak sesuai, menurut Saudara sebaiknya kapan klinik metadon buka ?	a. Pagi b. Siang	c. Sore d. Lain-lain:.....	
E5. Klinik metadon buka sekitar 3 jam. Menurut Saudara, bagaimana lama buka klinik metadon ?	a. Memadai (ke no.E7) b. Kurang memadai c. Tidak memadai		
E6. Bila kurang/ tidak memadai, menurut Saudara sebaiknya berapa lama klinik metadon dibuka ?		jam
E7. Menurut Saudara, bagaimana sikap petugas kesehatan dalam melayani pasien ?	a. Baik b. Biasa c. Buruk		
E8. Menurut Saudara, apakah puskesmas dapat dicapai dengan kendaraan pribadi maupun angkutan umum?	a. Ya (lanjut ke no.E10) b. tidak		
E9. Bila tidak, untuk mencapai puskesmas menggunakan apa?	a. Hanya bisa dengan kendaraan pribadi (roda 4 atau roda 2) b. Hanya bisa dengan angkutan umum roda 4 c. Hanya bisa dengan angkutan umum roda 2 d. Berjalan kaki		
E10. Berapa biaya transport yang Saudara butuhkan untuk ke klinik metadon di puskesmas setiap hari?			Rp
E11. Pengobatan metadon bila dilihat dari biaya untuk berobat dan transport pulang pergi, bagaimana menurut Saudara ?	a. Mahal (tidak b. Cukup terjangkau c. Murah (sangat terjangkau)		
F. GEJALA PUTUS OBAT			
F1. Beberapa pengguna narkoba pernah mengalami sakaw (gejala putus obat), apakah Saudara pernah mengalami sakaw sebelum menjalani pengobatan metadon ?	a. Tidak b. Ya, pernah		
F2. Pada 6 bulan pertama pengobatan metadon, apakah Saudara pernah mengalami sakaw dengan gejala seperti mual, muntah, tangan gemetar, mata dan hidung berair, berdebar-debar, nyeri seluruh tubuh ?	a. Tidak b. Ya, pernah		

TERIMA KASIH ATAS KERJASAMANYA YANG BAIK



PEMERINTAH KOTAMADYA JAKARTA TIMUR
SUKU DINAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Jatinegara Barat No. 142 Telp. 8192202 - Fax. 8506319
JAKARTA

Kode Pos : 13310

Nomor : 295/11.772.2
Lampiran :
Perihal : Izin Menggunakan Data

6 November 2008

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
di
Depok

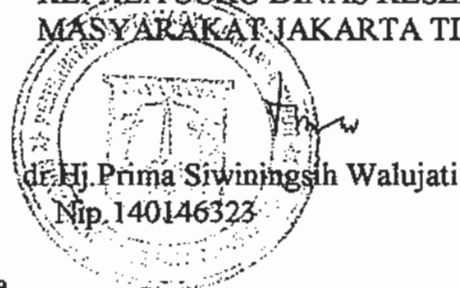
Menjawab surat Saudara tgl : 16 Oktober 2008 Nomor :
5880/PT.02.H5/FKMUI/I/2008 Hal : Izin menggunakan data, bagi
mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Indonesia dalam rangka penyusunan skripsi di Wilayah Jakarta Timur.
Adapun mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Soitawati
NPM : 0606021331
Peminatan : Epidemiologi Komunitas
Program Studi : Epidemiologi

Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan atas pelaksanaan kegiatan
tersebut diatas, yang akan dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan
Jatinegara mulai bulan November 2008 s.d selesai dan kami berharap
setelah selesai melaksanakan kegiatan tersebut agar melaporkan kembali
hasilnya kepada Suku Dinas Kesehatan Masyarakat Jakarta Timur.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerja samanya
diucapkan terima kasih.

KEPALA-SUKU DINAS KESEHATAN
MASYARAKAT JAKARTA TIMUR



Tembusan : Kepada Yth
1. Kepala Dinas Kesehatan Prop. DKI Jakarta
2. Puskesmas Kecamatan yang bersangkutan
3. Arsip.



PEMERINTAH KOTAMADYA JAKARTA PUSAT
SUKU DINAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Percetakan Negara No. 82 Telp. 4247306, 4220948, 4209656
JAKARTA

Kode Pos : 10560

Jakarta, 23 Maret 2009

Nomor : 785 / - 1.777.23
Lampiran :
Perihal : Izin pengambilan data dan penelitian

Kepada
Yth: Wakil Dekan Fak. Kesehatan
Masyarakat Univ. Indonesia
di
Jakarta

Sehubungan dengan surat saudara tanggal 6 Maret 2009 No. 1065/PT.02.H5.FKMUI/III/2009 tentang Permohonan ijin pengambilan data dan penelitian dengan judul : '*Faktor yang Mempengaruhi Putus Berobat Pasien Pengguna Narkoba di Klinik Rumatan Metadon Tahun 2007-2008*' oleh mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di Puskesmas Kecamatan Gambir Wilayah Jakarta Pusat atas nama:

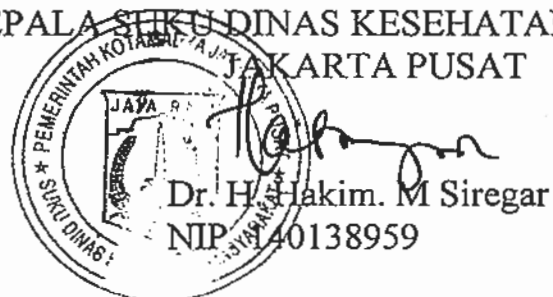
Nama : Soitawati
NPM : 0606021331

pada prinsipnya kami tidak keberatan, dan selanjutnya saudara dapat menghubungi Kepala Puskesmas Kecamatan yang bersangkutan.

Demikianlah surat ini kami sampaikan dan setelah selesai kegiatan agar saudara dapat memberikan laporan kepada kami.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA SUKU DINAS KESEHATAN
MASYARAKAT
JAKARTA PUSAT



Tembusan :

1. Ka. Puskesmas Kec. Gambir
2. Arsip.

Faktor-faktor..., Soitawati, FKM UI, 2009.