

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. HIV / AIDS

##### 2.1.1. Perkembangan Kasus HIV/AIDS Dunia

Perkembangan permasalahan HIV/AIDS semakin lama semakin mengkhawatirkan baik dari sisi kuantitatif maupun kualitatif. Walaupun secara geografi, yang semula diharapkan dapat menghambat perkembangan jumlah Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) di dunia, namun pada kenyataannya dalam kurun waktu 20 tahun terakhir jumlahnya telah mencapai lebih dari 60 juta orang dan 20 juta diantaranya telah meninggal. Tidak mengherankan bila permasalahan HIV/AIDS telah menjadi epidemi di hampir 190 negara. Data dari *the Joint United Nation Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) pada Desember 2004 tercatat 35,9 – 44,3 juta ODHA dan 2,0 – 2,6 juta diantaranya adalah anak-anak dibawah usia 15 tahun. Oleh karena itu, penyakit ini merupakan salah satu wabah paling mematikan dalam sejarah (<http://www.depkes.go.id>).

Pada tahun 2005 saja, AIDS diklaim telah menyebabkan kematian sebanyak 2,4 hingga 3,3 juta jiwa; lebih dari 570.000 jiwa. Sepertiga dari jumlah kematian ini terjadi di Afrika Sub-Sahara, sehingga memperlambat pertumbuhan ekonomi dan menghancurkan persediaan sumber daya manusia di sana. Pada tahun 2006 penyakit pandemik AIDS diperkirakan telah menginfeksi 38,6 juta orang di seluruh dunia (UNAIDS, 2006).

Data dari UNAIDS dan WHO memperkirakan bahwa jumlah orang yang terinfeksi HIV (ODHA) di seluruh dunia sampai akhir tahun 2007 ini mencapai 33,2 juta, yang terdiri dari 30,8 juta orang dewasa dan 2,5 juta anak-anak di bawah usia 15 tahun. Meskipun telah mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya, dimana terdapat angka 40,3 juta pada tahun 2005, akan tetapi jumlah ini masih dirasakan cukup tinggi dan tetap diwaspadai, karena pada tahun 2007 saja masih terdapat sekitar 2,5 juta orang dengan HIV baru (<http://www.bkkbn.go.id>).

Rute transmisi ini terutama berhubungan dengan pengguna obat suntik, penderita hemofilia, dan resipien transfusi darah dan produk darah. Berbagi dan menggunakan kembali *syringe* yang mengandung darah yang terkontaminasi dengan HIV tidak hanya merupakan risiko utama infeksi HIV, tetapi juga hepatitis B dan hepatitis C. Berbagi penggunaan jarum suntik merupakan penyebab sepertiga dari semua infeksi baru HIV dan 50% infeksi hepatitis C di Amerika Utara, Republik Rakyat Tiongkok, dan Eropa Timur (<http://www.depkes.go.id>).

Diperkirakan pada tahun 1981 kasus infeksi HIV/AIDS terdapat hanya pada 20 negara dan berjumlah sekitar 100.000 orang. Hingga akhir tahun 2001. WHO dan UNAIDS memperkirakan 40 juta orang di dunia hidup dengan HIV. Secara epidemik AIDS berkembang cepat di Asia sejak awal kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Asia pada tahun 1984. WHO melaporkan hingga akhir tahun 2001 ada lebih dari enam juta orang di Asia Tenggara hidup dengan HIV/AIDS dan hal itu membuat Asia Tenggara menjadi wilayah kedua di dunia setelah Sub Sahara Afrika dengan jumlah kasus infeksi HIV terbanyak di dunia (Green, 2001).

## 2.1.2. HIV/AIDS di Indonesia

### 2.1.2.1. Perkembangan Kasus HIV/AIDS di Indonesia

Seperti diketahui bahwa epidemi HIV dan AIDS di Indonesia dari tahun ke tahun makin meningkat dan diperkirakan akan berkepanjangan karena masih terdapatnya faktor-faktor yang memudahkan penularannya. Kasus pertama kali ditemukan di Indonesia pada tahun 1987 di Bali ditemukan pada tanggal 15 April 1987. Saat itu, seorang wisatawan Belanda, Edward Hop, 44 tahun, meninggal di Rumah Sakit Sanglah, Bali (Ditjen PPM&PL, 2005). Perkembangan HIV/AIDS setelah itu masih dapat dikatakan tidak terjadi penambahan kasus secara signifikan. Akan tetapi pada tahun 1993 terjadi ledakan pertama di Indonesia yaitu dengan penambahan kasus baru selama tahun 1993 melebihi angka seratus. Hal tersebut yang melatarbelakangi terbitnya Keppres No. 36 Tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) yang mempunyai tugas utama untuk menanggulangi penyebaran HIV/AIDS di Indonesia.

Sampai dengan bulan September 1996, jumlah kasus HIV/AIDS mencapai 449 orang, dengan kelompok umur terbanyak pada usia 20-29 tahun (47%) dan kelompok wanita sebanyak 27%. Kelompok usia produktif (15-49 tahun) mencapai 87%. Dilihat dari lokasi, kasus terbanyak ditemukan di DKI Jakarta, Irian Jaya dan Riau. Jumlah kasus yang tercatat di atas adalah menurut catatan resmi yang jauh lebih rendah dari kenyataan sesungguhnya akibat keterbatasan dari sistem surveillance perangkat kesehatan kita (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

Walaupun di Indonesia kehidupan agama dan budaya sangat kental yang tidak *permissive* terhadap hubungan seks diluar nikah dan penggunaan Napza namun pada kenyataannya angka HIV/AIDS terus meningkat. Direktorat Jendral

Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Departemen Kesehatan (Ditjen PPM & PL Depkes) sampai dengan Maret 2005 melaporkan terdapat 6.789 kasus HIV/AIDS yang tercatat sejak tahun 1987 (<http://www.depkes.go.id>).

Dari laporan Pengidap HIV dan penderita AIDS Departemen Kesehatan RI sampai dengan 30 Juni 2006, dapat diketahui bahwa pengidap AIDS di Indonesia dalam kumulatif berjumlah sekitar 6332 pengidap sedangkan pada tahun 2000 jumlah kasus baru 607 pengidap, sehingga dalam waktu 5 tahun AIDS bertambah 5725 kasus. Dari angka kumulatif pengidap AIDS tersebut cara penularan yang dilaporkan diantaranya melalui IDU sebanyak 50,5%, heteroseksual 38,7% dan homoseksual 4,7%. Sedangkan proporsi kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-29 tahun (54,12%), disusul kelompok umur 30-39 tahun (26,41%) dan kelompok umur 40-49 tahun (8,42%) (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

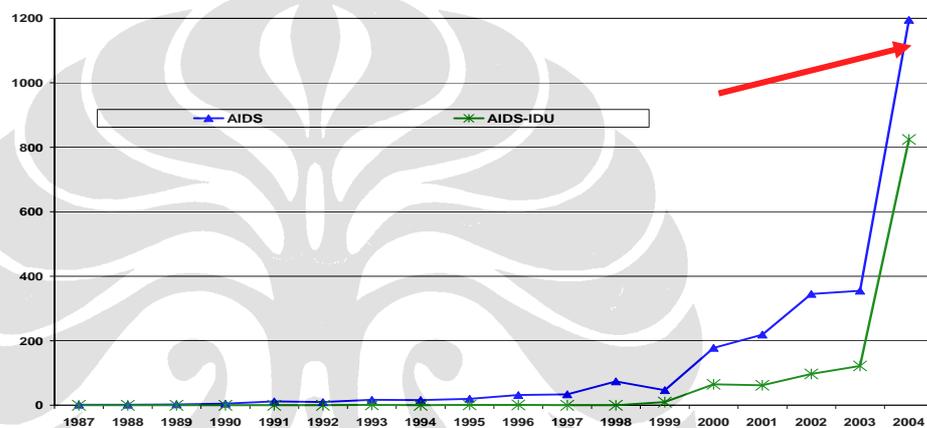
Bila dilihat pertambahan kasus baru setiap tahun, sejak pertama kali Indonesia melaporkan kasus HIV/AIDS maka telah terjadi peningkatan yang sangat cepat dan tajam. Permasalahan HIV/AIDS di banyak negara memang memperlihatkan fenomena gunung es, dimana yang tampak memang jauh lebih kecil dibandingkan jumlah sesungguhnya. Bahkan mulai tahun 2000 penambahan kasus baru melebihi angka 500 dan pada tahun 2002 telah mendekati angka 1.000 (Gambar 2.1.). Ini menunjukkan bahwa Indonesia mau tidak mau, ingin tidak ingin telah masuk dalam epidemi yang mengkhawatirkan.

Bahkan di Indonesia menurut perkiraan nasional menyatakan bahwa jumlah penduduk yang terinfeksi HIV pada tahun 2001 mencapai 90.000 sampai dengan 130.000 orang. Bila hal ini dibiarkan tanpa tindakan yang nyata baik dari pihak

eksekutif, legeslatif, yudikatif maupun masyarakat; maka angka kasus akan semakin bertambah dan memperberat beban Negara di kemudian hari (Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005).

**Gambar 2.1.**

**Penambahan Kasus AIDS per Tahun (1987 - 2004)**



(Sumber: Ditjen PPM & PL, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d. 2004*, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005)

Adapun menurut data yang ada sampai pada akhir September 2007 yang lalu terdapat secara kumulatif, kasus HIV/AIDS di Indonesia telah mencapai angka 10.859 kasus dengan rincian 16.288 kasus, dengan 10.384 kasus AIDS dan 5.904 HIV. Yang lebih memprihatinkan adalah tingginya persentase penderita pada usia produktif, dimana terdapat 53,80% pada kelompok usia 20-29 tahun, dan sekitar 27,99% pada kelompok usia 30-39 tahun. Bila kita lihat faktor penyebab tertularnya, maka kasus penularan terbanyak (49,5%) melalui penggunaan jarum suntik oleh penyalahguna napza (IDU), melalui heteroseksual (342% dan homoseksual 4%. Data

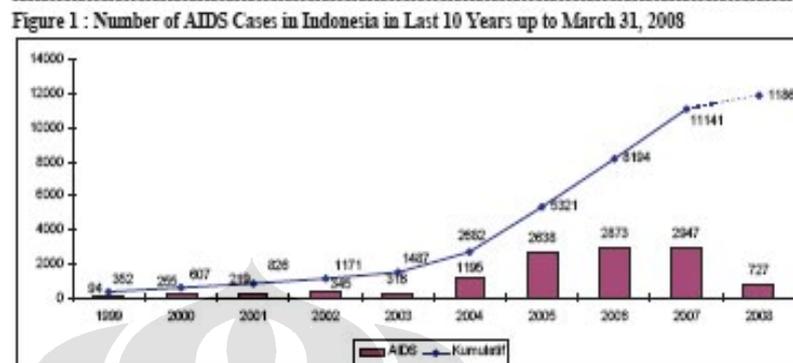
ini merupakan data resmi dari laporan. Tetapi data sesungguhnya tidak ada yang tahu berapa persisnya, karena HIV/AIDS seperti fenomena gunung es, yang muncul dan terlihat dipermukaan sedikit, tetapi yang tidak terdata sesungguhnya sangat besar jumlahnya. UNAIDS memperkirakan di Indonesia saat ini sudah terdapat antara 130.000 – 216.000 kasus HIV. Informasi dari Badan Narkotika Nasional (BNN) saat ini jumlah IDU sekitar 150.000 orang (<http://www.bkkbn.go.id>).

Sedangkan berdasarkan laporan KPA Nasional Tahun 2007, perkembangan situasi epidemi HIV di Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan peningkatan yang sangat tajam. Jumlah kasus HIV dan AIDS meningkat terus, dan dilaporkan pada akhir tahun 2007 terdapat 11.141 pasien AIDS dan 6.066 orang HIV positif. Jumlah ini diperkirakan hanya dari 10% dari seluruh orang yang terinfeksi HIV di Indonesia dengan presentase terbesar berasal dari Pengguna Narkoba Suntik (52%) (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

Jumlah pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS yang dilaporkan 1 Januari sd. 31 Maret 2008 adalah 64 HIV dan 727 AIDS. Jumlah HIV/AIDS 791 dengan kematian 121 kasus. Secara kumulatif pengidap infeksi HIV dan kasus AIDS 1 Juli 1987 sd. 31 Maret 2008, terdiri 6.130 HIV dan 11.868 AIDS. Jumlah HIV dan AIDS 17.998, dengan kematian 2.486 kasus. Cara penularan kasus AIDS kumulatif yang dilaporkan melalui IDU 49,2%, Heteroseksual 42,8%, dan Homoseksual 3,8%. Rate kumulatif kasus AIDS Nasional sampai dengan 31 Maret 2008 adalah 5,23 per 100.000 penduduk (berdasarkan data BPS 2005, jumlah penduduk Indonesia 227.132.350 jiwa) (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

Gambar 2.2.

## Jumlah Kasus AIDS 10 Tahun Terakhir hingga 31 Maret 2008



Tabel 1 : Jumlah Kasus AIDS di Indonesia Berdasarkan Tahun Pelaporan sd 31 Maret 2008

Table 1 : Number of AIDS Cases in Indonesia by Year up to March 31, 2008

NO	TAHUN	JUMLAH	NO	TAHUN	JUMLAH
1	1987	5	12	1998	60
2	1988	2	13	1999	94
3	1989	5	14	2000	255
4	1990	5	15	2001	219
5	1991	15	16	2002	345
6	1992	13	17	2003	316
7	1993	24	18	2004	1195
8	1994	20	19	2005	2638
9	1995	23	20	2006	2873
10	1996	42	21	2007	2947
11	1997	44	22	2008	727*
		<b>JUMLAH</b>			<b>11868</b>

\*Jan-Mar 2008

Selama kurun waktu 2002-2004, Indonesia termasuk dalam tiga negara di dunia setelah Cina dan Vietnam, menjadi negara dengan peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS paling cepat (<http://www.erasoslem.com>). Peningkatan kasus HIV/AIDS di Indonesia dengan pola terbanyak penularan yaitu pada IDU yang merupakan rentan generasi muda untuk tertular HIV (patut diingat bahwa pada tahun 2010 Indonesia akan memasuki pasar bebas APEC dan membutuhkan SDM yang tangguh untuk bersaing di pasar global) (<http://www.petra.ac.id>).

### 2.1.2.2. Pola Penularan HIV/AIDS di Indonesia

Pada awal perkembangan HIV/AIDS di dunia, pola penularannya terjadi pada kelompok homoseksual. Hal ini menimbulkan penilaian bahwa AIDS adalah penyakit orang yang mempunyai perilaku seks 'menyimpang'. Hal tersebut tidak terjadi di Indonesia. Pada awal penyebaran HIV/AIDS, penularan telah didominasi oleh hubungan seks heteroseksual bukan homoseksual yang menjadi stigma selama ini. Ini membuktikan bahwa HIV/AIDS dapat mengenai siapa saja, bukan hanya orang-orang 'khusus'. Hal ini dibuktikan bahwa kasus-kasus yang ditemukan banyak yang mempunyai perilaku hubungan seks heteroseksual serta ditemukan pada kelompok perempuan 'baik-baik'. Pola ini terus berlanjut sampai sekarang dengan data penularan melalui hubungan seks pada kelompok heteroseksual masih mendominasi pola penyebaran HIV/AIDS di Indonesia.

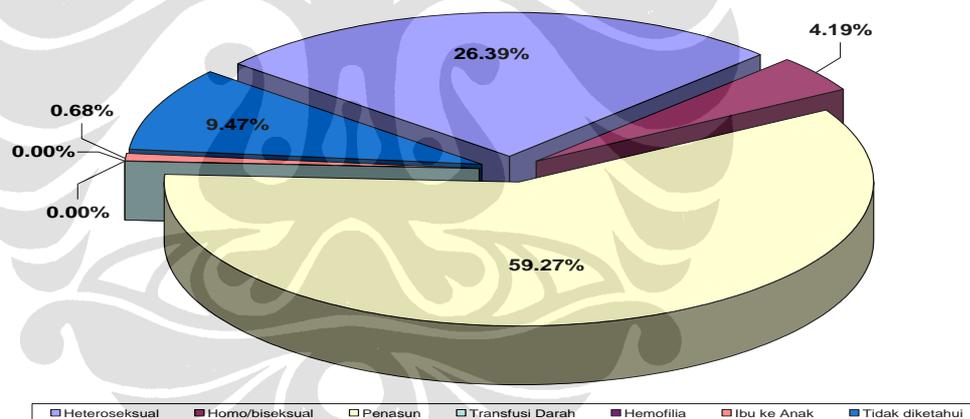
Pola penularan ini berubah pada saat ditemukan kasus seorang ibu yang sedang hamil diketahui telah terinfeksi HIV. Bayi yang dilahirkan ternyata juga positif terinfeksi HIV. Ini menjadi awal dari penambahan pola penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi yang dikandungnya disamping penularan melalui hubungan seks. Hal serupa digambarkan dari hasil survei pada tahun 2000 di kalangan ibu hamil di propinsi Riau dan Papua yang memperoleh angka kejadian infeksi HIV 0.35% dan 0.25%. Sedangkan hasil tes sukarela pada ibu hamil di DKI Jakarta ditemukan infeksi HIV sebesar 2.86%. Berbagai data tersebut membuktikan bahwa epidemi AIDS telah masuk ke dalam keluarga yang selama ini dianggap tidak mungkin tersentuh AIDS.

Pada sekitar tahun 2000, di Indonesia terjadi perubahan yang sangat menyolok pada pola penularan HIV/AIDS, yaitu melalui penggunaan jarum suntik

yang tidak steril secara bergantian pada kelompok pengguna Napza suntik (Penasun). Pada kurun waktu 10 tahun mulai 1995 – Maret 2005 proporsi penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril meningkat lebih 50 kali lipat, dari 0,65% pada tahun 1995 menjadi 35,87% pada tahun 2004. Pada kurun waktu yang sama, proporsi penularan melalui hubungan seksual menurun cukup besar. Pada saat ini penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril menjadi urutan terbesar kedua setelah heteroseksual serta menjadi faktor risiko utama dalam penularan HIV/AIDS di Indonesia.

**Gambar 2.3.**

**Penambahan Kasus HIV/AIDS Januari-Maret 2005**



(Sumber: Ditjen PPM & PL, *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d.*

*Maret 2005*, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005)

Bahkan selama Januari-Maret 2005, penambahan kasus HIV/AIDS dengan faktor risiko pada kelompok Penasun mencapai proporsi 59,27%, yang merupakan faktor risiko terbesar (lihat gambar 2.3.). Sedangkan untuk faktor risiko heteroseksual hanya mencapai 26,30% setengah dari kelompok Penasun. Hal ini

semakin membuktikan bahwa penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril menjadi penularan utama, dan mungkin hal tersebut akan terus menjadi pola penularan utama. Data mengenai populasi yang rawan terinfeksi HIV menambah bukti bahwa kerentanan kelompok Penasun semakin nyata. Tabel berikut ini menunjukkan secara jelas bagaimana perkiraan besarnya populasi dan perkiraan prevalensi HIV pada masing-masing kelompok populasi rawan HIV/AIDS dengan ancaman terbesar pada kelompok Penasun.

Tabel 2.1

**Perkiraan Besarnya Populasi Dan Perkiraan Prevalensi HIV**

<b>Populasi Rawan</b>	<b>Jumlah Populasi</b>	<b>Prevalensi HIV</b>	<b>Jumlah ODHA</b>
Penasun	159.723	26,76	42.749
Pasangan Penasun non-Penasun	121.389	8,92	10.830
WPS	233.039	3,59	8.369
Pelanggan WPS	8.222.253	0,40	32.922
Pasangan Tetap Pelanggan WPS	6.113.833	0,07	4.457
Gay	1.149.809	0,87	10.021
PPS	2.500	4,02	100
Pasangan Wanita PPS	1.182	1,50	18
Waria	11.272	11,84	1.334

Pelanggan Waria	256.488	2,37	6.085
Pasangan Tetap Waria	3.050	5,48	167
WBP	73.794	11,99	8.851
Anak Jalanan	70.872	0,08	59
<b>Total</b>	<b>16.013.508</b>	<b>0,69</b>	<b>110.800</b>

(Sumber: Ditjen PPM & PL, 2003, *Estimasi Nasional Infeksi HIV pada Orang Dewasa Indonesia Tahun 2002*, Depkes RI, Jakarta)

Beban Negara bertambah berat dikarenakan orang yang teridentifikasi HIV telah masuk dalam tahap AIDS, terbanyak pada kelompok Penasun, yaitu 46,48%. Sedangkan yang ditularkan melalui hubungan heteroseksual hanya 36,23%. Permasalahannya bukan hanya sekedar pada pemberian terapi *antiretroviral* (ARV), tapi juga harus memperhatikan permasalahan adiksi para Penasun. Negara tidak boleh melalaikan permasalahan pencegahan penularan walaupun telah ada terapi ARV, karena ancaman penularan terus akan berlangsung seiring dengan pengobatan yang dilakukan. Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah faktor resistensi HIV terhadap terapi ARV (Ditjen PPM & PL, 2005).

Peningkatan kasus pada kelompok Penasun ini, tidak terlepas dari meningkatnya penggunaan Napza di masyarakat terutama dengan cara suntik. Sampai sekarang data mengenai populasi Penasun yang merupakan kelompok berperilaku risiko tinggi belum banyak tersedia di Indonesia. Badan Narkotika Propinsi (BNP) DKI Jakarta dalam Lembar Informasi “Info Narkoba Untuk Kebijakan”, edisi I, 2003, memperkirakan jumlah populasi Penasun di DKI Jakarta

sebesar 13.406 orang dalam rentang periode Oktober 2001 – September 2002. Dengan perkiraan rendah 10.000 dan perkiraan tinggi 16.750. Sedangkan angka perkiraan nasional tahun 2002 menyebutkan bahwa populasi Penasun berkisar antara 123.849-195.597 dengan prevalensi HIV 19,79%-33,46%. Propinsi yang masuk dalam 10 besar yang mempunyai populasi Penasun terbanyak adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara, Yogyakarta, Jambi, Banten, Sulawesi Selatan dan Sumatera Selatan.

Metode satu-satunya yang diketahui untuk pencegahan berdasarkan penghindaran masuknya virus, yakni penghindaran yang paling utama melalui penghindaran jarum suntik tidak steril yang mengandung virus HIV. Risiko terinfeksi dengan HIV dari satu tusukan dengan jarum yang digunakan orang yang terinfeksi HIV diduga sekitar 1 banding 150. Pekerja fasilitas kesehatan (perawat, pekerja laboratorium, dokter, dan lain-lain) juga dikhawatirkan walaupun lebih jarang. Jalur penularan ini dapat juga terjadi pada orang yang memberi dan menerima rajah dan tindik tubuh. Oleh sebab itu, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa, didukung oleh opini medis umum dalam masalah ini, mendorong negara-negara di dunia menerapkan kewaspadaan universal untuk mencegah transmisi HIV melalui fasilitas kesehatan (Physicians for Human Rights, 2003).

### **2.1.2.3. Dampak Penyebaran ke Masyarakat**

Pola penularan yang dipaparkan di atas telah dapat menunjukkan bahwa epidemi telah masuk ke dalam masyarakat yang selama ini merasa ‘aman’ terhadap penularan HIV/AIDS. Pola penularan yang sangat tinggi melalui hubungan seks terutama hubungan seks heteroseksual dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril

di kelompok pengguna Napza suntik, akan berdampak kepada penyebaran ke masyarakat.

Penularan HIV/AIDS melalui penggunaan jarum suntik yang bergantian pada kelompok Penasun mempunyai tingkat kemungkinan yang tinggi untuk terjadinya penularan per kejadian. Faktor risiko penularan bertambah melalui perilaku seks. Sehingga Penasun mempunyai dua pintu masuk dan dua pintu keluar untuk penularan HIV. Pandangan keliru yang beranggapan bahwa hanya kelompok-kelompok tertentu (WPS, waria, Penasun) yang akan terinfeksi HIV perlu diluruskan. Pandangan tersebut hanya akan membuat orang mempunyai rasa aman yang semu. Oleh karenanya tidak mengherankan apabila epidemi masuk dalam lingkungan keluarga 'baik-baik'.

Perluasan penularan ke masyarakat menjadi sangat dekat untuk terjadi di Indonesia dengan hasil survei surveilans perilaku (SSP) tahun 2002 yang menunjukkan sebagian besar Penasun juga berperilaku membeli jasa seks pada penjaja seks. SSP yang diadakan Jakarta tahun 2002, menunjukkan terjadinya perluasan penyebaran penularan HIV/AIDS yang mengkhawatirkan melalui hubungan seksual. Seperti diketahui bahwa penularan HIV/AIDS melalui hubungan seks hanya dapat dicegah dengan menggunakan kondom. Data SSP menunjukkan bahwa penggunaan kondom sangat rendah. Penggunaan kondom yang rendah tidak hanya pada WPS tetapi juga pada saat melakukan hubungan seks dengan istri.

Perkembangan demikian sangat mengejutkan dan mengkhawatirkan, apalagi Indonesia yang masih sedikit program yang melakukan intervensi pencegahan AIDS terutama pada kelompok Penasun. Hal ini tidak terlepas dari kurangnya orang yang memahami permasalahan HIV/AIDS dan masih terbatasnya pengalaman Indonesia

untuk menjalankan program pencegahan HIV/AIDS di kelompok Penasun. Untuk itu sangat diperlukan keberanian Indonesia dalam mencoba program tersebut dengan dukungan penuh dari pihak pemerintah sebagai pemimpin dalam program pencegahan.

## **2.2. PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA**

### **2.2.1. Latar Belakang**

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, istilah pengurangan dampak buruk Napza (*Harm Reduction*) semakin banyak digunakan ketika pola penularan HIV/AIDS bergeser dari faktor penularan melalui perilaku seksual berpindah ke perilaku penggunaan jarum suntik yang tidak steril. Sejarah pengurangan dampak buruk Napza bermula dari pelayanan kontroversial yang dikembangkan pertama kali pada tahun 1920 pada sebuah klinik layanan ketergantungan obat di Merseyside, kota kecil di Inggris. Klinik ini memberikan resep heroin kepada para pengguna yang menjalani perawatan. Beberapa tahun kemudian upaya penanggulangan masalah adiksi berkembang terus sampai kemudian kembali menarik perhatian bersamaan dengan munculnya epidemi HIV/AIDS.

Tingginya angka penularan HIV dan penyakit lain yang ditularkan melalui darah pada kalangan Penasun meningkatkan pentingnya kebutuhan untuk melakukan upaya khusus dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS. Beberapa negara di Eropa Barat dan Amerika selama sekitar dua dekade terakhir telah mempunyai pengalaman yang cukup panjang dalam menerapkan pendekatan ini. Dari pengalaman berbagai negara di dunia tersebut terlihat bahwa pendekatan pengurangan dampak buruk Napza dapat dikatakan sebagai sebuah pendekatan yang

efektif dalam upaya menjawab masalah HIV/AIDS di masyarakat, khususnya pada kelompok Penasun (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Pengurangan dampak buruk Napza mulai menjadi perhatian di Indonesia pada tahun 1999. Pada saat itu data epidemi HIV/AIDS bergeser dari penularan melalui hubungan seksual ke penularan melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril secara bergantian/bersama pada kelompok Penasun. Seiring dengan hal tersebut muncul pemikiran bahwa telah saatnya Indonesia memerlukan suatu intervensi untuk mencegah penularan dan penanggulangan HIV/AIDS pada kelompok Penasun. Pengurangan dampak buruk Napza sebagai sebuah konsep intervensi pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS pada Penasun mulai ditambahkan untuk diterapkan di Indonesia (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Namun ternyata muncul berbagai persepsi dalam menanggapi wacana mengenai pengurangan dampak buruk Napza. Persepsi yang berbeda-beda tersebut tergambar dari sikap pro dan kontra yang muncul. Bila menilik sedikit ke belakang maka pertentangan ini hampir sama dengan pada saat kondom mulai dipromosikan untuk pencegahan HIV/AIDS dan IMS (Infeksi Menular Seksual). Tidak terhindarkan pula munculnya bias makna yang justru merupakan bagian substansial dari pengurangan dampak buruk Napza. Untuk menghindari bias makna tersebut maka pada tahun 2001 dibuat kesepakatan pada saat proses mengadaptasi buku "*The Manual for Reducing Drug-Related Harm in Asia*" ke edisi Indonesia. Pada saat itu muncul istilah pengurangan dampak buruk Napza yang menjadi salah satu untuk meminimalkan perbedaan persepsi dan makna (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza sendiri di Indonesia sudah dimulai sejak tahun 1999. Yayasan Hati-hati, Bali telah mulai melakukan kegiatan penjangkauan dan pendampingan pada kelompok Penasun untuk mencegah penularan HIV. Dalam melaksanakan kegiatannya, Yayasan Hati-hati mempekerjakan petugas lapangan dari mantan Penasun. Lokakarya Nasional pertama pada tahun 1999 yang membahas mengenai kaitan antara penggunaan Napza dengan cara suntik dan HIV/AIDS di Puncak, Bogor dapat dikatakan sebagai respon awal terhadap isu HIV/AIDS dan Penasun (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Pelaksanaan kegiatan *Rapid Assessment and Response* (RAR) dilakukan di 8 kota besar pada tahun 1999-2000 dengan melibatkan berbagai pihak baik dari kalangan pemerintah maupun non pemerintah. Data yang diperoleh dari RAR membuka mata dan pemikiran kalangan aktivis HIV/AIDS untuk melakukan tindakan. Pada tahun 2001 Aksi Stop AIDS (ASA) – *Family Health International* (FHI) mulai mengembangkan program spesifik dalam pencegahan HIV/AIDS pada kalangan Penasun. Kemudian pada tahun 2003 *Indonesia HIV Prevention and Care Project* (IHPCP) juga berperan serta dalam upaya yang serupa (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Sampai saat ini (awal 2005), kegiatan-kegiatan terkait dengan pencegahan HIV/AIDS pada kalangan Penasun sudah semakin banyak dilakukan. Kurang lebih 25 LSM dan lembaga pemerintahan yang terlibat langsung dalam penjangkauan, pendampingan dan penyediaan layanan kepada Penasun. Pada tahun 2001, hanya terdapat 2 propinsi yang sudah mempunyai intervensi pengurangan dampak buruk Napza, sekarang sudah melibatkan 12 propinsi. Selain kegiatan yang dilakukan

dalam bentuk penjangkaun dan pendampingan di masyarakat, saat ini terdapat minimal 12 lembaga yang secara langsung mengembangkan kegiatan di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) di berbagai propinsi. Namun dibandingkan besarnya permasalahan yang ada, respon dan cakupan program yang ada terasa masih jauh dari yang seharusnya untuk dapat menurunkan angka infeksi HIV (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Seiring dengan perkembangan intervensi tersebut, beberapa situasi yang terkait dengan respon terhadap pengurangan dampak buruk Napza mengalami perubahan juga. Pada tahun 2003 Departemen Kesehatan RI dalam Rencana Strategis Departemen Kesehatan (2003) menyebutkan bahwa pengurangan dampak buruk Napza menjadi salah satu prioritas dan pendekatan yang akan digunakan dalam penanggulangan HIV/AIDS. Pada Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007 disebutkan pula secara eksplisit bahwa pengurangan dampak buruk Napza adalah salah satu pendekatan yang harus dilakukan dalam penanggulangan HIV/AIDS pada Penasun (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

Dukungan politis untuk penerapan pengurangan dampak buruk Napza disebutkan dalam Komitmen Sentani pada tahun 2004, sebuah komitmen yang disepakati oleh 6 Kepala Daerah tingkat propinsi dengan kasus HIV terbesar di Indonesia, bahwa pengurangan dampak buruk Napza perlu diterapkan untuk kelompok sasaran Penasun. Berubahnya status badan yang menangani masalah narkotika dari Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) menjadi Badan Narkotika Nasional (BNN) pada tahun 2003 memberikan pengaruh terhadap perkembangan program yang sudah ada. Tercapainya kesepakatan antara BNN dan

KPA dalam bentuk Kesepakatan dan Keputusan Bersama pada Desember 2003 menjadi salah satu puncak perkembangan situasi pengurangan dampak buruk Napza di Indonesia (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006).

### 2.2.2. Definisi

Istilah pengurangan dampak buruk Napza berasal dari terjemahan *Harm Reduction* dan bila diartikan secara kata per kata yaitu, *harm* = kerugian, kejahatan, kerusakan, kesalahan sedangkan *reduction* = penurunan, pengurangan. Sehingga *Harm Reduction* berarti pengurangan/penurunan kerugian/kerusakan. Penterjemahan secara harfiah demikian dapat menimbulkan bias yang pada akhirnya dapat menghilangkan substansinya. Karena pengurangan dampak buruk Napza dalam bahasa Inggris belum juga didiskripsikan dengan jelas sebagai sebuah kata namun lebih didiskripsikan sebagai sebuah konsep (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.15).

*World Health Organisation (WHO)*, sebagai badan *United Nation (UN)* yang mengurus bidang kesehatan mendiskripsikan Pengurangan Dampak Buruk Napza sebagai berikut:

*“Konsep, yang digunakan dalam wilayah kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk mencegah atau mengurangi konsekuensi negatif kesehatan yang berkaitan dengan perilaku. Yang dimaksud dengan perilaku yaitu perilaku penggunaan Napza dengan jarum suntik dan perlengkapannya (jarum suntik dan peralatan untuk mempersiapkan Napza sebelum disuntikan). Komponen pengurangan dampak buruk Napza merupakan intervensi yang holistik/komprehensif yang bertujuan untuk mencegah penularan HIV dan infeksi lainnya yang terjadi melalui penggunaan perlengkapan menyuntik untuk menyuntikan Napza yang tidak steril dan digunakan secara bersama-sama.”*

Diskripsi ini dilengkapi dengan penjelasan bahwa konsekuensi kesehatan di atas meliputi kesehatan fisik, mental dan sosial. Salah satu ilustrasi yang sering

dikemukakan dalam menjelaskan dasar pemikiran pengurangan dampak buruk Napza adalah kewajiban mengenakan sabuk pengaman bagi pengendara mobil. Sangat disadari, bahwa mengendarai mobil sebagai suatu kegiatan berisiko akan terjadinya kecelakaan, tapi hal ini tidak mengurangi orang untuk melakukannya. Potensi bahaya yang ada diantisipasi dengan menggunakan sabuk pengaman, yang meminimalkan risiko bahaya kecelakaan yang mungkin terjadi. Menggunakan sabuk pengaman tidak mencegah terjadinya kecelakaan tetapi mengurangi dampak kecelakaan bagi si pengendara. Demikian juga dengan pengurangan dampak buruk Napza, walaupun penggunaan Napza adalah perilaku berisiko, namun dalam kehidupan nyata hal tersebut ada yang tetap melakukan. Karena itu upaya dilakukan untuk mengantisipasi timbulnya dampak-dampak buruk lain terkait dengan penggunaan Napza, misalnya upaya pencegahan penularan HIV (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.15).

Pengurangan dampak buruk Napza lebih menekankan tujuan jangka pendek daripada tujuan jangka panjang. Upaya pencegahan infeksi HIV harus dilaksanakan sesegera mungkin. Kalau hal ini tidak dilakukan, semua tujuan jangka panjang, seperti penghentian penggunaan Napza akan sia-sia belaka. Oleh karena itu pengurangan dampak buruk Napza mengacu pada prinsip:

- pertama, Penasun didorong untuk berhenti memakai Napza;
- kedua, jika Penasun bersikeras untuk tetap menggunakan Napza, maka didorong untuk berhenti menggunakan dengan cara suntik;
- ketiga, kalau tetap bersikeras menggunakan dengan cara suntik, maka didorong dan dipastikan menggunakan peralatan suntik sekali pakai atau baru;

- keempat, jika tetap terjadi penggunaan bersama peralatan jarum suntik, maka didorong dan dilatih untuk menyucihamakan peralatan suntik.

(Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.16)

Perilaku penyuntikan Napza telah terbukti sebagai jalan yang sangat efektif dalam penularan HIV. Di dunia pada saat ini, dihitung secara kumulatif, diperkirakan terdapat sekitar 2-3 juta Penasun yang terinfeksi HIV. Lebih dari 110 negara telah melaporkan adanya epidemi HIV yang berkaitan dengan penggunaan Napza dengan cara suntik. Penularan HIV/AIDS di antara Penasun secara cepat dan potensi penyebaran ke masyarakat luas menunjukkan bahwa pengurangan dampak buruk Napza merupakan hal yang penting untuk dilakukan. Selain mengurangi risiko terinfeksi HIV, program intervensi kepada Penasun dapat memberikan informasi mengenai terapi dan rehabilitasi. Sehingga pada akhirnya Penasun tersebut dapat berhenti dari penggunaan Napza. Hal penting yang tidak dapat dilupakan adalah program tersebut dapat menghindari risiko lainnya akibat penggunaan Napza termasuk di dalamnya infeksi Hepatitis B dan C serta kematian akibat over dosis (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.16).

Kebijakan, legislatif dan situasi lingkungan yang mendukung minimalisasi risiko Penasun menjadi dasar dari keberhasilan pengurangan dampak buruk Napza. Pendekatan pengurangan dampak buruk Napza mengakui bahwa beberapa Penasun untuk berhenti total bukan merupakan suatu pilihan yang dapat dicapai dalam waktu singkat. Untuk itu, tujuan primer pengurangan dampak buruk Napza adalah membantu Penasun menghindari konsekuensi negatif kesehatan dari penyuntikan Napza, memperbaiki tingkat kesehatan, serta upaya peningkatan kehidupan sosial

dari para Penasun (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.16).

Organisasi kesehatan PBB (WHO) menawarkan kepada RSKO untuk menerapkan program *harm reduction* yang salah satunya melalui substitusi narkotika dengan zat lain yakni, *metadon* yang jauh lebih aman karena bersifat *long life* (bertahan lama) serta mencegah penularan HIV dan AIDS karena menggunakan sistem oral. Setelah melalui diskusi dengan departemen terkait seperti Departemen Kesehatan, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (Menkokesra) dan Badan Narkotik Nasional (BNN) akhirnya ditunjuklah RSKO Fatmawati sebagai *pilot project* (uji coba) program rumatan metadon ini. Program tersebut mulai berjalan sejak tanggal 27 Januari 2003 yang bersifat proyek operasional dan bukan uji klinis. Sejak 2003 lalu, program rumatan methadone telah resmi dilakukan di Indonesia melalui dua rumah sakit (RS), yakni Program Rumatan Metadon (PRM) Sandat RS Sanglah Denpasar dan RS Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta (<http://www.tempointeraktif.com>).

### 2.2.3. Lingkup Program

Program pengurangan dampak buruk Napza dalam implementasi di lapangan harus diterjemahkan dalam bentuk program-program yang mendukung tujuan utama yaitu penurunan risiko penularan HIV pada kelompok Penasun. Program-program ini dikembangkan dengan pola terpadu dan holistik dengan pelayanan dan sektor-sektor lain yang sudah dan akan dikembangkan. Intervensi yang efektif harus mempunyai sifat yang menyeluruh (komprehensif), menawarkan pelayanan yang beragam dan kegiatan yang diupayakan menjawab berbagai isu terkait.

Karakteristik, situasi dan kondisi lokal adalah poin yang harus menjadi pertimbangan dalam pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza. Sehingga kegiatan yang dikembangkan sesuai dengan lokalitas yang dapat memenuhi kebutuhan Penasun. Berbagai data yang diperoleh dari analisa situasi awal ketika perencanaan program digunakan untuk menyusun program yang paling optimal. Untuk mendukung program di lapangan, upaya pembangunan sistem data yang memadai seiring dengan dikembangkannya pengurangan dampak buruk Napza, dapat menjadi sumber data untuk mengembangkan dan mengevaluasi program yang sedang berjalan (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.17).

Program yang sering dilaksanakan dan menyertai pengurangan dampak buruk Napza adalah:

1. Program penjangkauan dan pendampingan
2. Program komunikasi, informasi dan edukasi
3. Program penilaian pengurangan risiko
4. Program konseling dan tes HIV sukarela
5. Program penyucihamaan
6. Program penggunaan jarum suntik steril
7. Program pemusnahan peralatan suntik bekas pakai
8. Program layanan terapi ketergantungan Napza
9. Program terapi substitusi
10. Program perawatan dan pengobatan HIV
11. Program pendidikan sebaya
12. Program layanan kesehatan dasar

Pengurangan dampak buruk Napza dengan program-program di atas memang cukup kompleks dan memerlukan kemampuan dan kapasitas pelaksana program. Walaupun program-program tersebut terkesan terpisah-pisah, namun prinsip yang harus tetap menjadi dasar adalah keterpaduan dan holistik. Oleh karena itu, keterkaitan dan koordinasi antara program menjadi penting. Lembaga yang melaksanakan pengurangan dampak buruk Napza harus memastikan prinsip keterpaduan dan holistik program (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.18).

Namun hal tersebut tidak berarti bahwa program tersebut harus dilaksanakan oleh satu lembaga yang melakukan pengurangan dampak buruk Napza. Dan tidak dapat pula dikatakan bahwa lembaga yang hanya melaksanakan satu atau beberapa program tidak melaksanakan pengurangan dampak buruk Napza. Karena program-program yang ada dapat dikembangkan atau dibangun oleh satu atau beberapa lembaga dengan tidak meninggalkan prinsip terpadu dan holistik. Oleh karena itu jejaring antar lembaga baik pemerintah maupun non-pemerintah, yang terkait permasalahan HIV/AIDS dan Napza sangat dibutuhkan. Sistem kerja sama dan rujukan harus dibangun untuk menciptakan keterpaduan dan keholistikan pengurangan dampak buruk Napza di suatu wilayah (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 567/Menkes/SK/VIII/2006, p.17).

### **2.3. Program Terapi Rumatan Metadon**

Pada awal terbentuknya PTRM, untuk wilayah DKI Jakarta, layanan PTRM hanya dapat diakses di Rumah Sakit Ketergantungan Obat, sehingga untuk memberikan pelayanan terjangkau bagi IDU yang dapat meningkatkan kualitas

hidupnya, menteri kesehatan RI merasa perlu untuk menambah atau menetapkan Rumah sakit dan satelit uji coba pelayanan PTRM, salah satu satelit untuk wilayah DKI Jakarta yaitu PTRM Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok (Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006).

Pasien yang *dropped-out* berkisar antara 40% hingga 50%, dengan alasan utama karena sulitnya akses menuju tempat layanan. Alasan lainnya adalah perlunya keahlian dan penyimpanan obat khusus dalam pelayanan terapi metadon. Karena itu guna mencapai nilai manfaat yang lebih besar dipertimbangkan perluasan jangkauan dengan menempatkan layanan pada rumah sakit layanan metadon terbatas (<http://www.depkes.go.id>). Satelit PTRM adalah unit layanan terapi rumatan metadon yang disediakan di wilayah lokal dimana prevalensi HIV/AIDS dan IDU memiliki peningkatan signifikan (*hot spot area*) (Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006).

Selain itu, penetapan PTRM dalam Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006 didasarkan pada pertimbangan bahwa populasi terbesar rawan tertular dan menularkan infeksi HIV/AIDS berada pada pengguna narkotik suntik; bahwa terapi rumatan metadon yang merupakan salah satu terapi substitusi diperlukan sebagai pendekatan *harm reduction* atau pengurangan dampak buruk penularan HIV/AIDS melalui narkotik suntik. DKI Jakarta merupakan wilayah yang memiliki jumlah populasi penasun terbanyak di Indonesia.

Badan Narkotika Propinsi (BNP) DKI Jakarta dalam Lembar Informasi “Info Narkoba Untuk Kebijakan”, edisi I, 2003, memperkirakan jumlah populasi Penasun di DKI Jakarta sebesar 13.406 orang dalam rentang periode Oktober 2001 – September 2002. Dengan perkiraan rendah 10.000 dan perkiraan tinggi 16.750.

Sedangkan angka perkiraan nasional tahun 2002 menyebutkan bahwa populasi Penasun berkisar antara 123.849-195.597 dengan prevalensi HIV 19,79%-33,46%. Propinsi yang masuk dalam 10 besar yang mempunyai populasi Penasun terbanyak adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara, Yogyakarta, Jambi, Banten, Sulawesi Selatan dan Sumatera Selatan (Kepmenkes RI Nomor 567/MENKES/SK/VII/2006).

Aida Fatmi (Kepala Subdin Kesmas Dinas Kesehatan di Jakarta) menyebutkan bahwa jumlah kasus HIV/AIDS di DKI Jakarta yang tercatat hingga Juni 2006 mencapai 2.206 kasus. Akan tetapi jumlah ini merupakan fenomena gunung es, sehingga kenyataannya mungkin bisa sepuluh kali lipat dari jumlah kasus tersebut. Dengan jumlah kasus tersebut, DKI Jakarta memiliki kasus AIDS terbanyak pertama di seluruh Indonesia. Kasus HIV/AIDS di Provinsi Jakarta paling banyak terjadi di Jakarta Pusat, yaitu 890 kasus. Jumlah ini diikuti Jakarta Utara (707 kasus), Jakarta Barat (312 kasus), Jakarta Selatan (230 kasus), dan Jakarta Timur (58 kasus). (<http://www.ppk.lipi.go.id>).

Berdasarkan Ditjen PPM & PL, Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia: Laporan s.d. Maret 2005, Ditjen PPM & PL, Depkes RI, 2005, selama Januari-Maret 2005, penambahan kasus HIV/AIDS dengan faktor risiko pada kelompok Penasun mencapai proporsi 59,27%, yang merupakan faktor risiko terbesar. Sedangkan untuk faktor risiko heteroseksual hanya mencapai 26,30% setengah dari kelompok Penasun. Hal ini semakin membuktikan bahwa penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril menjadi penularan utama, dan mungkin hal tersebut akan terus menjadi pola penularan utama. Data mengenai populasi yang rawan terinfeksi HIV menambah bukti bahwa kerentanan kelompok Penasun semakin nyata.

Jenis narkoba yang paling umum disuntikkan adalah heroin, dan hingga saat ini metode terapi yang paling efektif untuk ketergantungan heroin adalah program pengalihan narkoba yang mengalihkan IDU pada jenis zat lain. Program pengalihan yang paling diakui di berbagai negara dan telah berkali-kali diteliti secara mendalam, adalah dengan terapi substitusi metadon / PTRM (Green, 2001). Hal tersebut senada dengan yang diungkapkan Aida Fatmi (Kepala Subdin Kesmas Dinas Kesehatan di Jakarta) bahwa layanan HIV/AIDS bagi kalangan pengguna narkoba suntik di Jakarta merupakan skala prioritas yang harus dilaksanakan untuk mengurangi ledakan epidemi HIV/AIDS tersebut. Demikian juga dengan Rohana Manggala (Ketua Harian Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta) yang mengatakan bahwa Pemprov DKI Jakarta akan menyiapkan 30 puskesmas di DKI Jakarta untuk melaksanakan program peningkatan cakupan (*scaling up*) layanan HIV/AIDS selama Juni 2006 hingga Juli 2007.

*"Program scaling up ini bertujuan untuk meningkatkan cakupan layanan HIV/AIDS kepada para pengguna NAPZA suntik (penasun) dan ODHA (Orang dengan HIV/AIDS--Red) melalui puskesmas dengan menerapkan program pengurangan dampak buruk narkoba atau harm reduction..."* (Rohana Manggala, Ketua Harian Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DKI Jakarta).

Program *harm reduction*, menurutnya, meliputi kegiatan penjangkauan oleh kader muda, program jarum suntik steril, layanan kesehatan dasar, Program Rumatan Terapi Metadon (PRTM), serta pemberian informasi layanan dan membantu proses rujukan layanan lain, termasuk program konseling dan tes sukarela (VCT) dan obat antiretroviral / ARV (<http://www.ppk.lipi.go.id>).

### 2.3.1. Definisi

Terapi Substitusi adalah program pengalihan napza dengan cara mengganti heroin atau *putauw* yang biasa dikonsumsi dengan menggunakan obat lain yang lebih aman dan terjangkau. Obat pengganti yang dimaksud adalah opiat sintetis (buatan), yang memberi dampak sama seperti heroin (*putaw*) atau morfin. Cara penggunaannya adalah melalui oral (diminum), tidak disuntikkan dan diberikan dalam dosis harian (<http://www.tag:blogspot.com>). Terapi substitusi terutama ditujukan kepada pasien ketergantungan *opioida*. Sasaran terapi; mengurangi perilaku kriminal, mencegah penularan HIV/AIDS, mempertahankan hidup yang produktif dan menghentikan kebiasaan penggunaan rutin Napza, khususnya *opioida*. Substitusi yang digunakan dapat bersifat *agonis (methadone)*, *agonis partial (buprenorphine)* atau *antagonis (naltrexone)*. *Methadone Maintenance Therapy (MMT)*, sering disebut Terapi Rumatan Metadon (TRM) yang paling umum dijalankan. Pasien yang mengikuti terapi substitusi tidak memerlukan *hospitalisasi* (rawat residensi) jangka panjang. Terapi ini akan berjalan dengan sangat efektif bila disertai dengan konsultasi dan intervensi perilaku (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah program jangka panjang, dengan dosis individual. Artinya, setiap klien diberi dosis sesuai tingkat keparahannya hingga sembuh. Tidak disuntik tetapi diminum. Takaran terendah 25 mililiter, dan tertinggi 180 mililiter. Dosisnya naik perlahan, stabil (optimal), dan turun perlahan pula, dan diminum setiap hari. Berbahaya jika disertai pemakaian narkoba dan alkohol, atau obat penenang (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

PTRM merupakan salah satu bentuk program dengan pendekatan pengurangan dampak buruk yang bertujuan meningkatkan kesehatan pengguna

narkoba (heroin) suntik (penasun) sehingga para penasun dapat beraktivitas secara normal dan produktif, sehingga dapat menekan tingkat kriminalitas. Salah satu bentuk penanggulangan dampak buruk dari penularan narkotika suntik (*harm reduction*) adalah terapi substitusi dengan metadon dalam sediaan cair, dengan cara diminum (<http://www.tempointeraktif.com>).

PTRM merupakan salah satu program dari pendekatan harm reduction atau pengurangan dampak buruk penularan HIV/AIDS melalui narkotika suntik. Metadon dilakukan dengan cara diminum berupa opiat (narkotik) sintesis yang kuat seperti heroin, tetapi tidak menimbulkan efek sedatif yang kuat. Metode ini biasanya disediakan pada program penggantian heroin yang dipakai pecandu dengan obat lain yang lebih aman untuk tujuan meningkatkan kesehatan pengguna narkotika suntik (penasun) agar mereka dapat beraktivitas secara normal dan produktif sehingga dapat menekan tingkat kriminalitas (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

### **2.3.2. Ruang Lingkup**

Dewasa ini, terapi substitusi hanya dapat digunakan untuk pasien-pasien ketergantungan *opioida*, karena itu sebutan lengkapnya adalah terapi substitusi *opioida*. Untuk pengguna *opioida* yang *hard core addict* (pengguna *opioida* yang telah bertahun-tahun menggunakan *opioida* suntikan), mengalami kekambuhan kronis dan berulang kali menjalani terapi ketergantungan, maka sudah selayaknya mempertimbangkan untuk mengikuti program terapi substitusi. Di banyak negara, termasuk sejumlah negara di Asia, program terapi substitusi yang paling umum adalah TRM. Program TRM dapat dibedakan menjadi program detoksifikasi dan program rumatan. Untuk program detoksifikasi dibedakan menjadi jangka pendek

dan jangka panjang yaitu jadwal 21 hari, 91 hari dan 182 hari. Sedangkan program rumatan/pemeliharaan berlangsung sedikitnya 6 bulan sampai 2 tahun atau lebih lama lagi (<http://www.program-terapi-substitusi.com>).

Program rumatan metadon menyediakan dan memberikan obat legal yang dikonsumsi secara oral (dengan diminum) sebagai pengganti obat ilegal/Napza yang dikonsumsi dengan cara menyuntik. Metadon biasanya disediakan pada program penggantian heroin yang dipakai pecandu dengan obat lain yang lebih aman dengan cara diminum berupa opiat (narkotik) sintesis yang kuat seperti heroin, tetapi tidak menimbulkan efek sedatif (obat penenang) yang kuat. Metadon merupakan bentuk sintesis (tidak alami) opiate, termasuk heroin, codein, dan morfin. Bagi pemakainya, khasiat metadon nyaris sama dengan heroin. Bedanya, metadon memiliki daya tahan dalam tubuh yang lebih lama, mencapai 24 jam.

Sementara daya tahan heroin biasanya hanya sekitar 3 sampai 4 jam. Hal ini membuat pengguna metadon dapat hidup lebih teratur. Pemberian metadon juga dilakukan dengan cara diminum, untuk menghindari risiko penularan HIV/AIDS lewat jarum suntik. Dengan begitu, klien metadon bisa hidup dengan lebih teratur, sekaligus terhindar dari HIV/AIDS (<http://www.tag:blogger.com>). Keikutsertaan dalam program rumatan metadon telah dikaitkan dengan manfaat ganda yang meliputi turunnya angka kematian, *morbiditas*, infeksi HIV dan angka kriminalitas serta mengembalikan kemampuan sosial Penasun. Dengan program rumatan metadon ini, banyak pasien yang dapat terus melanjutkan hidupnya. Terbukti banyak diantara pasien yang bekerja di berbagai sektor seperti perbankan, ritel dan sosial, bahkan ada seorang insinyur yang tetap bekerja di sebuah perusahaan besar, walaupun dia masih mengikuti program ini (<http://www.tempointeraktif.com>).

Metadon bukanlah satu-satunya obat yang digunakan dalam *opioida agonist pharmacotherapy* atau terapi substitusi. Obat-obatan substitusi *opioida* untuk ketergantungan *opioida* lainnya adalah buprenorfin, *levo-alpha-acetylmethadol* (LAAM), morfin, kodein, diamorfin (heroin), *pentazocine*, *ethylmorphin*, dan larutan opium. Metadon dengan bentuk dasar bubuk kristal putih, biasa diminum dalam bentuk cair yang sudah dicampurkan dengan sirup/sari buah. Efek obat dari Metadon ada dalam kurun waktu 24 jam. Jadi penggunaan Metadon cukup 1 kali dalam sehari (<http://www.tag:blogger.com>).

Metadon sendiri adalah opiat atau bahan yang terkandung dalam opium sintesis, yang termasuk golongan II narkotika. Metadon diproduksi dalam bentuk cairan, tablet, dan bubuk. Metadon yang digunakan untuk pengobatan ini, berbentuk cairan yang diminum. Metadon merupakan pilihan terakhir, karena potensi ketergantungan yang sangat tinggi (<http://www.aidsindonesia.or.id>).

Menurut Kepala Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), dr Asliati Asril Sp KJ, dalam harian Republika Maret 2007, secara klinis rumatan metadon ini sudah terbukti efektif di beberapa negara bagian Amerika Serikat, Swedia, Perancis, Australia dan Hongkong. Adapun parameter yang digunakan dalam menilai keberhasilan program ini adalah seberapa besar peserta yang terus bertahan dalam mengikuti program tersebut untuk jangka waktu yang cukup lama (<http://www.tempointeraktif.com>).

Adapun penyebab dari ketidakpatuhan pasien menurut Muliawan (2008) adalah: usia lanjut, regimen yang kompleks, lamanya terapi, hilangnya gejala (*symptom*), takut akan efek samping, takut ketergantungan obat, rasa obat yang tidak enak, masalah ekonomi, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, pentingnya terapi

dan petunjuk penggunaan obat. Faktor tersebut akibat dari kurangnya informasi dan komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien. Biasanya karena kurangnya informasi mengenai hal-hal di atas, pasien melakukan *self - regulation* terhadap terapi obat yang diterimanya (<http://www.informasi-obat.com>).

### 2.3.3. Tujuan

Tujuan terapi substitusi adalah untuk mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi bagi setiap orang dan komunitas serta bukan untuk mengedarkan Napza. Terapi Substitusi mempunyai dua tujuan pilihan:

1. Detoksifikasi. Membantu pengguna berhenti memakai *heroin/putauw*, dengan cara mengalihkan penggunaan napza yang ilegal dengan obat legal yang takaran penggunaannya dikurangi secara bertahap. Untuk tujuan detoksifikasi dibedakan menjadi jangka pendek, menengah dan jangka panjang yaitu program 21 hari, 91 hari dan 182 hari.
2. Menyediakan terapi rumatan (pemeliharaan), yang memberikan obat pada pengguna secara terus-menerus dengan dosis yang disesuaikan agar pengguna tidak mengalami gejala putus zat (*sakauw*). Untuk program rumatan/pemeliharaan akan berlangsung sedikitnya 6 bulan sampai 2 tahun atau lebih lama lagi.

(<http://www.tag:blogger.com>).

Selain itu tujuan yang lain secara umum adalah:

1. Mengurangi risiko tertular atau menularkan HIV/AIDS serta penyakit lain yang ditularkan melalui darah (Hepatitis B dan C). Karena digunakan dengan cara oral (diminum), tidak disuntikkan.

2. Memperkecil risiko kematian dini, terhindar dari overdosis, abses, kemungkinan kelumpuhan dan penyulit kesehatan lain.
3. Mengalihkan dari zat yang disuntik ke zat yang tidak disuntikkan.
4. Mengurangi penggunaan Napza yang berisiko, misalnya memakai peralatan suntik bergantian, memakai bermacam-macam Napza bersama (*polydrug use*), menyuntikkan tablet atau disaring terlebih dahulu.
5. Mengurangi dorongan dan kebutuhan pecandu untuk melakukan tindak kriminal. Mengurangi tindak kejahatan yang sering terkait dengan masalah kecanduan terkait dengan harga obat yang relatif murah dan legal.
6. Menjaga hubungan dengan pengguna Napza.
7. Mengevaluasi kondisi kesehatan klien dari hari ke hari
8. Memberi konseling rujukan dan perawatan.
9. Membantu pengguna Napza menstabilkan hidupnya dan kembali ke komunitas umum. Hal ini terkait dengan infeksi HIV yang mampu mempengaruhi keseluruhan hidup seperti perubahan status emosional, perubahan dalam pola adaptasi perilaku dan fungsi kognitifnya, perilaku hidup sehat, perubahan tujuan hidup dan perannya di masyarakat (Hoffman, 1996).
10. Mendorong keteraturan aktifitas sehari-hari.
11. Meningkatkan kesehatan pengguna napza. Memiliki banyak kesempatan untuk konseling, mendapat rujukan dan perawatan.
12. Mengevaluasi kondisi kesehatan dari hari ke hari. Membangun hubungan komunikasi dengan petugas kesehatan.

13. Meningkatkan fungsi psikologis dan sosial. Dapat melakukan aktifitas dalam pekerjaan, kuliah dan rutinitas lain termasuk normalisasi dengan keluarga dan masyarakat sekitar.
14. Mengalihkan penggunaan napza ilegal. Mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial dan ekonomi.

(<http://www.tag:blogger.com>).

#### 2.3.4. Sasaran

Terapi ini ditujukan untuk pengguna napza suntik (Penasun) selama dia belum dapat menghentikan penggunaan *heroin/putauw* karena masalah kecanduannya. Khususnya penasun yang sudah mengalami kekambuhan kronis dan telah berulang kali menjalani terapi ketergantungan Napza dan penasun yang terinfeksi HIV dan telah menjalani terapi ARV tetapi masih aktif menggunakan Napza. Penasun yang tidak dapat mengikuti program ini diantaranya; pasien yang mengalami gangguan fisik berat sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis, pasien dengan gangguan jiwa berat atau retardasi mental karena ketidakmampuannya untuk menandatangani *informed concent* dan pasien yang sedang mengalami overdosis atau intoksikasi (*high*) *opioida* (<http://www.tag:blogger.com>).

Pada waktu pertama kali mengikuti program metadon, peserta program ruman metadon ini sebelumnya harus dilakukan skrining dan juga konseling antara petugas dengan calon peserta dan orang tuanya untuk meyakinkan bahwa Penasun memahami benar konsekuensi dari program yang akan diikutinya. Kemudian akan diperiksa fungsi hati serta ada tidaknya virus HIV dan AIDS pada calon peserta. (<http://www.tempointeraktif.com>).

Sebelum diterima dalam PTRM, berdasarkan Pedoman Nasional PTRM, pasien harus menandatangani surat persetujuan dengan disaksikan dan ditandatangani oleh orangtua atau wali dikarenakan pasien yang masuk PTRM haruslah berdasarkan persetujuan mereka atau tanpa paksaan (Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006). Hal ini sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik Nomor.HK.00.06.3.5.1866 tanggal 21 April 1999 tentang persetujuan tindakan medis / *Informed consent* yang mendefinisikan bahwa *Informed* yang berarti telah menerima informasi dan *consent* berarti persetujuan atau izin, pernyataan setuju (*consent*) dari seorang pasien yang diberikan dengan bebas, rasional tanpa paksaan (*voluntary*) tentang tindak kedokteran yang dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi cukup tentang tindakan kedokteran yang dimaksud.

*Informed consent* adalah suatu istilah dalam arti luas berkaitan dengan etika hokum kedokteran. Teori *informed consent* adalah suatu hal yang berhubungan dengan etika, suatu hal yang tidak berkaitan dengan pelajaran hukum, tetapi pengertian *informed consent* ini berkaitan dengan masalah hokum pengadilan (Wijono, 1999). Jay Kontz mengemukakan dalam "*The idea of Informed consent*", ide pokoknya adalah keputusan tentang pelayanan medis yang diberikan kepada seseorang, walaupun ada, dibuat dalam bentuk kerjasama pasien dan dokter. Dokter harus mempersiapkan dan mengajak serta secara sungguh-sungguh berinisiatif untuk berdiskusi dengan pasien tentang terapi yang dikehendaki atau pilihan-pilihan terapi untuk menyediakan informasi yang relevan kepada mereka. *Informed consent* hendaknya diberikan sebelum seorang dokter secara sah melakukan tindakan diagnosa maupun terapi dan berkaitan pada pasien (Januarsyah, 2002).

### 2.3.5. Sarana dan Prinsip-prinsip Pelaksanaan

Program TRM merupakan uji coba di dua lokasi yaitu di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), Jakarta dan Rumah Sakit Umum Sanglah, Bali. Kondisi ini memang belum dapat memenuhi kebutuhan Penasun yang memerlukan program TRM, namun karena prosedur terapi ini memerlukan kesiapan SDM dan evaluasi monitoring yang ketat maka perlu persiapan yang matang untuk mengembangkan pelayanannya. Respon yang cepat dan tepat sangat dibutuhkan di Indonesia, karena situasi epidemi HIV/AIDS terutama pada kelompok Penasun sangat mengkhawatirkan. Perluasan dan peningkatan mutu pelaksanaan program pengurangan dampak buruk Napza perlu segera dilakukan (Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006). Oleh karena itu, prosedur tatalaksana program ini mengacu pada buku petunjuk protokol Pedoman Nasional Program Rumatan Metadon di Indonesia yang disusun pada tahun 2006 dengan difasilitasi oleh WHO dan Departemen Kesehatan, namun dalam perjalanannya perlu dilakukan perbaikan disana-sini sesuai dengan pengalaman di lapangan selama program uji coba ini berjalan (Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006).

Tujuan pedoman adalah untuk menyediakan standar pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk Napza dan memperluas serta meningkatkan kualitas pelaksanaan program tersebut (Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006). Perluasan dan peningkatan mutu pelaksanaan program pengurangan dampak buruk Napza perlu segera dilakukan. Untuk mencapai hal tersebut, maka dalam melaksanakan Pelayanan Terapi Rumatan Metadon mengacu pada Pedoman Program

Terapi Rumatan Metadon mengacu pada pedoman nasional yang telah ditetapkan (Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006, input PTRM meliputi sarana (lokasi, ruangan), prasarana (cahaya, limbah, tempat cuci tangan), peralatan (peralatan medik, peralatan non medik), dan SDM, proses (*process*) pelaksanaan, menyangkut pengorganisasian, alur pasien, hari dan jam kerja pelayanan PTRM, kriteria keberhasilan PTRM, dan keamanan ketersediaan metadon di PTRM, keluaran (*output*), menyangkut pencatatan dan pelaporan berupa kartu identitas khusus, surat persetujuan, lembar evaluasi klinis, lembar evaluasi psikologi dan psikososial, formulir registrasi, laporan harian, laporan bulanan, laporan enam bulanan, dan laporan tahunan.

Pembuatan pedoman PTRM berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006 adalah disebabkan oleh:

- a. Program terapi metadon membutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi, terlebih lagi IDU yang mendapat terapi antiretroviral (ARV). Hal tersebut sulit diperoleh dari para IDU tersebut.
- b. Sebagian besar rumah sakit dan tenaga kesehatan belum memperoleh informasi tentang PTRM.
- c. Belum adanya pedoman guna menjamin kualitas pelayanan PTRM yang menjadi acuan rumah sakit yang memberikan pelayanan terapi rumatan metadon di Indonesia.
- d. Belum adanya program terapi substitusi yang terjangkau bagi IDU yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

- e. Program ini adalah program yang membutuhkan keahlian khusus dari tenaga yang terlibat dalam pelayanan terapi metadon.
- f. Metadon perlu pengawasan khusus.

Pengawasan khusus harus diterapkan untuk menjamin kualitas dan keamanan dari mulai penyiapan sarana, prasarana, peralatan, ruangan, sampai pada proses pelaksanaan seperti penyimpanan, pemesanan, transportasi metadon, dan pemberian pelayanan. Metadon dilakukan dengan cara diminum berupa opiat (narkotik) sintesis yang kuat seperti heroin, tetapi tidak menimbulkan efek sedatif yang kuat. Terapi ini memang mampu meminimalkan penularan HIV melalui jarum suntik di lapas, namun diperlukan anggaran, sumberdaya manusia, dan pengawasan penggunaan (<http://www.aidsindonesia.or.id>). Oleh karena metadon merupakan jenis opiat (narkotik), maka selain mengacu pada Pedoman nasional dalam pelaksanaannya, perlu juga memperhatikan prosedur atau kebijakan lain sesuai Undang-Undang atau peraturan pemerintah terkait narkotika.

Semua obat yang beredar harus dijamin keamanan, khasiat dan mutunya agar mampu memberikan manfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, dan justru tidak merugikan kesehatan. Bersamaan dengan itu masyarakat harus dilindungi dari salah penggunaan dan penyalahgunaan obat (<http://www.delanolusikooy.files.wordpress.com>). Obat dan persediaannya harus selalu disimpan di ruang penyimpanan yang layak. Fasilitas penyimpanan harus mempunyai ruangan yang dapat di kunci, berada dalam keadaan yang baik dan rapih. Ruangan itu akan menjadi gudang penyimpanan dan harus terpisah dari ruang pemberian obat (<http://www.combiphar.com>).

Penyimpanan Narkotika PerMenKes No.28/MenKes/Per/1987 tentang tata cara penyimpanan narkotika pasal 5 dan 6 yang menyebutkan bahwa apotek harus memiliki tempat khusus untuk menyimpan narkotika yang memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Harus dibuat seluruhnya dari kayu atau bahan lain yang kuat.
2. Harus mempunyai kunci ganda yang berlainan
3. Dibagi 2 masing-masing dengan kunci yang berlainan. Bagian 1 digunakan untuk menyimpan morfin, petidin, dan garam-garamnya serta persediaan narkotika. Bagian 2 digunakan untuk menyimpan narkotika yang digunakan sehari-hari.
4. Lemari khusus tersebut berupa lemari dengan ukuran lebih kurang 40x80x100 cm<sup>3</sup>, lemari tersebut harus dibuat pada tembok atau lantai.
5. Lemari khusus tidak dipergunakan untuk menyimpan bahan lain selain narkotika, kecuali ditentukan oleh MenKes.
6. Anak kunci lemari khusus harus dipegang oleh pegawai yang diberi kuasa.
7. Lemari khusus harus diletakkan di tempat yang aman dan yang tidak diketahui oleh umum.

Untuk menyiapkan gudang di fasilitas kesehatan yang baik adalah:

1. Pilih ruangan yang aman di fasilitas kesehatan sebagai gudang Menyimpan persediaan di gudang memudahkan anda untuk selalu mengetahui persediaan yang ada dan menyimpan persediaan secara aman. Gudang harus cukup besar untuk diisi seluruh persediaan. Gudang harus berupa ruangan yang terkunci atau bila Puskesmas sangat kecil, berupa lemari terkunci.

Cara mengamankan gudang: a. Gudang harus dikunci ganda. Pasang dua gembok pada pintu ruangan atau lemari. Tiap gembok harus mempunyai kunci berbeda.

Beri kunci hanya kepada orang yang bertanggung jawab atas persediaan di gudang. Simpan kunci cadangan di tempat yang aman. b. Jaga agar gudang selalu terkunci bila sedang tidak dipakai.

2. Jaga agar gudang dalam keadaan yang baik. Suhu udara yang sangat dingin atau sangat panas, sinar atau kelembaban dapat merusak persediaan.

(<http://www.combiphar.com>)

Pemesanan metadon juga harus memperhatikan tatacara pemesanan narkotika. Apotek memesan narkotika ke PBF Kimia Farma dengan menggunakan surat pesanan (SP) yang ditanda tangani oleh apoteker pengelola apotek dengan dilengkapi nama jelas, nomor SIK, SIA, dan stempel apotek, dimana untuk 1 lembar SP hanya untuk 1 macam narkotika saja ([www.informasi-obat.com](http://www.informasi-obat.com)).

Blangko surat pesanan digunakan untuk memesan barang yang habis atau menipis. Dalam surat pesanan tercantum tanggal pemesanan, nama PBF yang dituju, nomor, nama barang, kemasan dan dosis yang dimaksud, jumlah, tanda tangan pemesan dan stempel apotek. Untuk pemesanan obat jenis narkotika surat pemesanan ini harus dibeli dari PBF Kimia Farma dan ditujukan untuk Kimia Farma, untuk pemesanan obat jenis psikotropika blangko pemesanan dapat dibuat oleh Apotek sendiri, yang dalam hal ini adalah PTRM PKC Tg. Priok (<http://www.e-pio.blogspot.com>).

Hal ini sesuai dengan UU RI No. 5 tahun 1997 tentang Psikotropika bab VIII mengenai pengguna psikotropika dan rehabilitasi, pasal 36 ayat 2 yang menyebutkan bahwa pengguna psikotropika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempunyai bukti bahwa psikotropika yang dimiliki, disimpan, dan/atau dibawa untuk digunakan, diperoleh secara sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat

(2), ayat (3), ayat (4), dan ayat (5).

Pasal 14 UU RI No. 5 tahun 1997 bagian ketiga tentang penyerahan

- (1) Penyerahan psikotropika dalam rangka peredaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 hanya dapat dilakukan oleh apotek, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dan dokter.
- (2) Penyerahan psikotropika oleh apotek hanya dapat dilakukan kepada apotek lainnya, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter dan kepada pengguna/pasien.
- (3) Penyerahan psikotropika oleh rumah sakit, balai pengobatan, puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan kepada pengguna/pasien.
- (4) Penyerahan psikotropika oleh apotek, rumah sakit, puskesmas, dan balai pengobatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan resep dokter.
- (5) Penyerahan psikotropika oleh dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan dalam hal :
  - a. menjalankan praktik terapi dan diberikan melalui suntikan;
  - b. menolong orang sakit dalam keadaan darurat;
  - c. menjalankan tugas di daerah terpencil yang tidak ada apotek.

Berdasarkan Pedoman Nasional, sumber daya manusia yang memberikan pelayanan PTRM adalah tim yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang masing-masing dapat menjalankan tugas dan fungsi sesuai dengan kompetensi dan ketrampilannya. Penyelenggaraan terapi metadon tidaklah rumit, menurut Kepala Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), dr Asliati

Asril Sp KJ, dalam harian Republika Maret 2007, penyelenggaraan bisa dalam bentuk tim lengkap, terdiri dari dokter, asisten apoteker, perawat, pekerja sosial dan psikolog. Sedangkan untuk tim sederhana bisa terdiri dari perawat atau tenaga nonprofesional yang dilatih, dibantu oleh apoteker atau dokter paruh waktu (<http://www.hukumham.info/index.php?option=com>).

Berdasarkan Pedoman Nasional tatacara pengelolaan limbah PTRM mengikuti tatacara Rumah Sakit. Limbah cair dan limbah padat yang berasal dari rumah sakit dapat berfungsi sebagai media penyebaran gangguan atau penyakit bagi para petugas, penderita maupun masyarakat. Gangguan tersebut dapat berupa pencemaran udara, pencemaran air, tanah, pencemaran makanan dan minuman. Pencemaran tersebut merupakan agen kesehatan lingkungan yang dapat mempunyai dampak besar terhadap manusia (Agustiani dkk, 1998).

Sarana pengolahan/pembuangan limbah cair rumah sakit pada dasarnya berfungsi menerima limbah cair yang berasal dari berbagai alat sanitair, menyalurkan melalui instalasi saluran pembuangan dalam gedung selanjutnya melalui instalasi saluran pembuangan di luar gedung menuju instalasi pengolahan buangan cair. Dari instalasi limbah, cairan yang sudah diolah mengalir saluran pembuangan ke perembesan tanah atau ke saluran pembuangan kota (Sabayang dkk, 1996).

Unsur-unsur yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan pelayanan rumah sakit (termasuk pengelolaan limbahnya), yaitu (Giyatmi. 2003) :

- a. Pemrakarsa atau penanggung jawab rumah sakit.
- b. Pengguna jasa pelayanan rumah sakit.
- c. Para ahli, pakar dan lembaga yang dapat memberikan saran-saran.
- d. Para pengusaha dan swasta yang dapat menyediakan sarana dan fasilitas yang

diperlukan.

Pada pasal 9 PerMenKes RI No.28/MenKes/Per/1978 disebutkan bahwa apoteker pengelola apotek dapat memusnahkan (menghancurkan) narkotika yang rusak, kadaluarsa atau tidak memenuhi syarat lagi untuk digunakan bagi pelayanan kesehatan dan atau untuk pengembangan. APA atau dokter yang memusnahkan narkotika harus membuat Berita Acara Pemusnahan Narkotika yang memuat:

- a. Tempat dan waktu (jam, hari, bulan dan tahun).
- b. Nama pemegang izin khusus, APA atau dokter pemilik narkotika.
- c. Nama, jenis, dan jumlah narkotika yang dimusnahkan.
- d. Cara memusnahkan.
- e. Tanda tangan dan identitas lengkap penanggung jawab apotek dan saksi-saksi pemusnahan.

Kemudian berita acara tersebut dikirimkan kepada Kepala Dinas Kesehatan RI. a. Balai Pemeriksaan Obat dan Makanan (POM) setempat, b. Arsip. Sebagai pelaksanaan pemeriksaan, diterbitkan surat edaran Direktur Pengawasan Obat dan Makanan No.010/E/SE/1981 tanggal 8 Mei 1981 tentang pelaksanaan pemusnahan narkotika yang dimaksud adalah: a. Bagi apotek yang berada di tingkat propinsi, pelaksanaan pemusnahan disaksikan oleh Balai POM setempat; b. Bagi apotek yang berada di Kotamadya atau Kabupaten, pelaksanaan pemusnahan disaksikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Tingkat II (<http://www.informasi-obat.com>).

Pemberian obat metadon bersifat harian dan diberikan kepada pasien ketergantungan heroin di rumah sakit atau puskesmas yang telah membuka program terapi rumatan metadon (PTRM). Terapi Substitusi dilakukan dengan pengawasan di klinik layanan secara rutin dan pemberian metadon diawasi langsung oleh petugas

secara ketat serta selalu dilengkapi dengan konseling. Termasuk memberi informasi mengenai efek sampingnya, dan penatalaksanaan jika dikonsumsi dengan jenis obat lain atau jika sedang menjalani terapi pengobatan lain. Setiap klien membutuhkan dosis yang berbeda, karena adanya perbedaan metabolisme, berat badan, dan toleransi terhadap opiat.

Di awal terapi, klien harus diamati setiap hari dari reaksi terhadap takaran obat yang diberikan. Oleh karena itu, dibutuhkan beberapa kali konsultasi untuk menentukan takaran obat yang tepat untuk setiap klien. Konseling, meliputi: konseling adiksi, metadon, keluarga, kepatuhan minum obat, kelompok, dan VCT. Akses ke pelayanan konseling harus di rumah sakit penyelenggara metadon. Pasien dapat mengikuti konseling tersebut jika dianggap perlu oleh tim. Konseling dapat dirancang untuk mencakup : isu hukum, ketrampilan hidup, mengatasi stres, mengidentifikasi dan mengobati gangguan mental lain yang terdapat bersama, isu tentang penyalahgunaan - fisik, seksual, emosional, menjadi orangtua dan konseling keluarga, pendidikan tentang pengurangan dampak buruk, berhenti menyalahgunakan narkoba atau psikotropika dan pencegahan kambuh, perubahan perilaku berisiko dan pemeriksaan HIV/AIDS, isu tentang perjalanan lanjut penggunaan metadon, dan aspek yang terkait dengannya, pemberi layanan konseling harus seorang konselor profesional yang terlatih (Kepmenkes RI No. 494/MENKES/SK/VII/2006 ).

Pasien atau peserta PTRM melakukan konseling dengan dokter dan konselor VCT apabila pasien tersebut mengalami keluhan atau masalah yang dirasakannya baik atas keinginan sendiri maupun atas saran petugas yang menemukan masalah berdasarkan catatan rekam medis atau laporan pencatatan. Konseling sangat penting

dilakukan agar kualitas kesehatan pasien terjaga dan pelayanan PTRM dapat optimal. Kerahasiaan informasi merupakan hal penting dalam konseling sebelum dan setelah tes. Manfaat potensial konseling antara lain, adalah: pengurangan perilaku beresiko, kesempatan dini untuk memperoleh perawatan dan pencegahan untuk penyakit yang terkait dengan HIV, dukungan emosional, serta kemampuan yang lebih baik dalam menanggulangi kegelisahan yang terkait dengan HIV (Green, 2001).

Pasien metadon terkadang takut untuk mengatakan kepada dokter lain bahwa mereka menggunakan metadon, mereka takut dokter tersebut akan mendeskriminasi mereka, sehingga mereka memilih untuk mencari pelayanan yang dapat membuat mereka merasa nyaman (Catania, 2006). Akibat dari stigma secara sosial yang menempel pada penyalahguna zat dan HIV, seorang pasien mungkin menjadi enggan untuk membuka informasi di dalam sebuah evaluasi awal. Tugas yang paling awal dan seringkali lebih mengecilkkan hati dari merawat pecandu adalah keterlibatan dan induksi dari peran pasien. Peraturan yang umum adalah bahwa para pecandu dan penyedia layanan memulai dengan perbedaan agenda - para pecandu cenderung untuk datang ke tempat-tempat perawatan mencari kenyamanan dan bebas dari krisis secepatnya, yang dimana para dokter dan pemberi layanan kesehatan lainnya melihat pada tujuan-tujuan jangka panjang dari peningkatan di dalam kesehatan dan fungsi keseluruhan seorang pasien. Salah satu dari tujuan-tujuan awal seorang dokter klinik harus dapat berhasil membawa sikap-sikap si pasien sejalan dengan rencana perawatan (<http://www.bkkbn.go.id>).

Dokter klinik harus tidak menilai dan pendekatan empati untuk tanya jawab dengan pasien dan bergerak dari topik-topik diskusi yang lebih nyaman (seperti; pekerjaan, keluarga, teman-teman, hobi) sebelum memperkenalkan pertanyaan-

pertanyaan tentang penggunaan narkoba dan perilaku seksual. Kerahasiaan harus terjamin, seperti di dalam tipe-tipe setting medis lainnya. Dalam banyak kasus, atau sumber informasi langsung dapat sangat membantu di dalam memperoleh sejarah-sejarah yang akurat. Ini dapat termasuk catatan-catatan medis lama, anggota-anggota keluarga, teman-teman, dan pemberi jaminan kesehatan (sebelum dan pada saat sekarang) (<http://www.hopkins-aids.edu>).

Definisi dari konseling mungkin berbeda-beda, ada yang berpendapat bahwa Konseling adalah memberi nasehat pada pasien. ada juga yang berpendapat Konseling adalah pendidikan untuk pasien dan ada juga yang mendefinisikan Konseling sebagai upaya membantu pasien memecahkan masalah. Secara Terminologi Konseling (*Counsel*) berarti memberikan nasihat, tapi juga punya implikasi diskusi timbal balik dan tukar menukar opini. Namun di lapangan konseling dan pendidikan pasien berjalan berdampingan, dan menjabarkan lebih banyak lagi, meliputi; mendengarkan, bertanya, evaluasi, interpretasi, mensupport, menjelaskan, memberikan informasi, memberikan nasehat, dan merekomendasi. (<http://www.informasi-obat.com>).

Adapun Tujuan dari konseling pasien adalah

- a. Mengoptimalkan hasil terapi obat dan tujuan medis dari terapi obat dapat tercapai
- b. Membina hubungan dengan pasien dan menimbulkan kepercayaan pasien
- c. Menunjukkan perhatian dan care kita pada pasien
- d. Membantu pasien dalam menangani obat-obat yang digunakan
- e. Membantu pasien dalam mengatasi kesulitan yang berkaitan dengan penyakitnya
- f. Mencegah dan mengurangi efek samping obat, toksistas, resistensi antibiotika, dan ketidakpatuhan pasien

Dalam pemberian konseling kepada pasien PTRM harus dijelaskan dengan lengkap dan jelas. Sebuah sejarah penyalahgunaan zat yang teliti harus mengandung informasi secara spesifik, tidak hanya tentang tipe dari penggunaan zat-zatnya tetapi juga tentang rute pengendalian, durasi, frekwensi penggunaan, tanggal pertama kali menggunakan, apa yang paling sering digunakan terakhir kali, dan tinggi/jumlah yang biasanya digunakan dari setiap obat. Pasien juga harus ditanyakan tentang periode-periode abstinensi dan relapse (kembali menggunakan) dan kondisi masing-masing di sekeliling setiap pasien (<http://www.hopkins-aids.edu>). Hal ini sesuai dengan yang terdapat di PTRM PKC Tg. Priok bahwa lembar evaluasi klinis berisi tentang pertanyaan yang harus dijawab peserta berupa identitas, latar belakang peserta (riwayat penggunaan narkotika pasien dari mulai jumlah, frekuensi pemakaian, cara pemakaian, tipe hubungan seksual, hingga riwayat penyakit yang diderita), dan pemberian konseling kepatuhan selama menjalani program terapi ini yang dilakukan oleh petugas PTRM kepada peserta. Selain itu, bersamaan dengan pengisian lembar evaluasi, petugas PTRM juga bertanggungjawab untuk memberikan informasi-informasi dasar mengenai PTRM.

Informasi dasar tersebut harus lengkap termasuk penjelasan mengenai interaksi obat lain dengan metadon apabila digunakan selama pasien mengikuti terapi metadon. Berdasarkan Pedoman Nasional PTRM, dijelaskan mengenai interaksi obat bahwa walaupun tidak terdapat kontraindikasi absolut pemberian suatu obat bersama metadon, beberapa jenis obat harus dihindarkan bila pasien mengkonsumsi metadon. Antagonis opiat harus dihindari. Barbiturat, efavirenz, estrogen, fenitoin, karbamazepin, nevirapin, rifampisin, spironolakton, dan verapamil akan menurunkan kadar metadon dalam darah. Sebaliknya, amitriptilin, flukonazol, flufoksamin, dan

simetidin akan meningkatkan kadar metadon dalam darah. Etanol secara akut akan meningkatkan efek metadon dan metadon akan menunda eliminasi etanol (<http://www.hopkins-aids.edu>).

Pengukuran tes urin merupakan salah satu penilaian keberhasilan PTRM berdasarkan Pedoman Nasional. Tes urin terhadap penggunaan obat (*Urine Drug Screen*) merupakan pemeriksaan objektif untuk mendeteksi adanya metabolit opiat dalam urin. Tes urin, untuk penyalahgunaan zat secara acak dapat digunakan untuk memonitor apakah si pasien abstinensi dari zat. Sewaktu relapse atau "slip" memang terjadi, pemberi pelayanan kesehatan harus secara cepat memudahkan pasien masuk kembali ke dalam perawatan untuk masalah narkoba sebelum pola-pola lama dari perilaku terbentuk kembali (<http://www.hopkins-aids.edu>).

Namun perlu diingat bahwa saat pengumpulan urin pasien harus diawasi. Dalam hal terapi metadon, UDS dalam Pedoman Nasional dapat berguna pada keadaan berikut:

- Periksa urin pasien di awal terap untuk tujuan diagnostik yaitu untuk memastikan apakah pasien pernah atau tidak menggunakan opiat atau zat adiktif lain sebelumnya. Tahap ini merupakan suatu tindakan wajib.
- Jika pasien mendesak untuk membawa *take home* doses, maka tes urin dapat dilakukan sebagai bahan pertimbangan untuk membantu pengambilan keputusan.
- Hasil tes urin yang positif terhadap heroin menjadi pertimbangan untuk meningkatkan dosis metadon. Apabila pasien masih menggunakan heroin maka dosis metadon perlu ditingkatkan.

Tes laboratorium berkala selain tes urin merupakan salah satu bagian terpenting dari perawatan kesehatan HIV. Tes laboratorium ini merupakan bagian dari perencanaan pengobatan yang berfungsi untuk memonitor perkembangan HIV dalam tubuh, selain juga memberi informasi untuk membantu dalam penentuan jenis regimen pengobatan – apakah sudah layak memulai pengobatan, menghentikan atau mengubah pengobatan. Komitmen untuk secara berkala melakukan monitor hasil laboratorium sangatlah penting untuk dapat memegang kendali terhadap kesehatan pasien. Terdapat beberapa jenis tes laboratorium yang digunakan untuk memonitor HIV. Keempat tes yang paling umum adalah viral load, jumlah CD4, tes darah lengkap dan tes kimia darah. Keempat jenis tes ini adalah tes darah dan merupakan tes paling komprehensif yang ada untuk memonitor kesehatan seseorang dengan HIV (<http://www.odhaindonesia.org>).

#### **2.3.6. Dosis**

Dalam jangka waktu tertentu, juga dilakukan penurunan dosis hingga klien bisa lepas dari kecanduannya secara perlahan. Pada tahap awal program, pemberian dosis memang masih harus disesuaikan dengan kondisi badan klien. Umumnya terapi dimulai dengan takaran 20mg Methadon dan kemudian ditingkatkan 5-10 mg per hari. Jika klien masih menunjukkan gejala putus zat (sakaw), maka takaran harus ditingkatkan. Biasanya klien bertahan dalam terapi dan mampu menghentikan penggunaan heroin/putauw dengan takaran Metadon sedang hingga tinggi (60-100 mg) (<http://www.tag:blogger.com>).

Dosis induksi, begitu biasa diistilahkan, diberikan hingga klien benar-benar nyaman dengan satu dosis tertentu. Kalau klien sudah tidak merasakan keluhan,

berarti dosisnya sudah stabil. Proses penurunan dosis juga tak boleh asal-asalan. Paling tidak, klien harus sudah menjalani dosis stabilnya minimal enam bulan. Ini untuk menghindari risiko gagal karena program yang terburu-buru. Karena sifatnya, rumatan atau mempertahankan pasien selama mungkin menjalani terapi tersebut, sampai akhirnya dosis dapat diturunkan bertahap, hingga, akhirnya dihentikan (<http://www.tag:blogger.com>).

Dosis awal diberikan pada kisaran 15-30 mg/hari dan dinaikkan bertahap sampai 60-120 mg/hari, pada tahun pertama terapi. Selanjutnya, diturunkan lagi hingga dosis rendah 5-15 mg/hari. Cara ini, telah dilakukan di Amerika Serikat, dan menunjukkan keberhasilan. Begitu juga di Jakarta, mereka yang ikut rutin terapi rumatan metadon, sudah mulai menunjukkan hasil.

(<http://www.aidsindonesia.or.id>)

### **2.3.7. Efek samping yang mungkin muncul:**

1. Mual
2. Muntah: 10-15 persen mengalami efek samping ini, yang biasanya hilang setelah beberapa hari
3. Sembelit: seperti opiat lain, gizi dan olahraga dapat membantu
4. Keringat: dapat muncul sebagai efek samping atau karena takaran methadon tidak sesuai
5. Amenore: masa haid terlambat, atau kadang kala lebih teratur
6. Libido: methadon dapat menurunkan gairah seksual
7. Kelelahan: dapat dikurangi dengan mengurangi takaran

8. Gigi busuk: disebabkan oleh sirup

(<http://www.aidsindonesia.or.id>)

#### 2.4. Evaluasi

Setiap program dan intervensi memerlukan suatu mekanisme untuk mengevaluasi efektivitas program yang dilaksanakan. Evaluasi memberikan informasi yang berguna untuk penyempurnaan strategi program dan menyampaikan laporan program kepada pihak lain seperti pemerintah, lembaga yang memberikan dana maupun kepada masyarakat. Evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Hasil-hasil evaluasi dimaksudkan menjadi umpan balik untuk perencanaan kembali (FKM UI, DEPKES RI 1987). Berbagai umpan balik mengenai kemajuan, mendorong pertimbangan mengenai hasil-hasil serta menyediakan landasan bagi pekerja dan manager untuk melakukan pertimbangan mengenai strategi-strategi untuk masa yang akan datang.

Pelajaran yang didapat (*lesson learn*) ditampilkan ke permukaan oleh sebuah evaluasi, dan pelajaran-pelajaran ini, bersama-sama dengan sebuah pemahaman mengenai kemajuan nyata yang telah berhasil diraih dalam upaya mencapai tujuan-tujuan program, akan membantu dalam perencanaan program untuk masa yang akan datang. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 567/Menkes/SK/VIII/2006 Tanggal 2 Agustus 2006, sebuah evaluasi memungkinkan terjadinya perubahan, baik perubahan terhadap tujuan, sasaran serta strategi-strategi, dan memberikan alasan pembenar mengenai perubahan tersebut kepada masyarakat, para klien dan pemberi dana. Berbagai umpan balik mengenai kemajuan, mendorong

pertimbangan mengenai hasil-hasil serta menyediakan landasan bagi pekerja dan manager untuk melakukan pertimbangan mengenai strategi-strategi untuk masa yang akan datang.

#### **2.4.1. Definisi**

Menurut WHO, evaluasi adalah suatu cara yang sistematis untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan sekarang serta untuk meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan menyeleksi secara seksama alternatif-alternatif tindakan yang akan datang. Ini menyangkut analisa yang kritis mengenai berbagai aspek pengembangan dan pelaksanaan suatu program dan kegiatan-kegiatan yang membentuk program itu, relevansinya, rumusannya, efisiensinya, dan efektivitasnya, biayanya dan penerimaannya oleh semua pihak yang terlibat. Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi adalah proses bersistem dan obyektif yang menganalisa sifat dan ciri pekerjaan didalam perusahaan atau organisasi (FKM UI, DEPKES RI 1987).

Evaluasi adalah suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan, dan perencanaan suatu program melalui pemilihan secara seksama berbagai kemungkinan yang tersedia guna aplikasi selanjutnya (WHO). Menurut american Public Health Association yang dikutip oleh Azrul Azwar (1988 : 207), evaluasi adalah suatu proses menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut Firman B. Aji & S. Martin Sirait (1990 : 30) dikemukakan bahwa evaluasi adalah suatu usaha untuk mengukur dan

memberi nilai secara objektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya.

Definisi evaluasi berdasarkan Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006, merupakan sebuah proses yang terstruktur dan bertahap guna mengidentifikasi, mengumpulkan dan mempertimbangkan informasi. Hasil proses evaluasi akan membantu dalam memaparkan dan memahami tujuan, kemajuan serta hasil-hasil dari beragam jenis inisiatif pencegahan dan promosi. Evaluasi merupakan proses menganalisa informasi pada jangka waktu yang tetap, untuk menilai keefektifan dan mengukur akibat yang dihasilkan program serta bagian-bagiannya serta untuk memutuskan, sebagai respon, apakah rencana itu perlu diubah atau dihaluskan. Dengan demikian, pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon PKC Tg. Priok memerlukan evaluasi guna melihat apakah program tersebut telah dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan Pedoman Nasional.

#### **2.4.2. Peranan atau Manfaat**

Secara rinci peranan penilaian tersebut adalah apakah tujuan sudah tercapai, apakah sumber daya telah dialokasikan sesuai dengan kebutuhan, apakah prioritas yang ditetapkan sesuai dengan kebutuhan, dan apakah cara pengumpulan data memberikan info yang berguna atau tidak. Peranan penilaian yang demikian itu secara eksplisit tergambar pada definisi penilaian yakni suatu usaha untuk mengukur pencapaian suatu tujuan maupun keadaan tertentu dengan membandingkannya terhadap standar nilai yang telah ditentukan sebelumnya (FKM UI, DEPKES RI 1987).

Manfaat dari evaluasi berdasarkan Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006 dapat meliputi:

- a. Menciptakan pendekatan kewilayahan dengan saling berbagi informasi dengan program-program lainnya di wilayah tersebut.
- b. Menyediakan sebuah kesempatan untuk membuat program menjadi dapat diterima secara budaya (daripada selalu mengadopsi strategi dari program-program yang berlangsung di negara lain).
- c. Mendirikan kelompok-kelompok yang mampu membantu diri sendiri dengan mengumpulkan para *stakeholder* dan insitisi berbeda yang terlibat dengan program.
- d. Menyediakan penelitian sosial mengenai situasi tersebut.
- e. Menyediakan materi untuk diterbitkan.
- f. Menyediakan peluang-peluang untuk pembentukan jaringan dengan menggunakan informasi serta hasil dari evaluasi yang diselenggarakan secara lokal maupun internasional.

Dengan demikian maksud dan tujuan evaluasi pembangunan kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanan kesehatan, dan untuk mengarahkan alokasi sumber daya, tenaga, dan dana kepada program-program dan pelayanan kesehatan yang ada saat ini dan dimasa yang akan datang.

### **2.4.3. Tujuan Evaluasi**

Evaluasi program menurut Depkes RI, 1994, mempunyai beberapa tujuan antara lain:

- a. Untuk membantu perencanaan dimasa mendatang, jika kita bisa memperoleh informasi awal program yang sedang berjalan sehingga untuk perencanaan selanjutnya kita sudah mempunyai dasar.
- b. Untuk mengetahui apakah sarana yang tersedia (staf maupun fasilitas) dimanfaatkan sebaik-baiknya.
- c. Untuk menemukan kelemahan-kelemahan dari program baik segi teknis maupun administrasinya, sehingga bisa diadakan perbaikan dalam program selanjutnya.
- d. Untuk membantu menemukan strategi misalnya cara-cara yang dilakukan selama ini masih bisa diteruskan atau perlu diganti.
- e. Mendapatkan dukungan dalam bentuk dana maupun moril dari sponsor (pemerintah maupun swasta)
- f. Untuk motivasi. Apabila program berhasil, ini akan memberikan rasa puas dan bangga kepada para staf, sehingga hal ini akan mendorong mereka bekerja lebih giat
- g. Untuk memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu kegiatan atau program.
- h. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber daya (dana, tenaga, sarana).
- i. Sebagai alat memperbaiki kebijaksanaan pelaksanaan program yang akan datang.
- j. Untuk meningkatkan dan mengembangkan pelaksanaan program
- k. Untuk mengetahui faktor pendorong dan penghambat serta beberapa aspek pelaksanaan program.

#### 2.4.4. Langkah-Langkah Evaluasi

Agar evaluasi yang dilakukan mencapai tujuan sesuai dengan yang diharapkan, penilaian harus dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Menetapkan tujuan penelitian, yaitu menetapkan topik dan obyek yang akan dinilai
- b. Menetapkan standar nilai atau mengidentifikasi kriteria keberhasilan
- c. Menetapkan metode pengukuran
- d. Mengukur pelaksanaan
- e. Membandingkan dengan standar nilai
- f. Menyajikan hasil-hasil penilaian termasuk beberapa rekomendasi

Dengan demikian sebelum penilaian dilakukan, terlebih dahulu ditetapkan jenis dari program yang akan digunakan atau dengan kata lain bagian mana input, proses, output, outcome, dan dampak (FKM UI, DEPKES RI 1987).

Menurut WHO (1981 : 26), langkah-langkah evaluasi terdiri atas 9 langkah, yaitu:

1. Tahap penentuan hal yang akan dievaluasi  
Menentukan dahulu yang akan dinilai, dengan mempelajari program yang akan dinilai.
2. Tahap melengkapi keterangan yang dibutuhkan  
Mengumpulkan berbagai keterangan yang ada hubungannya dengan program, untuk itu perlu dipelajari secara cermat laporan-laporan yang ada berhubungan dengan pelaksanaan penilaian.
3. Tahap memeriksa hubungan antara keterangan dengan tujuan penilaian

Penyeleksian keterangan, buanglah keterangan yang tidak ada hubungannya dengan tujuan penilaian.

4. Tahap menilai kecukupan keterangan

Jika belum cukup, lakukan pengumpulan keterangan lagi, jika telah cukup lanjutkan ke tahap berikutnya.

5. Tahap menetapkan kemajuan program

Kemajuan program dapat dilihat dari keberhasilannya mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

6. Tahap menetapkan efektifitas program

Suatu program dianggap efektif jika dinilai dapat mengatasi masalah yang mendasari dilaksanakannya program tersebut.

7. Tahap menetapkan efisiensi program

Dikaitkan dengan besarnya dana yang dipergunakan untuk melaksanakan program

8. Tahap menetapkan dampak program

9. Tahap menarik kesimpulan dan menyusun saran

Langkah terakhir yang dilakukan adalah menarik kesimpulan serta menyusun saran-saran sesuai hasil penilaian.

Dalam mengevaluasi pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan (PTRM PKC) Tg. Priok, sebagian besar penulis mengacu kepada langkah-langkah evaluasi yang dikemukakan oleh WHO karena lebih terinci dan jelas serta tahapannya mudah diikuti. Selain itu tahapan evaluasinya telah dirancang sedemikian rupa untuk mengevaluasi program kesehatan khususnya sehingga hasil evaluasinya lebih dapat diterima.

Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006 menyebutkan bahwa untuk dapat melakukan evaluasi, perlu dilakukan proses pengumpulan data. Data yang dikumpulkan dapat digunakan untuk menghasilkan informasi yang bisa digunakan oleh pelaksana program. Pengumpulan data untuk monitoring dan evaluasi rutin program dilakukan oleh staf program. Informasi evaluasi akan membantu manager, koordinator dan staf program dalam menajajaki kembali intervensi itu atau program yang memayunginya, dan melakukan perubahan-perubahan yang diperlukan, untuk membuat kegiatan-kegiatan tersebut menjadi lebih sesuai dan tepat.

Informasi yang diperlukan mungkin bisa ditemukan pada catatan pendaftaran-pendaftaran, jadwal-jadwal untuk para pekerja, jurnal/catatan harian lapangan, buku keuangan, program *spreadsheet* komputer, catatan pertemuan, surat-menyurat program, laporan-laporan, dan lainnya. Laporan evaluasi memungkinkan untuk menunjukkan keberhasilan program. Sebagai contoh, bahwa sebuah intervensi tidak berlangsung sesuai dengan rencana dan/atau bahwa intervensi tersebut tidak menimbulkan dampak pada kelompok sasaran seperti yang diinginkan (Kepmenkes RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006). Laporan evaluasi dalam penelitian terangkum dalam komponen *output* (keluaran) meliputi kartu identitas khusus, surat persetujuan, lembar evaluasi klinis, lembar evaluasi psikologi dan psikososial, formulir registrasi, laporan harian, laporan bulanan, laporan enam bulanan, dan laporan tahunan dari pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pada tahun 2008.

Pentingnya pembuatan laporan evaluasi program terutama program terkait obat narkotika dijelaskan pada Undang-undang No.22 tahun 1997 pasal 11 ayat (2) yang menyatakan bahwa importir, eksportir, pabrik obat, pabrik farmasi, PBF, apotek

rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter, lembaga ilmu pengetahuan wajib membuat, menyampaikan, menyimpan laporan berkala setiap bulannya, dan paling lambat dilaporkan tanggal 10 bulan berikutnya. Laporan ini dilaporkan kepada Sudin Yankes dengan tembusan ke Balai Besar POM Provinsi setempat dan sebagai arsip ([www.informasi-obat.com](http://www.informasi-obat.com)).

#### **2.4.5. Jenis Evaluasi Program**

Menurut Azrul Azwar (1996), Evaluasi secara umum dapat dibedakan atas:

a. Evaluasi pada tahap awal program (Formative Evaluation)

Evaluasi dilakukan pada saat merencanakan suatu program. Tujuan utamanya ialah untuk meyakinkan bahwa rencana yang akan disusun benar-benar telah sesuai dengan masalah yang ditemukan, dalam arti dapat menyelesaikan masalah tersebut. Penilaian yang bermaksud mengukur kesesuaian program dengan masalah dan atau kebutuhan masyarakat. Ini sering disebut pula dengan studi peninjauan kebutuhan (need assessment).

b. Evaluasi pada tahap pelaksanaan program (Promotive Evaluation)

Evaluasi dilakukan pada saat program sedang dilaksanakan. Tujuan utamanya ialah untuk mengukur apakah program yang sedang dilaksanakan tersebut telah sesuai dengan rencana atau tidak, apakah terjadi penyimpangan-penyimpangan yang dapat merugikan pencapaian tujuan dari program tersebut. Pada umumnya ada dua bentuk evaluasi pada tahap pelaksanaan program yaitu pemantauan dan evaluasi berkala

c. Evaluasi pada tahap akhir program (Summative Evaluation)

Evaluasi dilakukan pada saat program telah selesai dilaksanakan. Tujuan utamanya untuk mengukur dampak (*impact*) yang dihasilkan.

Dari kedua macam penilaian akhir ini, diketahui bahwa evaluasi luaran lebih mudah daripada evaluasi dampak, karena pada evaluasi dampak diperlukan waktu yang sama.

#### 2.4.6. Ruang Lingkup

Untuk kepentingan praktis, Azrul Azwar (1988 : 227) membagi ruang lingkup evaluasi atas 4 (empat) kelompok, yaitu:

a. Evaluasi terhadap masukan / *Input*

Termasuk kedalam evaluasi terhadap masukan adalah menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber dana, sarana, tenaga, peralatan dan metode (5 M)

b. Evaluasi terhadap Proses / *Process*

Evaluasi terhadap proses dititikberatkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksud disini mencakup terhadap administrasi mulai dari perencanaan, pengorganisasian, dan pelaksanaan program.

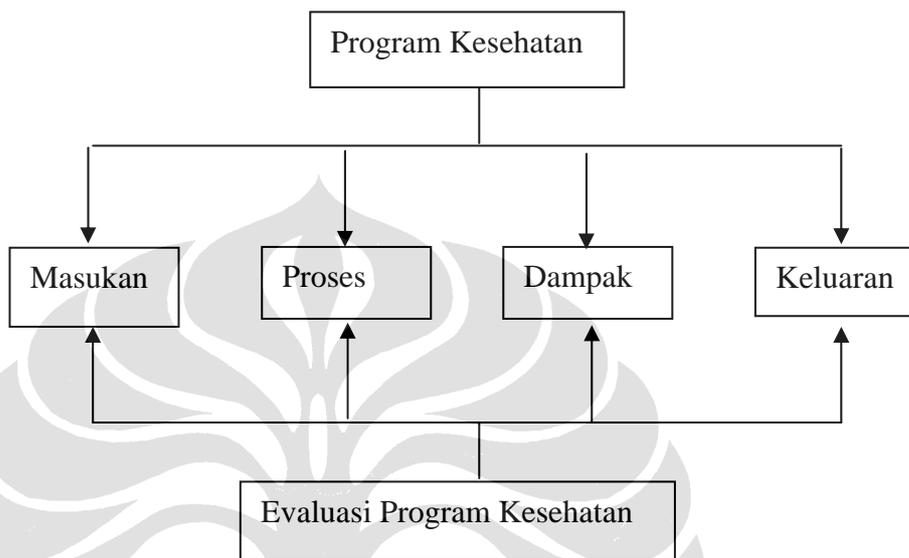
c. Evaluasi terhadap Keluaran / *Output*

Yang dimaksud dengan evaluasi terhadap keluaran adalah evaluasi terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program.

d. Evaluasi terhadap Dampak / *Impact*

Evaluasi terhadap dampak mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program.

Secara sederhana keempat ruang lingkup diatas dapat digambarkan dalam bagan sebagai berikut:



Berdasarkan teori tersebut, ruang lingkup penelitian yang dilakukan adalah evaluasi terhadap input, proses, dan output dari program PTRM PKC Tg. Priok, sedangkan evaluasi terhadap dampak tidak dilakukan.

Dengan melakukan evaluasi secara seksama, maka pandangan-pandangan yang berharga dapat diperoleh yang sangat berguna dalam memperbaiki perencanaan dan meningkatkan pekerjaan yang sedang dilaksanakan. Tanpa evaluasi, maka kesalahan-kesalahan yang timbul akan jadi semakin besar dan semakin sulit dipecahkan, yang dapat berakibat terhambatnya implementasi suatu perencanaan. Keberhasilan rencana kegiatan, rencana program dan rencana proyek hanya dapat dibuktikan dengan evaluasi. Dengan demikian evaluasi haruslah dikembangkan secara melembaga dan membudaya agar pelaksanaan kegiatan, program, dan proyek pembangunan dapat lebih berhasil, bermanfaat, dan berdayaguna. Bila evaluasi absen

dalam siklus manajemen proyek, kecenderungan untuk tidak berhasil akan semakin besar dan pengalaman-pengalaman tidak akan begitu bermanfaat untuk tujuan perbaikan dan penyempurnaan suatu perencanaan kembali (Solihin, 2000).

Selanjutnya hubungan antara perencanaan dengan evaluasi dapat digambarkan dengan sangat tepat dengan pernyataan bahwa evaluasi yang baik dapat dilaksanakan hanya apabila didasarkan pada rencana yang baik. Sebaliknya rencana yang baik tidak akan dapat diciptakan apabila tidak didasarkan atas umpan balik-umpan balik yang dihasilkan oleh evaluasi yang baik (FKM UI, DEPKES RI 1987).

Sama halnya dengan perencanaan, evaluasi juga adalah salah satu fungsi dalam siklus manajemen. Evaluasi adalah suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Hasil-hasil evaluasi dimaksudkan menjadi umpan balik untuk perencanaan kembali. Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi adalah proses bersistem dan obyektif yang menganalisa sifat dan ciri pekerjaan didalam perusahaan atau organisasi. Sama halnya dengan perencanaan, evaluasi juga adalah salah satu fungsi dalam siklus manajemen (FKM UI, DEPKES RI 1987).

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1. Kerangka Konsep Evaluasi

Variabel-variabel dalam kerangka konsep merupakan bagian dari komponen-komponen dalam Pedoman Nasional yang dikeluarkan Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 494/MENKES/SK/VII/2006 dan disusun berdasarkan pemilihan untuk memenuhi kebutuhan variabel-variabel yang akan diteliti.



Dalam menggambarkan pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Tanjung Priok pada tahun 2008 yang mengacu kepada Pedoman Nasional, dibuat 3 (tiga) komponen evaluasi terhadap:

- (a) Masukan (*input*), menyangkut sarana (lokasi, ruangan), prasarana (cahaya, limbah, tempat cuci tangan), peralatan (peralatan medik, peralatan non medik), SDM dan penetapan alur pasien sehubungan dengan pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pada tahun 2008.
- (b) Proses (*process*) pelaksanaan, menyangkut pengorganisasian, alur pasien, hari dan jam kerja pelayanan PTRM, kriteria keberhasilan PTRM, dan keamanan ketersediaan metadon di PTRM sehubungan dengan pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pada tahun 2008.
- (c) Keluaran (*output*), menyangkut pencatatan dan pelaporan berupa kartu identitas khusus, surat persetujuan, lembar evaluasi klinis, lembar evaluasi psikologi dan psikososial, formulir registrasi, laporan harian, laporan bulanan, laporan enam bulanan, dan laporan tahunan dari pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok pada tahun 2008.

### 3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
<b>MASUKAN (INPUT)</b>				
1. Sarana				
- Lokasi	Tempat atau keberadaan PTRM PKC Tg. Priok tahun 2008	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Baik, apabila telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Buruk, apabila tidak sesuai dengan Pedoman Nasional
- Ruangan	Sarana ruangan yang dimiliki PTRM PKC Tg. Priok, meliputi: ruang tunggu, pemeriksaan kesehatan, konseling individual, konseling kelompok, tempat memberikan metadon, penyimpanan sementara, penyimpanan metadon.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Sangat baik, apabila telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Baik, apabila memiliki sedikitnya 5 ruangan sesuai Pedoman Nasional 3. Cukup baik, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 ruangan sesuai Pedoman Nasional, dan pemberian pelayanan PTRM tidak terhambat 4. Buruk, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 ruangan sesuai Pedoman Nasional, dan pemberian pelayanan PTRM terhambat
2. Prasarana				
- Cahaya	Intensitas cahaya pada seluruh ruangan	Wawancara	Pedoman	1. Baik, apabila pencahayaan baik dan

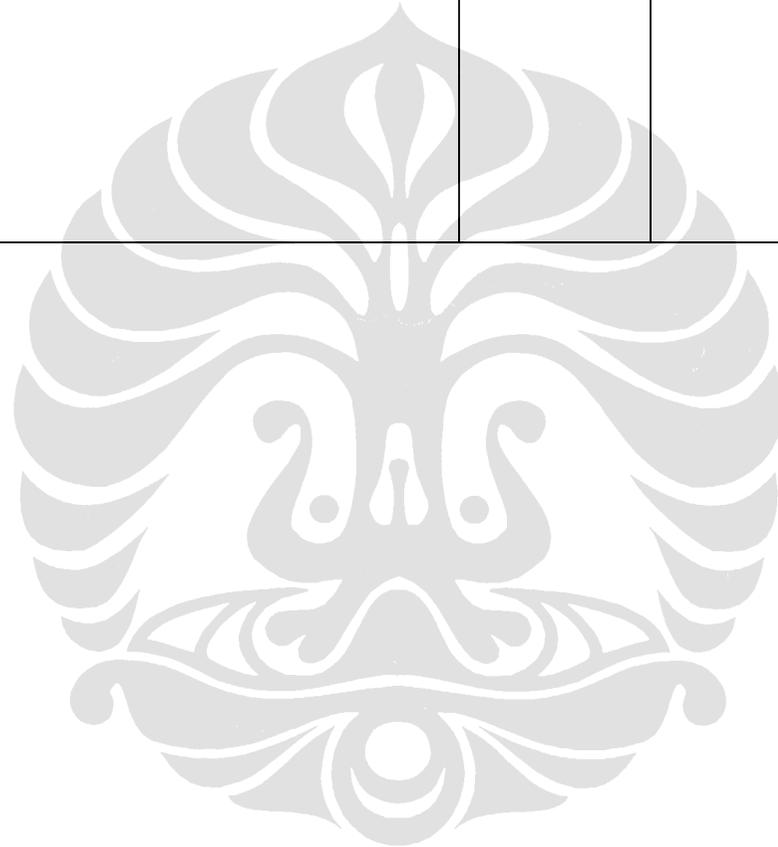
	PTRM meliputi cahaya listrik maupun cahaya matahari serta memiliki ventilasi yang memadai.	mendalam dan Observasi	wawancara mendalam dan pedoman observasi	ventilasi memadai 2. Buruk, apabila pencahayaan tidak baik dan ventilasi tidak memadai
- Limbah	Sarana pelayanan PTRM memiliki tatacara pembuangan limbah sesuai pedoman sanitasi rumah sakit.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Baik, apabila memiliki tatacara pembuangan limbah sesuai pedoman sanitasi rumah sakit 2. Buruk, apabila tidak memiliki tatacara pembuangan limbah sesuai pedoman sanitasi rumah sakit
-Tempat cuci tangan	Sarana yang digunakan untuk mencuci tangan dan mencuci gelas-gelas untuk minum metadon yang telah digunakan pasien, pada pelayanan PTRM sebagai salah satu upaya kewaspadaan baku dan kewaspadaan transmisi.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Baik, apabila terdapat tempat cuci tangan 2. Buruk, apabila tidak terdapat tempat cuci tangan
3. Peralatan				
- Peralatan medik	Peralatan kedokteran yang diperlukan untuk pelayanan PTRM, meliputi: pompa pengukur dosis untuk metadon, sediaan metadon, stetoskop, tensimeter, timbangan, tempat tidur periksa, peralatan pertolongan pertama.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Sangat baik, apabila telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Baik, apabila telah memiliki sedikitnya 5 peralatan medik sesuai pedoman nasional 3. Cukup baik, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 peralatan medik, dan pemberian pelayanan PTRM tidak terhambat 4. Buruk, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 peralatan

				medik, dan pemberian pelayanan PTRM terhambat
-Peralatan non medik	Peralatan yang bukan merupakan peralatan kedokteran yang diperlukan untuk pelayanan PTRM, meliputi: meja dan kursi, alat tulis kantor, komputer, telepon, gelas, botol kosong untuk dosis bawa pulang, tempat khusus untuk membawa sediaan metadon dari instalasi farmasi ke PTRM.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat baik, apabila telah sesuai dengan Pedoman Nasional</li> <li>2. Baik, apabila memiliki sedikitnya 5 peralatan non medik sesuai pedoman nasional</li> <li>3. Cukup baik, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 peralatan non medik, dan pemberian pelayanan PTRM tidak terhambat</li> <li>4. Buruk, apabila hanya memiliki kurang atau sama dengan 4 peralatan non medik, dan pemberian pelayanan PTRM terhambat</li> </ol>
4. SDM	Sumber daya manusia yang terlibat dalam pemberian pelayanan PTRM yang telah dilatih keterampilannya untuk terapi substitusi metadon dan dinyatakan mampu.	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat baik, apabila SDM PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional</li> <li>2. Baik, apabila SDM sedikitnya terdiri dari 7 multidisiplin ilmu sesuai Pedoman Nasional</li> <li>3. Cukup baik, apabila SDM hanya terdiri dari kurang atau sama dengan 6 multidisiplin ilmu sesuai Pedoman Nasional, dan pemberian pelayanan PTRM tidak terhambat</li> <li>4. Buruk, apabila SDM terdiri dari hanya memenuhi kurang atau sama dengan 6 multidisiplin ilmu sesuai Pedoman Nasional, dan pemberian</li> </ol>

				elayanan PTRM terhambat
Kompetensi	Kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang dokter umum/spesialis untuk terapi substitusi metadon dan konseling HIV/AIDS dalam pemberian pelayanan PTRM.	Wawancara mendalam dan observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik, apabila penilaian informan (bukan dokter) dan berdasarkan observasi, secara umum dokter PTRM telah memiliki kompetensi yang baik</li> <li>2. Cukup baik, apabila penilaian informan (bukan dokter) dan berdasarkan observasi, secara umum dokter PTRM telah memiliki kompetensi yang cukup baik</li> <li>3. Kurang baik, apabila penilaian informan (bukan dokter) dan berdasarkan observasi, secara umum dokter PTRM telah memiliki kompetensi yang kurang baik</li> </ol>
5. Alur Pasien	Penetapan rangkaian kegiatan yang harus dilakukan pasien dalam menerima pelayanan PTRM.	Telaah dokumen	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada</li> <li>2. Tidak ada</li> </ol>
<b>PROSES (PROCESS)</b>				
1. Pengorganisasian	Pembagian kerja dan pelimpahan wewenang yang dilakukan untuk melakukan pekerjaan demi tercapainya tujuan yang telah ditentukan dengan tanggungjawab kepada pimpinan yang menjadi pusat kegiatan.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik, apabila pengorganisasian PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional</li> <li>2. Cukup, apabila dua hal pengorganisasian PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional</li> <li>3. Buruk, apabila hanya satu hal pengorganisasian PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional</li> </ol>
2. Alur pasien	Rangkaian kegiatan yang dilakukan	Wawancara	Pedoman	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baik, apabila alur pasien telah</li> </ol>

	pasien dalam menerima pelayanan PTRM.	mendalam dan Observasi	wawancara mendalam dan pedoman observasi	sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Buruk, apabila alur pasien tidak sesuai dengan Pedoman Nasional
3. Hari Kerja Pelayanan PTRM	Waktu atau hari yang digunakan dalam pemberian pelayanan PTRM PKC Tg. priok	Wawancara mendalam dan Observasi	Pedoman wawancara mendalam dan pedoman observasi	1. Baik, apabila waktu pelaksanaan pelayanan PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Buruk, apabila waktu pelaksanaan pelayanan PTRM tidak sesuai dengan Pedoman Nasional
4. Kriteria Keberhasilan PTRM	Ukuran yang menjadi dasar penilaian keberhasilan PTRM meliputi angka pasien <i>droup out</i> , jumlah tes air seni sewaktu-waktu, jumlah pasien yang bekerja, sekolah atau mempunyai kegiatan yang tetap, dan kondisi kesehatan pasien yang lebih baik.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam	1. Sangat baik, apabila keberhasilan PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Baik, apabila tiga keberhasilan PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional 3. Cukup baik, apabila dua atau satu keberhasilan PTRM telah sesuai dengan Pedoman Nasional 4. Buruk, apabila tidak ada satu keberhasilan PTRM yang sesuai dengan Pedoman Nasional
5. Keamanan Ketersediaan Metadon di PTRM	Keadaan atau tindakan yang dilakukan untuk melindungi dan menjaga keamanan serta menjaga ketersediaan metadon di PTRM PKC Tg.Priok.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam	1. Sangat baik, apabila keamanan ketersediaan metadon telah sesuai dengan Pedoman Nasional 2. Baik, apabila 6 keamanan ketersediaan metadon telah sesuai dengan Pedoman Nasional

				<p>3. Cukup baik, apabila hanya kurang atau sama dengan 6 keamanan ketersediaan metadon telah sesuai dengan Pedoman Nasional, dan pemberian pelayanan PTRM tidak terhambat</p> <p>4. Buruk, apabila hanya kurang atau sama dengan 6 keamanan ketersediaan metadon telah sesuai dengan Pedoman Nasional, dan pemberian pelayanan PTRM terhambat</p>
--	--	--	--	--



<b>KELUARAN (OUTPUT)</b>				
1. Kartu Identitas Khusus	Kartu yang dimiliki pasien sebagai identitas pasien yang terdaftar secara resmi di PTRM PKC Tg. Priok.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai pedoman nasional 2. Ada dan tidak sesuai pedoman 3. Tidak ada
2. Surat persetujuan	Surat berupa persetujuan pasien untuk mengikuti PTRM beserta kegiatannya tanpa paksaan.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai pedoman nasional 2. Ada dan tidak sesuai pedoman 3. Tidak ada
3. Lembar Evaluasi Klinis	Lembar isian yang harus diisi oleh dokter/psikiater yang bertugas pada saat penerimaan awal dan pada setiap konseling selama pasien masih tetap mengikuti program PTRM.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai pedoman nasional 2. Ada dan tidak sesuai pedoman 3. Tidak ada
4. Lembar Evaluasi Psikologi dan Psikososial	Lembar isian yang harus diisi dokter/psikiater yang berisi tentang psikologi dan psikososial pasien PTRM.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai pedoman nasional 2. Ada dan tidak sesuai pedoman 3. Tidak ada
5. Formulir Registrasi	Formulir yang dibuatkan untuk setiap pasien PTRM berupa kartu registrasi metadon, di mana tertulis nama pasien, tanggal, dosis, dan tanda tangan pasien sesudah menerima dosis.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai Pedoman Nasional 2. Ada dan tidak sesuai Pedoman Nasional 3. Tidak ada
6. Laporan Harian	Laporan PTRM yang bersifat harian yang harus diisi oleh petugas dan dilakukan dalam buku log atau catatan oleh perawat yang bertugas.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada dan sesuai Pedoman Nasional 2. Ada dan tidak sesuai Pedoman Nasional 3. Tidak ada
7. Laporan Bulanan	Laporan PTRM yang dibuat setiap bulan yang merupakan rekapan laporan harian.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	1. Ada 2. Tidak ada

		dan telaah dokumen	mendalam	
8. Laporan Enam Bulanan	Laporan PTRM yang dibuat setiap enam bulan yang merupakan rekapan laporan bulanan.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada 2. Tidak ada
9. Laporan Tahunan	Laporan PTRM yang dibuat setiap tahun yang merupakan rekapan bulanan dan menjadi evaluasi tahunan.	Wawancara mendalam dan telaah dokumen	Pedoman wawancara mendalam	1. Ada 2. Tidak ada

