

METHADONE



PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON DI INDONESIA

Nurfadhilah

ISBN: 978-602-6708-34-2

KATA PENGANTAR

HIV dan AIDS masih merupakan masalah yang semakin besar dan mendesak untuk dikendalikan. *Harm reduction* merupakan intervensi untuk menekan penularan HIV selain dari sisi *supply side* dan *demand side*.

Buku ini merupakan pengayaan pembelajaran yang disajikan bagi peserta didik yang mempelajari kesehatan reproduksi, disusun berdasarkan rangkaian penelitian dan kajian tentang dengan topik khusus Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) sabagai bagian dari upaya *harm reduction* di Indonesia.

Setelah mempelajari buku ini, peserta didik diharapkan memahami apa dan bagaimana PTRM, potensi masalah dalam pelaksanaan PRTM di Indonesia, peran petugas dan manajemen klinik, serta situasi yang dihadapi klien PTRM.

Penyusun mengharapkan buku ini dapat membantu peserta didik dalam memahami keberadaan PTRM di Indonesia, dan mampu merancang dan mengembangkan PTRM dalam *harm reduction* sesuai kebutuhan khalayak sasaran. Kritik dan saran dapat disampaikan secara langsung kepada penyusun atau melalui saluran komunikasi yang tersedia.

Agustus 2017

Nurfadhilah

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB 1	
SITUASI HIV dan AIDS DI INDONESIA	1
BAB 2	
NAPZA, SEBUAH FENOMENA PENYAKIT SOSIAL KEMASYARAKATAN.....	11
BAB 3	
URGENSI PROGRAM KHUSUS PENANGANAN NAPZA	20
BAB 4	
MENGENAL RUMATAN METADON LEBIH DEKAT.....	29
BAB 5	
SITUASI PROGRAM RUMATAN METADON DI INDONESIA.....	49

BAB 1

SITUASI HIV dan AIDS DI INDONESIA

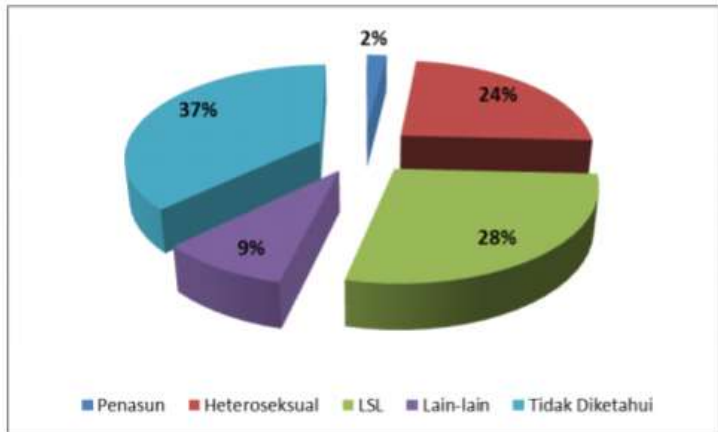
Epidemi *human immunodeficiency virus* (HIV) dan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat utama di dunia. Sejak pertama kali ditemukan di Indonesia pada 1987 sampai Maret 2016, HIV dan AIDS tersebar di 407 (80%) dari 507 kabupaten/kota. Kasus terbanyak dilaporkan berturut-turut di provinsi DKI Jakarta, Jawa Timur, Papua, Jawa Barat, dan Jawa Tengah (Kemenkes, 2017). Data ini menunjukkan bahwa relatif kejadian/kasus HIV dan AIDS muncul di mana saja, urban maupun rural, pesisir pantai maupun pegunungan. Mobilitas masyarakat dengan perilaku masing-masing memungkinkan penyebaran kasus tersebut.

Penggunaan istilah HIV dan AIDS sesungguhnya dimaksudkan untuk menghindari stigma dan diskriminasi. Sebelumnya istilah yang digunakan yaitu HIV/AIDS memperlihatkan seolah-olah pengidap HIV sama dengan pasien yang sudah sampai pada tahap AIDS. Kebanyakan perilaku diskriminatif bahkan juga dilakukan petugas kesehatan secara sadar maupun tidak sadar.

Perkembangan kasus HIV AIDS di Indonesia pada triwulan I 2017 memperlihatkan jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai Maret 2017 sebanyak 242.699 kasus dan AIDS 87.453 kasus. Persentase infeksi HIV tertinggi pada kelompok usia produktif yaitu 20-29 tahun (31,4 %) diikuti kelompok usia 30-39 tahun (30,6%). Rasio HIV antara laki laki dan perempuan 56:32 (Kemenkes, 2017). Hal ini memperlihatkan betapa HIV dan AIDS banyak terjadi pada kelompok usia produktif yang pada akhirnya sangat berdampak pada situasi sosial dan financial masyarakat dan negara.

Faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko heteroseksual (68%), dan pengguna jarum suntik tidak steril pada pengguna NAPZA suntik (penasun-11%), diikuti homoseksual (4%) dan perinatal (3%). Layanan HIV AIDS yang aktif melaporkan data layanan 3.450 layanan konseling dan tes HIV sukarela, 92 layanan program terapi rumatan metadon (PTRM) serta 252 layanan pencegahan penularan dari ibu ke anak (PPIA) (Kemenkes, 2017). Situasi ini memperlihatkan 'keberhasilan' relative pada berbagai populasi kunci (penasun, Lesbian, Gay, Biseksual, Transgender, dan Intersex-LGBTI serta pekerja seks) dengan berbagai intervensi yang dilakukan pemerintah.

Gambar 1. Persentase Infeksi HIV yang dilaporkan menurut Faktor Risiko Januari- Maret 2017



Sumber: Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017.

Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu infeksi oleh salah satu dari dua jenis virus secara progresif merusak sel sel darah putih, menyebabkan AIDS dan penyakit lain sebagai akibat dari gangguan kekebalan tubuh. HIV termasuk golongan virus yang khusus. Sekali saja virus itu masuk ke dalam tubuh manusia, dia akan hidup di sel darah putih, memakannya dan menjadikannya sebagai tempat reproduksi. Seluruh sel darah putih terbunuh dalam proses reproduksi ini pada akhirnya, khususnya tipe sel darah putih yang berguna untuk melindungi tubuh dari penyakit yaitu CD4. Normalnya, orang yang sehat

memiliki sekitar 450 hingga 1200 sel CD4 dalam setiap milimeter kubik darah (Kemdiknas, 2009).

Sindrom imunodefisiensi yang didapat (AIDS-Acquired Immune Deficiency Syndrome) diartikan sebagai bentuk paling berat dari keadaan sakit terus menerus yang berkaitan dengan infeksi human immunodeficiency virus (Kemdiknas, 2009). HIV tergolong kedalam virus yang dikenal sebagai retrovirus yang menunjukkan bahwa virus tersebut memberi materi genetiknya dalam asam ribonukleat (RNA) dan bukan dalam deosiribonukleat (DNA). AIDS adalah sindroma penyakit yang pertama kali dikenal pada tahun 1981. Sindroma ini menggambarkan tahap akhir dari infeksi HIV, beberapa minggu hingga beberapa bulan sesudah terinfeksi. Orang yang terinfeksi mungkin tidak menunjukkan tanda atau simtom selama beberapa bulan atau tahun sebelum manifestasi klinis lain muncul. Berat ringannya infeksi “oportunistik” atau munculnya kanker setelah terinfeksi HIV secara umum terkait langsung dengan kerusakan sistem kekebalan tubuh yang diakibatkannya.

Terdapat 2 tipe umum HIV, HIV-1 dan HIV-2, saat ini yang paling banyak bertanggung jawab atas kejadian AIDS yaitu HIV-1 (Lyon dan D’Angelo, 2006). HIV 1 paling banyak ditemukan di daerah barat, Eropa, Asia dan Afrika Tengah, Selatan dan timur. HIV 2 terutama di Afrika barat. Virus HIV menginfeksi host

masuk ke dalam limfosit. Materi genetik virus dimasukkan ke dalam DNA sel terinfeksi. Didalam sel virus berkembangbiak dan pada akhirnya menghancurkan sel serta melepaskan partikel virus yang baru. Partikel virus yang baru kemudian menginfeksi limfosit lainnya dan menghancurkannya. Virus menempel pada limfosit yang memiliki suatu reseptor protein yang disebut CD4, terdapat di selaput bagian luar. Sel-sel yang memiliki reseptor CD4 biasanya disebut sel CD4+ atau limfosit T penolong. Limfosit T penolong berfungsi mengaktifkan dan mengatur sel sel lainnya pada sistem kekebalan (misalnya makrofag, limfosit B dan limfosit T sitotoksik), yang kesemuanya membantu menghancurkan sel sel ganas dan organism asing. Infeksi HIV menyebabkan hancurnya limfosit T penolong, sehingga terjadi kelemahan sistem tubuh dalam melindungi dirinya terhadap infeksi dan kanker.

Penularan HIV terjadi melalui kontak dengan cairan tubuh yang mengandung partikel virus. Termasuk cairan tubuh yaitu darah, semen (cairan sperma), cairan vagina, cairan serebrospinal dan susu ibu serta dalam konsentrasi yang lebih kecil terdapat dalam air mata, air kemih dan air ludah. Laporan triwulanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PP dan PL) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) bulan Juni 2011

menunjukkan jumlah kasus *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) dengan faktor risiko transmisi perinatal (dari ibu dengan HIV ke bayinya) sebanyak 742 kasus. Angka ini menunjukkan peningkatan dua kali lebih tinggi dibandingkan tiga tahun sebelumnya yang hanya 351 kasus. Kenaikan kasus HIV pada bayi ini terjadi seiring dengan kenaikan kasus AIDS pada perempuan, yakni dari 20% pada tahun 2007, 25% pada tahun 2008, menjadi 27% pada tahun 2011. Meningkatnya proporsi kasus AIDS pada perempuan ini menunjukkan epidemi AIDS di Indonesia makin meningkat dan dipastikan akan meningkatkan jumlah bayi terinfeksi HIV di masyarakat (Muhaimin dan Besral, 2011).

HIV dapat ditularkan melalui jarum suntik yang terkontaminasi virus dengan pemakaian bersama-sama. Pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis positif HIV menggunakan tes yang disebut tes ELISA (*enzymelinked immunosorbent assay*). Jika tes ELISA menunjukkan hasil positif, perlu dikonfirmasi dengan menggunakan pemeriksaan yang lebih spesifik, misalnya Western blot (Lyon dan D'Angelo, 2006).

HIV dan AIDS saat ini sudah bukan menjadi masalah kesehatan semata melainkan juga menyangkut keagamaan, sosial, ekonomi, politik, dan keamanan, sehingga menjadi ancaman yang serius bagi negara. Oleh karena itulah upaya

penanggulangannya perlu dilakukan secara luas, komprehensif dan terintegrasi. Respon tantangan ke depan semakin tidak ringan seperti selain komitmen pencapaian target nasional dan internasional, tuntutan akan mutu layanan, kemudahan akses layanan, eksternalitas desentralisasi, transparansi dan akuntabilitas, ekspansi dan kesinambungan program merupakan tantangan yang harus direspon secara efektif dan efisien. Begitu pula HIV AIDS yang disebabkan oleh Injecting Drug Users atau pengguna NAPZA suntik (penasun). Pintu masuk penularan berbagai penyakit di kalangan penasun melalui penggunaan jarum suntik bersama. Sehingga upaya pengurangan jarum bersama menjadi kunci intervensi program penanggulangan HIV AIDS, melalui pendistribusian jarum suntik gratis. Jumlah jarum suntik baru yang dipakai antara 30-120 buah per bulan. Akses jarum suntik sangat mudah. Hampir sebagian besar jarum diperoleh secara gratis dari pihak LSM. Namun, ada pula yang mengaku sedikit jarum suntik yang dibeli. Fakta di lapangan, praktek penggunaan jarum bersama masih ada, walaupun telah ada program LASS (Layanan Alat Suntik Steril). Kebanyakan mereka pakai suntik bersama dengan 2-3 orang (BNN, 2015). Program LASS sendiri sebenarnya menyediakan bukan hanya alat suntik, melainkan juga dilengkapi dengan pemberian kondom gratis. Namun demikian, pengguna umumnya tidak

memanfaatkan kondom sehingga persediaannya menumpuk di gudang bahkan hingga masa kadaluarsanya lewat. Mereka beralasan bahwa penggunaan narkoba suntik umumnya bersifat depresan sehingga justru menurunkan hasrat seksual. Padahal, kenyataannya pengguna juga umumnya tidak menggunakan hanya 1 jenis NAPZA, namun beberapa jenis pada saat tertentu dan biasanya juga tidak memakai sendirian. Kenyataan bahwa terjadi penurunan kesadaran dan bahwa rekan sesama pengguna menggunakan multidrug atau NAPZA yang bersifat stimulant misalnya, relative tidak disadari.

UN World Drug Report 2016 menyebutkan angka prevalensi pengguna NAPZA di dunia sejak 2011 sampai 2015 stagnan di angka 2,5% (UNODC, 2016). PBB juga menyebutkan bahwa terdapat 247 juta orang di dunia yang menjadi penyalah guna NAPZA (Fathurrohman, 2017). Sebanyak 12 juta orang merupakan pengguna NAPZA suntik (penasun) yang 1,6 juta di antaranya hidup dengan HIV, 6,1 juta hidup dengan Hepatitis C, dan 1,3 juta mengidap keduanya (UNODC, 2017).

Jumlah pengguna obat-obat terlarang di Indonesia terus meningkat terutama di kalangan remaja dan kelompok dewasa muda. Indonesia dinyatakan sebagai darurat NAPZA, dengan 4 juta pengguna NAPZA atau 2,18% dari penduduk berusia 10-58 tahun (BNN, 2017). Menurut estimasi Departemen Kesehatan

pada tahun 2006 terdapat antara 191.000 sampai 248.000 penasun di Indonesia. Badan Narkotika Nasional (BNN) menunjuk kepada angka 508.000 pada tahun yang sama. Penasun masih terkonsentrasi di daerah perkotaan di Jawa dan kota-kota provinsi di luar Jawa. Hal ini sangat mengkhawatirkan karena penularan HIV di sub-populasi ini tinggi dan terus meningkat. Masalah menjadi semakin sulit karena ketidakpedulian akan bahaya tertular seperti ditunjukkan hasil survei perilaku tahun 2002 sekitar dua per tiga penasun yang menyatakan bahwa mereka tidak memiliki resiko terinfeksi juga menyatakan bahwa mereka telah menggunakan peralatan secara bersama-sama dalam minggusebelumnya pada survei yang sama. Data Survei Cepat Perilaku (SCP) menunjukkan bahwa upaya mengubah perilaku penasun relatif berhasil (KPAN, 2013). Perilaku yang diintervensi yaitu penggunaan jarum suntik steril yang diberikan secara gratis baik pada layanan kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat, hingga pada *hot spot* dengan *community outreach* yang dilakukan.

Area program penanggulangan HIV dan AIDS yaitu pada upaya pencegahan (transmisi seksual, transmisi jarum suntik dan warga peduli AIDS), perawatan, dukungan dan pengobatan, mitigasi dan lingkungan yang kondusif. Meskipun upaya sudah dilaksanakan tetapi berbagai permasalahan di lapangan masih

ditemukan diantaranya dengan semakin meningkatnya kejadian kasus HIV dan AIDS, hal ini kemungkinan dikarenakan kurang optimalnya integritas program penanggulangan HIV dan AIDS antara instansi/lembaga terkait. Oleh sebab itu, tetap perlu dilakukan penelitian dan intervensi program penanggulangan HIV dan AIDS.

BAB 2

NAPZA, SEBUAH FENOMENA PENYAKIT SOSIAL KEMASYARAKATAN

Pada umumnya NAPZA merupakan ancaman bagi kaum remaja. Karena remaja berusia 14-17 tahun sedang mengalami perkembangan fisik, psikologi maupun sosial yang pesat yang dapat merupakan pencetus remaja mencoba, menggunakan bahkan kecanduan NAPZA. Pertumbuhan fisik yang cepat membentuk ciri utama yaitu mereka merasa sudah bukan anak kecil lagi namun sesungguhnya mereka belum dewasa baik secara mental, emosional maupun spiritual. Mereka sangat ingin tampil layaknya orang dewasa bahkan ingin memperoleh identitas pribadi. Namun pada kenyataannya mereka mudah ikut trend dan terbawa teman dalam pergaulan sehari-hari. Apalagi bila orangtua terlalu menuntut tanggung jawabnya sebagai orang yang dewasa maka dapat menimbulkan kecemasan dan kebingungan dalam diri mereka. Kemampuan intelektual yang berkembang pesat menimbulkan rasa ingin tahu mereka yang besar sekali termasuk ingin mencoba-coba NAPZA. Misalnya merokok dan menghisap ganja. Pada umumnya merokok dan minum alkohol dipandang sebagai lambing kedewasaan. Keinginan mengurangi ikatan secara emosional dengan orangtua membuat remaja sering berbohong terutama jika sedang

menghadapi kesulitan (*personal fable*). Bila faktor pengawasan orangtua amat berkurang maka gerak-gerik mereka kurang terawasi dengan baik.

Dalam menghadapi perubahan sosial khususnya dalam upaya melonggarkan ikatan orang tua, remaja kerap membutuhkan teman sebaya, termasuk lawan jenisnya. Remaja sangat bangga jika berkelompok walaupun ada aturan atau norma yang tidak baik yang sulit ditolaknya. Namun, walaupun berkelompok mereka belum memiliki mental yang kuat untuk menghadapi tekanan persaingan dan monotonnya kehidupan sehari-hari. NAPZA terlihat sangat menarik, menyenangkan dan seolah-olah menjadi jalan pintas untuk melarikan diri dari keadaan stress dan kebosanan sehari-hari. Alkohol dan ganja tidak hanya digunakan untuk rekreasi akhir pekan namun juga dipakai sepanjang pekan. Begitu pula dengan shabu atau metamphetamine dan heroin sudah jadi akrab dan terkenal di kalangan remaja.

Remaja yang banyak mengonsumsi NAPZA sangat memprihatinkan karena selain merusak masa depan, juga berdampak pada proses belajar dan tidak fokus dalam belajar di sekolah. Salah satu cara menyikapi masalah itu menurutnya dengan meningkatkan iman dan takwa kepada Tuhan dalam kehidupan sehari-hari sehingga mempunyai benteng diri yang

kuat. Selain itu penuh kesadaran diri remaja yang bersangkutan sehingga lambat laun kebiasaan buruk itu dapat diantisipasi semaksimal mungkin.

Narkotika berasal dari bahasa Yunani yaitu *Narkoun* yang berarti membuat lumpuh atau mati rasa. Menurut Undang-undang RI No. 35/2009 ditetapkan sebagai zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Undang-Undang ini memberi batasan penyalahgunaan narkotika adalah orang yang menggunakan narkotika tanpa hak atau melawan hukum. Pasal 4 menyatakan bahwa Undang-Undang tentang Narkotika bertujuan salah satunya menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah Guna dan pecandu Narkotika (Undang-Undang RI nomor 35/2009). Pecandu narkotika wajib menjalankan pengobatan dan atau perawatan.

NAPZA merupakan singkatan dari Narkotika dan Obat/Bahan berbahaya yang telah populer beredar di masyarakat perkotaan maupun di pedesaan, termasuk bagi aparat hukum. Sebenarnya dahulu kala masyarakat juga mengenal istilah madat sebagai sebutan untuk candu atau

opium, suatu golongan narkotika yang berasal dari getah kuncup bunga tanaman Poppy yang banyak tumbuh di sekitar Thailand, Myanmar dan Laos (*The Golden Triangle*) maupun di Pakistan dan Afganistan. Selain NAPZA, istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Departemen Kesehatan RI adalah NAPZA yaitu singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya. Semua istilah ini sebenarnya mengacu pada sekelompok zat yang umumnya mempunyai risiko yang oleh masyarakat disebut berbahaya yaitu kecanduan (adiksi).

Sebenarnya narkotika yang digunakan sebagai terapi nyeri dalam dunia kedokteran tidak banyak menimbulkan masalah namun penyalahgunaannya selalu membawa persoalan serius karena di samping merusak kesehatan juga berdampak kerugian ekonomi serta menimbulkan masalah sosial dan moral.

Penggolongan NAPZA dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Narkotika yaitu zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, menghilangkan atau mengurangi rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009, narkotika dibagi menurut potensi yang menyebabkan ketergantungannya adalah sebagai berikut:

- a. Narkotika golongan I, yaitu berpotensi sangat tinggi menyebabkan ketergantungan, tidak digunakan untuk terapi (pengobatan). Contoh: heroin, kokain, dan ganja. Putauw adalah heroin tidak murni berupa bubuk.
 - b. Narkotika golongan II, yaitu berpotensi tinggi menyebabkan ketergantungan. Digunakan pada terapi sebagai pilihan terakhir. Contoh: morfin, petidin, dan metadon.
 - c. Narkotika golongan III, yaitu berpotensi ringan menyebabkan ketergantungan dan banyak digunakan dalam terapi. Contoh: kodein.
2. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat dan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Psikotropika dibagi menurut potensi yang dapat menyebabkan ketergantungan yaitu sebagai berikut:
- a. Psikotropika golongan I, sangat kuat menyebabkan ketergantungan dan tidak digunakan dalam terapi. Contoh: MDMA (ekstasi), LSD, dan STP.
 - b. Psikotropika golongan II, kuat menyebabkan ketergantungan, digunakan sangat terbatas pada

terapi. Contoh: amfetamin, metamfetamin (sabu), fensiklidin, dan ritalin.

- c. Psikotropika golongan III, potensi sedang menyebabkan ketergantungan, banyak digunakan dalam terapi. Contoh: pentobarbital dan flunitrazepam.
- d. Psikotropika golongan IV, potensi ringan menyebabkan ketergantungan dan sangat luas digunakan dalam terapi. Contoh: diazepam, klobazam, fenobarbital, barbital, klorazepam, klordiazepoxide, dan nitrazepam (Nipam, pil BK/Koplo, DUM, MG, Lexo, Rohyp, dan lain-lain).

3. Zat Adiktif Lain adalah zat/bahan lain bukan narkotika atau psikotropika yang penggunaannya dapat menimbulkan ketergantungan. Yang sering disalahgunakan adalah sebagai berikut:

- a. Alkohol, terdapat pada berbagai jenis minuman keras.
- b. Inhalansia/solven, yaitu gas atau zat yang mudah menguap yang terdapat pada berbagai keperluan pabrik, kantor, dan rumah tangga.
- c. Nikotin, terdapat pada tembakau.

- d. Kafein pada kopi, minuman penambah energi dan obat sakit kepada tertentu.

Sepanjang tahun 2015 BNN telah mengungkap sebanyak 102 kasus Narkotika dan TPPU yang merupakan sindikat jaringan nasional dan internasional. Kasus-kasus yang telah diungkap melibatkan 202 tersangka yang terdiri dari 174 WNI dan 28 WNA. BNN menyita barang bukti sejumlah 1.780.272,364 gram sabu kristal; 1.200 mililiter sabu cair; 1.100.141,57 gram ganja; 26 biji ganja; 95,86 canna chocolate; 303,2 gram happy cookies; 14,94 gram hashish; 606.132 butir ekstasi; serta cairan prekursor sebanyak 32.253 mililiter dan 14,8 gram. Sedangkan dalam kasus TPPU total asset yang berhasil disita oleh BNN senilai Rp 85.109.308.337 (BNN, 2015).

Tahun 2017 bahkan angka temuan NAPZA semakin banyak. Sebagai contoh Badan Narkotika Nasional (BNN) kembali menggelar pemusnahan barang bukti narkotika, Selasa 22 Agustus di halaman parkir gedung BNN Cawang, Jakarta Timur. Sebanyak 60.026,3 gram sabu, 24.956 gram daun kath, serta 144 butir ekstasi dibakar pada pemusnahan barang bukti ke delapan tahun ini setelah disisihkan guna keperluan laboratorium. Barang bukti tersebut merupakan hasil dari tujuh kasus tindak pidana narkotika yang ditangani BNN pada bulan Juli dan awal Agustus 2017 (BNN, 2017). Hal ini menunjukkan betapa Indonesia berada

dalam kondisi darurat dan sangat membutuhkan kesadaran semua pemangku kepentingan untuk ikut serta menjaga generasi dari ancaman NAPZA.

Gambar 2. Tersangka dan barang bukti NAPZA



Sumber: ANTARA FOTO/M Agung Rajasa

Selain itu, pada tahun ini BNN juga menemukan 2 jenis zat baru (*NPS-new psychoactive substances*) yaitu CB-13 dan 4-klorometkatinon. Sehingga total NPS yang telah ditemukan BNN hingga akhir tahun 2015 yakni sebanyak 37 jenis (BNN, 2015). Jumlah NPS pada 2009 sebanyak 166 jenis bahkan meningkat tajam menjadi lebih dari 600 jenis pada awal 2016 menurut laporan UNODC (Nurhidayat, 2016).

Gambar 3. *New Psychoactive Substances*



Bath Salt
Sumber: Nurhidayat, 2016



Ganja Sintetik/ Spice/K2

BAB 3

URGENSI PROGRAM KHUSUS PENANGANAN NAPZA

Dampak penyalahgunaan NAPZA, penggunaan NAPZA yang dilakukan tidak untuk maksud pengobatan, tetapi karena ingin menikmati pengaruhnya, dalam jumlah berlebih yang secara kurang teratur, dan berlangsung cukup lama, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, mental, dan kehidupan sosialnya. Penyalahgunaan NAPZA merupakan perilaku manusia, bukan semata-mata masalah zat atau NAPZA itu sendiri. Sebagai masalah perilaku, banyak variabel yang mempengaruhinya.

Para pecandu NAPZA, ibaratnya hidup dalam lingkaran setan. Dalam waktu singkat, mereka akan kehilangan kendali dan terjebak dalam tuntutan yang terus-mendesak, istilahnya *craving* atau ketagihan. Setiap kali, dosisnya harus ditambah agar kebutuhan akan perasaan bahagia, seolah berada di awang-awang dan penuh fantasi, tetap terpenuhi. Akibatnya tentu fatal. Mula-mula pecandu akan mengalami kesulitan sosial, keuangan, dan kesehatan. Jika kebutuhan NAPZA terus meningkat, mereka bisa meninggal dunia karena *over dosis* (OD).

Risiko lain yang mengancam pecandu dan pengguna NAPZA yaitu keinginan dan kejadian bunuh diri serta pola kepribadian yang mengalami disfungsi. Beberapa masalah yang

muncul terkait dengan risiko bunuh diri yaitu depresi, perilaku menghindar/menolak, schizotypal and borderline disorders (Masferrer dan Caparros, 2017).

NAPZA selain berpengaruh pada fisik dan psikis pengguna, juga berdampak pada kehidupan sosial ekonomi individu, keluarga, masyarakat, bahkan negara. Gagal dalam studi, gagal dalam pekerjaan, kematian, kriminalitas, seks bebas yang berujung pada penyakit HIV/AIDS, gangguan fungsi atau penyakit pada organ-organ tubuh, seperti otak, hati, jantung, paru-paru, ginjal, gangguan psikologis meliputi cemas, sulit tidur, depresi, paranoid (perasaan seperti orang lain mengejar) adalah sebagian dari masalah yang muncul dari penyalahgunaan NAPZA. Masalah yang jauh lebih besar dari semua itu adalah hancurnya generasi muda sebagai penerus perjuangan dan pembangunan, karena penyalahgunaan NAPZA saat ini banyak dilakukan oleh mereka yang berusia muda.

Faktor-Faktor Penyebab Remaja Menyalahgunakan NAPZA

NAPZA merupakan musuh nomor satu bagi para remaja. Namun, para remaja hingga saat ini banyak yang belum tahu mengenai NAPZA sebagai musuh utama ini. Buktinya, semakin banyak remaja terjerumus dalam rayuan maut NAPZA. Ketidaktahuan remaja tentang bahaya NAPZA

memang menjadi tugas berat bagi orangtua dan guru untuk menerangkannya. Apalagi NAPZA sekarang sangat mudah didapat dan bandarnyaapun memang selalu menempel pada dunia remaja. Faktor yang menyebabkan remaja melakukan penyalahgunaan NAPZA adalah sebagai berikut:

- a. Ajakan, bujukan dan iming-iming teman atau anggota kelompok sebaya.
- b. Cenderung memiliki gangguan jiwa seperti kecemasan, obsesi (memikirkan sesuatu secara berulang-ulang), apatis, menarik diri dalam pergaulan, depresi, kurang mampu menghadapi stres, atau hiperaktif.
- c. Suka berpetualang, mencari sensasi, melakukan hal-hal yang mengandung resiko bahaya yang berlebihan.
- d. Ketidaktahuan akan bahaya NAPZA atau tidak memikirkan akan bahaya NAPZA.
- e. Orang tua tidak acuh dan tidak mengadakan pengawasan terhadap anaknya
- f. Tidak ada perhatian, kehangatan, kasih sayang dalam keluarga.

Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA Pada Remaja

Generasi muda adalah generasi yang rawan sebagai penyalah guna NAPZA, karena itu, pengenalan bahaya

NAPZA merupakan sebuah hal yang mutlak dilakukan sebagai usaha preventif. Penyalahgunaan NAPZA sangat memprihatinkan, karena terutama menimpa generasi muda sehingga merugikan pembangunan bangsa. Umumnya penggunaan pertama NAPZA diawali pada anak usia Sekolah Dasar atau Sekolah Menengah Pertama. Upaya pencegahan harus dilakukan sedini mungkin, yaitu mulai dari masa anak usia SD, SMP, dan SMA, sebagai upaya yang berkesinambungan. Pencegahan yang dimaksud di sini bukan semata-mata informasi mengenai bahaya NAPZA, tetapi lebih menekankan pemberian keterampilan psikososial kepada anak untuk bersikap dan berperilaku positif, mengenal situasi penawaran/ajakan, dan terampil menolak tawaran atau ajakan tersebut.

Langkah preventif penyalahgunaan Narkoba:

- a. Setiap orang mempunyai masalah dalam hidupnya. Hadapi dan pecahkan masalah itu, bukan dihindari, apalagi dengan melarikan diri kepada penyalahgunaan NAPZA. Penyalahgunaan NAPZA bukan penyelesaian masalah, tetapi memperparah masalah.
- b. Jangan pernah sekalipun terpancing untuk mencoba memakai NAPZA karena sekali terjebak masuk kedalamnya maka sulit untuk lepas dari jebakan itu.

- c. Penciptaan lingkungan keluarga yang sehat, harmonis, komunikatif, terbuka, penuh perhatian dan kasih sayang diantara anggotanya, merupakan bagian penting dari upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA. Pencegahan harus dilakukan sedini mungkin, agar remaja memiliki daya tangkal tinggi. Lebih baik mencegah daripada mengobati. Penanggulangan pun demikian, yaitu ketika remaja masih dalam taraf coba-coba, pemakai pemula, dan belum pecandu berat. Dalam hal ini, peran keluarga, sekolah dan masyarakat sangat penting.

Banyak hal yang perlu dan harus dilakukan untuk mencegah agar remaja jangan sampai melakukan penyalahgunaan dan menderita ketergantungan terhadap NAPZA, diantaranya yaitu sebagai berikut:

- a. Meningkatkan dan menyadarkan para remaja akan ancaman bahaya penyalahgunaan dan pengedaran gelap NAPZA terhadap diri dan keluarganya.
- b. Mendorong para remaja untuk berprakarsa dan berperan dalam perang melawan penyalahgunaan dan pengedaran gelap NAPZA, guna menyelamatkan generasinya dan generasi yang akan datang.

- c. Setiap orang mempunyai kekurangan dan kelebihan masing-masing. Temu kenali kekuatan atau potensi kamu dan kembangkan untuk perbuatan yang bermanfaat. Temu kenali pula kekurangan dan kelemahan dirimu agar dapat mengatasinya. Jangan sekali-kali mencoba menutupi kekurangan dirimu dengan melarikan diri kepada penyalahgunaan NAPZA.
- d. Setiap orang mempunyai masalah. Masalah adalah bagian dari kenyataan hidup. Hadapi dan atasi masalah. Jangan melarikan diri dari masalah, apalagi melarikan diri kepada penyalahgunaan NAPZA. Menghadapi dan mengatasi masalah akan membuat dirimu dewasa dan piawai dalam menjalani tugas hidup. Asah dan tingkatkan kemampuan dirimu memecahkan masalah.
- e. Pengenalan diri juga merupakan awal untuk membangun serta memperkuat kepercayaan diri. Kepercayaan diri dan kemampuan mengendalikan diri adalah modal utama untuk menangkal terjadinya penyimpangan perilaku, termasuk penyalahgunaan NAPZA.

- f. Lemahnya kepercayaan diri dan kemampuan untuk mengendalikan diri menyebabkan orang mudah terpengaruh oleh sikap dan perbuatan orang lain. Karena itu pupuk dan kembangkan rasa harga diri dan kepercayaan dirimu.
- g. Kembangkan kemampuan berhubungan (berkomunikasi) dengan orang lain, mengemukakan pendapat, bertukar pikiran, mendengarkan, menghargai pendapat orang lain, termasuk dengan orang tua, teman-teman sebaya dan teman-teman sekolah, kembangkan kemampuan untuk mengatakan tidak terhadap ajakan teman yang merugikan dirimu.
- h. Gunakanlah akal sehat dan hati nurani, sehingga berani mengatakan tidak terhadap ajakan, bujukan atau paksaan teman untuk melakukan penyalahgunaan NAPZA. Sebaliknya, kamu harus berani dan mampu mengajak mereka kepada kehidupan sehat dan normal tanpa NAPZA.

Kecanduan NAPZA sering disertai episode sembuh dan kambuh, dan penyebabnya kompleks. Karena itu penyembuhannya bukan semata-mata tidak memakai NAPZA saja, namun lebih ditentukan oleh

motivasi dan usaha individu memperbaiki kehidupan masa depannya. Kambuh bagi mantan pecandu adalah tantangan yang harus dihadapi sampai tercapai kehidupan yang sehat (*the whole healthy person*) dalam jangka waktu yang panjang.

Sugesti dan NAPZA persis seperti anak kembar yang punya ikatan emosi kuat, namun sugesti adalah “musuh dalam selimut”. Kadangkala sugesti hilang namun bisa juga datang mendadak sehingga mantan pecandu tidak berdaya terutama jika suasana hatinya kacau. Karena itu, di samping tidak memakai NAPZA lagi, mantan pecandu harus menjauhkan diri dari komunitas, tempat dan benda-benda yang merangsang keinginan memakai NAPZA.

Hampir semua mantan pecandu merasakan bahwa sugesti bisa mengancam setiap saat. Tidak ada yang sampai pada tahap terminasi. Terminasi ditandai dengan tidak ada keinginan untuk kembali menggunakan NAPZA dan kepercayaan diri 100% untuk bertahan dalam status *drug free* (Prochaska, Reddings, dan Evers, 2008). Perubahan perilaku untuk berhenti menggunakan NAPZA sangat membutuhkan kontribusi semua pihak, terutama yang berada di sekitar yang bersangkutan.

Mantan pecandu perlu dengan tekun dan sabar menjalin hubungan sosial dengan orang-orang yang mendukungnya. Berarti mantan pecandu harus mengubah pola pikir, emosi dan sikap untuk menekuni spiritual. Juga mereka harus kritis dan hati-hati dalam mencermati awal kekacauan pikiran dan emosi, karena hal ini sebetulnya mudah dirasakannya. Mantan pecandu harus mau jujur minta pendapat dengan orangtua atau konselor.

Demikian pula dengan orangtua. Hendaknya orangtua berusaha bijaksana, sabar, jangan panik, menyerah apalagi marah-marah jika anaknya kambuh. Masih terbuka kesempatan memperoleh kesembuhan yang lebih baik. Berilah mereka teladan dalam perilaku, bijaksana dengan keputusan maupun meminta pendapat, penuh perhatian dan peduli serta beri dukungan yang konstruktif.

BAB 4

MENGENAL RUMATAN METADON LEBIH DEKAT

Metadona/metadon adalah Narkotika berupa obat jadi dalam bentuk sediaan tunggal yang termasuk jenis Narkotika Golongan II sebagaimana dimaksud dalam Lampiran I Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Sedangkan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah rangkaian kegiatan terapi yang menggunakan Metadon disertai dengan intervensi psikososial bagi pasien ketergantungan opioida sesuai kriteria diagnostik Pedoman Penggolongan dan Diagnostik Gangguan Jiwa ke-III (PPDGJ-III).

Penetapan PTRM didasarkan pada pertimbangan bahwa populasi terbesar rawan tertular dan menularkan HIV dan AIDS salah satunya penasun. Terapi rumatan metadon yang merupakan bagian dari terapi substitusi opioida diperlukan sebagai strategi pengurangan dampak buruk penularan HIV dan AIDS.

A. Definisi

Terapi substitusi adalah program pengalihan NAPZA dengan cara menggantikan heroin atau *putaw* yang biasa

dikonsumsi dengan menggunakan obat lain yang lebih aman dan terjangkau. Terapi ini ditujukan kepada pasien ketergantungan opioida. Substitusi yang digunakan dapat bersifat agonis (methadone), agonis partial (buprenorphine) atau antagonis (naltrexone). Methadone Maintenance Therapy (MMT) sering disebut Terapi Rumatan Matadon (TRM) yang paling umum dijalankan (KPAN, 2010). Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah kegiatan memberikan metadon cair dalam bentuk sediaan oral kepada pasien sebagai terapi pengganti adiksi opioida yang biasa mereka gunakan (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008). Pemberian zat yang bersifat substitusi ini bersifat jangka panjang, oleh karena itu disebut sebagai program rumatan. Metadon adalah suatu opiat sintetis yang menyebabkan pasien akan mengalami ketergantungan fisik (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008). Dasar rasional PTRM adalah fakta tingginya angka kekambuhan pada pecandu heroin yang mengindikasikan kebutuhan tubuh atas zat jenis opiat untuk membuat keseimbangan tubuh agar dapat beraktivitas secara normal. Metadon bekerja pada tubuh selama rata-rata 24 jam, sehingga hanya perlu minum satu kali sehari. Program rumatan ini diberikan minimal 6 bulan dan dapat diteruskan sampai 2 tahun sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan pada Pedoman Nasional PTRM (KPAN,2010).

B. Tujuan dan Daftar Institusi Penyedia PTRM

Menurut Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, tujuan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) adalah:

1. Untuk mengurangi risiko terkaitnya penyakit infeksi (HIV dan AIDS, Hepatitis) memperbaiki kesehatan fisik dan psikologis.
2. Mengurangi perilaku kriminal.
3. Memperbaiki fungsi sosial pasien (Depkes, 2012).

Selain itu tujuan yang lain dari Program Terapi Rumatan Metadon adalah:

1. Detoksifikasi. Membantu pengguna berhenti memakai heroin/putaw, 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 (*sakaw*). Untuk program rumatan/pemeliharaan akan berlangsung sedikitnya 6 bulan sampai 2 tahun atau lebih lama lagi (KPAN, 2008).

Daftar rumah sakit pengampu PTRM yang tercantum dalam KMK
350 tahun 2008 sebagai berikut:

1. RS Ketergantungan Obat, Jakarta
2. RSUP Sanglah, Bali
3. RSUD Dr. Soetomo, Jawa Timur
4. RSUP Hasan Sadikin, Jawa Barat
5. RSUP Fatmawati, Jakarta
6. RSUP Dr Wahidin Sudirohusodho, Sulawesi Selatan
7. RSUP H Adam Malik, Sumatera Utara
8. RSUP. Dr. Sardjito, DIY
9. RSUP Dr. Kariadi, Jawa Tengah
10. RSUD Dr. Soedarso, Kalimantan Barat
11. RSUP M Hoesin, Sumatera Selatan
12. RSPAD Gatot Subroto, Jakarta
13. RSUP Dr. Abdoel Moeloek, Lampung
14. RSUD Dr. Soedono, Jawa Timur
15. RSUD Dr. Sjaiful Anwar, Jawa Timur
16. RSUD Kanudjoso Djatiwibowo, Kalimantan Timur
17. RSU Raden Mattaher, Jambi
18. RSUD Dr. M Jamil, Sumatera Barat
19. RSU Otorita Batam, Riau
20. RSUD Dr. WZ Yohannes, NTT
21. RSUD Ulin, Kalimantan Selatan

22. RSUD Undata, Sulawesi Tengah
23. RSUD M Haulussy, Maluku
24. RSUD Mataram, NTB
25. RSUD Tangerang, Banten

Satelit pelayanan PTRM sebagai berikut:

1. Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok, Jakarta
2. Lapas Kerobokan, Bali
3. Puskesmas Kecamatan Kuta I, Bali
4. Lapas Narkotika Klas II Cipinang, Jakarta
5. Puskesmas Kecamatan Gambir, Jakarta
6. Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Jakarta
7. Rutan Klas II Pondok Bambu, Jakarta
8. Puskesmas Kecamatan Tambora, Jakarta
9. Puskesmas Kecamatan Tebet, Jakarta
10. Lapas Narkotika Klas II Banceuy, Jawa Barat
11. Puskesmas Kecamatan kasikasi, Sulawesi Selatan
12. Puskesmas Kecamatan Jumpandang Baru, Sulawesi Selatan
13. Lapas Umum Klas I Cipinang, Jakarta
14. Lapas Umum Klas I Bekasi, Jawa Barat
15. Lapas Pemuda Tangerang, Banten
16. Lapas Umum Klas I Makassar, Sulawesi Selatan
17. Rutan Klas I Bandung, Jawa Barat
18. Rutan Klas I Medaeng, Jawa Timur

19. Rutan Klas II Salemba, Jakarta
20. Rutan Klas I Medan, Sumatera Utara
21. Rutan Klas I Makassar, Sulawesi Selatan
22. RS Jiwa Grhasia, DIY
23. RS Jiwa Alianyang, Kalimantan Barat
24. RSUD Gunung Jati, Jawa Barat
25. RSUD Tasikmalaya, Jawa Barat
26. RSUD R Syamsudin, Jawa Barat
27. RSUD Bekasi, Jawa Barat
28. Puskesmas Bogor Timur, Jawa Barat
29. Puskesmas Kecamatan Kemayoran, Jakarta
30. Puskesmas Kecamatan Cengkareng, Jakarta
31. Puskesmas Kecamatan Koja, Jakarta

B. Sasaran

Sasaran Program Terapi Rumatan Meradon (PTRM) adalah:

1. Penasun
2. Keluarga penasun
3. LSM yang bekerja untuk mendukung Penasun (Dirjen PP & PL, 2008).
 - a. **Sarana dan Prinsip-Prinsip Pelaksanaan**

Tujuan umum pedoman nasional adalah meningkatkan kualitas pelayanan Program Terapi

Rumaan Metadon melalui dibukanya pedoman terapi substitusi dengan metadon.

Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008, masukan (*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 350/Menkes/SK/IV/2008 adalah disebabkan oleh:

1. Program Terapi Rumatan Metadon membutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi, terlebih lagi pasien yang mendapat terapi

antiretroviral (ARV). Hal tersebut sulit diperoleh dari para penasun tersebut.

2. Sebagian besar rumah sakit dan tenaga kesehatan belum memperoleh informasi tentang Program Terapi Rumatan Metadon.
3. Belum adanya pedoman guna menjamin kualitas pelayanan Program Terapi Rumatan Metadon yang menjadi acuan rumah sakit yang memerikan pelayanan Program Terapi Rumatan Metadon di Indonesia.
4. Belum adanya program terapi substitusi yang terjangkau bagi penasun yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya.
5. Program ini adalah program yang membutuhkan keahlian khusus dari tenaga yang terlibat dalam pelayanan terapi metadon.
6. Metadon perlu pengawasan khusus.

Pengawasan khusus diterapkan untuk menjamin kualitas dan keamanan dari mulai penyiapan sarana, prasarana, ruangan, sampai pada proses pelaksanaan seperti penyimpanan, pemesanan, transportasi metadon, dan pemberian pelayanan. Tetapi ini mampu meminimalkan

penularan HIV melalui jarum suntik di lapas, namun diperlukan anggaran, sumber daya manusia, dan pengawasan penggunaan (Dirjen PP & PL, 2008). 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 NAPZA.

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 satu penggunaan dan penyalahgunaan obat (BPOM, 2013). Obat dan persediaanya 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 (Hisfarma, 2010).

Penyimpanan narkotika Permenkes No. 28/Menkes/Per/1978 tentang tata cara penyimpanan narkotika pasal 5 dan pasal 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 $40 \times 80 \times 100 \text{cm}^3$, lemari tersebut harus dibuat pada tembok atau lantai.
5. Lemari khusus tersebut tidak dipergunakan untuk menyimpan bahan lain selain narkotika, kecuali ditentukan oleh Menteri Kesehatan.

6. Anak kunci khusus harus dipegang oleh pegawai yang diberi kuasa.
7. Lemari khusus harus diletakkan di tempat yang aman dan tidak diketahui oleh umum.

Untuk menyiapkan gudang di fasilitas kesehatan yang baik adalah:

- 1) Pilih ruangan yang sama di fasilitas kesehatan sebagai gudang. Menyimpan persediaan di gudang memudahkan 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 yang terkunci.
- 2) 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 pada orang yang bertanggungjawab atas persediaan di gudang. Simpan kunci ditempat yang aman. b) jaga agar gudang selalu terkunci bila sedang tidak dipakai.

3) Jaga agar gudang dalam keadaan yang baik, suhu udara yang sangat dingin atau sangat panas, sinar atau kelembaban dapat merusak persediaan (BPOM,2012).

Pemesanan metadon juga harus memperhatikan tata cara pemesanan narkotika. Apotek memesan narkotika PBF Kimia Farma dengan menggunakan surat pesanan (SP) yang ditanda tangan oleh apoteker pengelola apotek dengan dilengkapi nama jelas, nomor SIK, SIA, dan stempel apotek, dimana 1 lembar SP hanya untuk 1 macam narkotika saja (PT. Kimia Farma, 2012)

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 pada pasal 14 ayat (2), ayat (3), ayat (4) dan ayat (5).

Pasal 14 UU RI No.5 Tahun 1991 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, 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 tata cara pengelolaan limbah PTRM mengikuti tata cara Rumah Sakit. Limbah cair dan limbah padat 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 mempunyai dampak besar terhadap manusia (Agustiani dkk, 1998).

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

- a) Pemrakarsa atau penanggungjawab 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.

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 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 penanggungjawab apotek dan saksi-saksi pemusnahan.

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 metabolise, berat badan dan toleransi terhadap opiat.

Diawal 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, keterampilan hidup,

mengatasi stress, mengidentifikasi dan mengobati gangguan mental lain, isu tentang penyalahgunaan fisik, seksual, emosional, menjadi orang tua dan konseling keluarga, pendidikan tentang pengurangan dampak buruk, berhenti menyalahgunakan NAPZA atau psikotropika dan pencegahan kambuh, perubahan perilaku berisiko dan pemeriksaan HIV dan AIDS, isu tentang perjalanan lanjut pengguna metadon dan aspek yang terkait dengannya, pemberian layanan konseling harus seorang konselor profesional yang terlatih (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008).

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: pengurangan perilaku berisiko, 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).

Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008, Tes urin terhadap penggunaan obat (*Urine Drug Screen*) merupakan pemeriksaan objektif untuk mendeteksi adanya metabolit opiat dalam urin. Namun perlu diingat bahwa saat pengumpulan urin pasien harus diawasi. Dalam hal terapi metadon, UDS dalam Pedoman Nasional dapat berguna pada keadaan berikut:

- 1) Periksa urin pasien diawal terap untuk tujuan diagnostik yaitu untuk memastikan apakah pasien pernah atau tidak menggunakan opiate atau zat adiktif lain sebelumnya. Tahap ini merupakan suatu tindakan wajib.
- 2) Jika pasien mendesak untuk membawa Take Home Doses (THD), maka tes urin dapat dilakukan sebagai bahan pertimbangan untuk membantu pengambilan keputusan.
- 3) Hasil tes urin yang positif terhadap heroin menjadi pertimbangan untuk meningkatkan dosis metadon. Apabila pasien masih menggunakan heroin maka dosis metadon perlu ditingkatkan.

b. Dosis

Dosis awal diberikan pada kisaran 15-30 mg/hari untuk tiga hari pertama. Kematian sering terjadi bila menggunakan dosis awal yang melebihi 40 mg. Pasien harus diobservasi 45 menit setelah pemberian dosis awal untuk memantau tanda toksisitas atau gejala putus obat. Metadon harus diberikan dalam bentuk cair dan diencerkan sampai 100 cc. Pasien harus hadir setiap hari di klinik. Metadon akan diberikan oleh asisten apoteker atau perawat yang diberi wewenang oleh dokter. Pasien harus segera menelan metadon tersebut dihadapan petugas PTRM. Setelah diminum, petugas akan meminta pasien menyebutkan namanya atau mengatakan sesuatu yang lain untuk memastikan bahwa metadon telah ditelan (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008).

c. Efek Samping yang Mungkin Muncul

Kemungkinan terjadinya efek samping yang berat biasanya terjadi ketika dokter sedang meningkatkan dosis. Efek samping yang biasanya terjadi adalah konstipasi, mengantuk, berkeringat,

mual, muntah, masalah seksual gatal-gatal serta jerawat (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008).

Pasien 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 (Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008).

BAB 5

SITUASI PROGRAM RUMATAN METADON DI INDONESIA

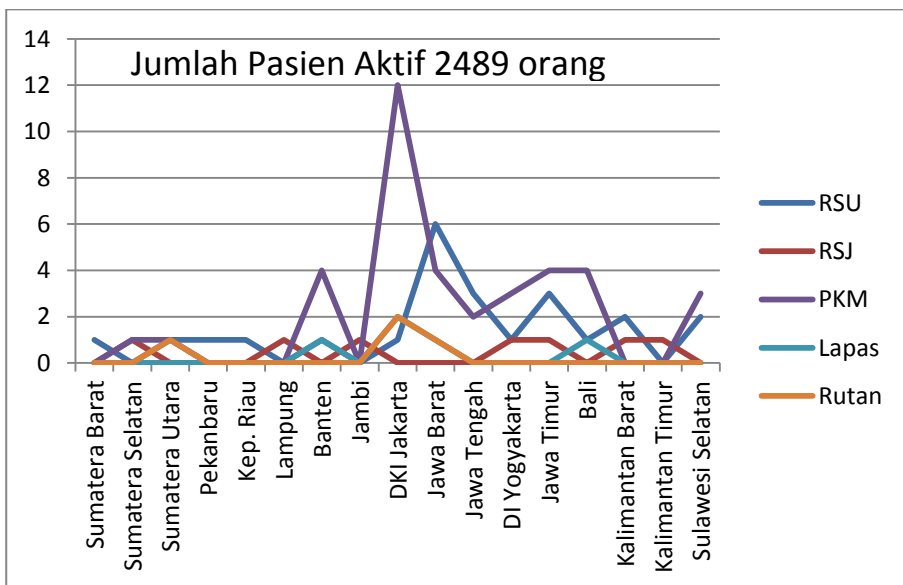
PTRM merupakan bagian dari layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) HIV dan AIDS. Semua kliennya wajib ditawarkan untuk melakukan *voluntary consulting and testing* (VCT) dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya secara teratur. Bila hasilnya non reaktif, dilakukan tes ulang setiap 6 bulan. Semua klien juga dianjurkan menggunakan kondom setiap kali melakukan hubungan seksual untuk mencegah penularan IMS (Saputra, 2014).

Sejak diperkenalkan di Indonesia pada 2003, PTRM diharapkan mampu meningkatkan kualitas hidup penasun. Peningkatan kualitas hidup penasun dapat tercapai jika dosis terapi dan dukungan keluarga adekuat, konseling yang berkesinambungan, adanya wadah untuk berkarya serta ada dukungan sebaya dan petugas (Rahayu, 2015).

Jumlah pasien aktif tercatat sebanyak 2.489 orang yang dilayani di berbagai *site* pada berbagai institusi rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, puskesmas, lembaga pemasyarakatan, dan rumah tahanan. Berikut gambaran institusi yang

melaksanakan PTRM yang tersebar di 17 provinsi di Indonesia (Raharjo, 2015).

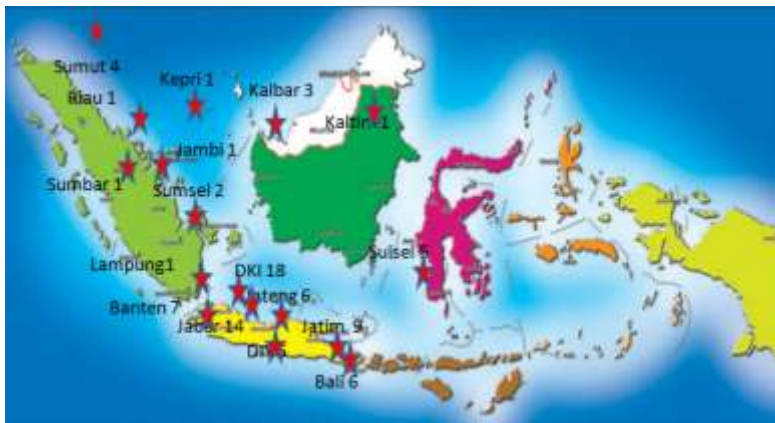
Gambar 4. Jumlah Fasilitas Kesehatan yang Melaksanakan PTRM Tahun 2014



Sumber: Data Ditjen BUK Kemenkes, 2014

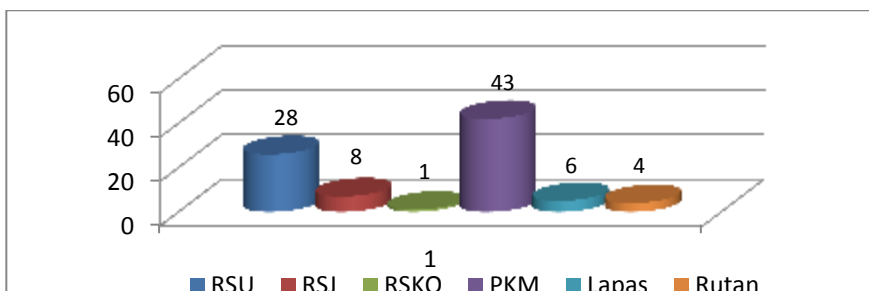
Provinsi paling banyak memiliki layanan PTRM ialah DKI Jakarta yang umumnya disediakan di puskesmas. Berikutnya Jawa Barat dengan institusi penyedia PTRM di lembaga pemyarakatan dan puskesmas.

Gambar 5. Ketersediaan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) Juni 2014: 90 Klinik pada 17 Provinsi



Sumber: Data Ditjen BUK Kemenkes, 2014

Gambar 6. Jumlah Layanan PTRM pada berbagai Fasilitas

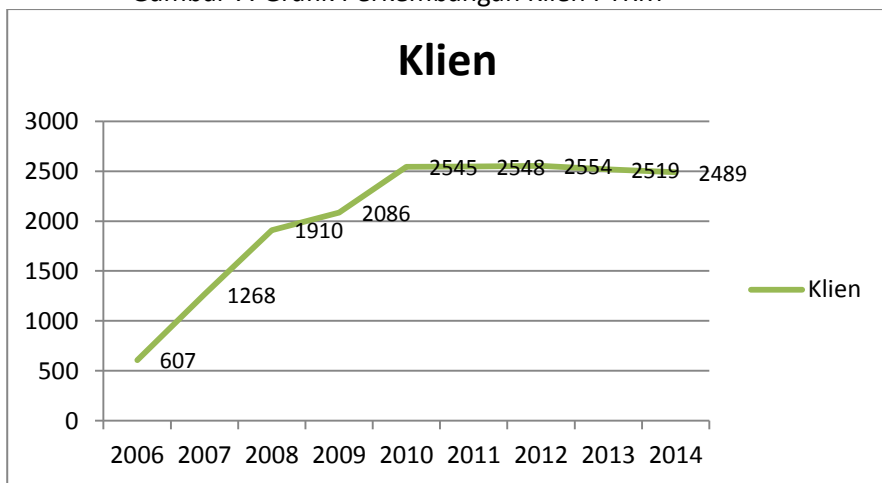


Sumber: Data Ditjen BUK Kemenkes, 2014

Penyelenggaraan program terapi rumatan terutama diprioritaskan pada propinsi-propinsi yang memiliki masalah signifikan dalam penyalahgunaan heroin, sebagaimana surveilans yang dilakukan oleh Ditjen P2PL. Jumlah layanan PTRM terbanyak pada fasilitas Pusat Kesehatan Masyarakat (PKM) sebanyak 43 layanan, Rumah Sakit Umum sebanyak 28.

Perkembangan Klien PTRM dari tahun ke tahun dapat dilihat pada gambar 7 terjadi peningkatan jumlah klien dari tahun 2006 sebanyak 607 menjadi 1.268 di tahun 2007. Pada tahun 2014 jumlah klien PTRM sebanyak 2.489 menurun dari jumlah klien pada tahun sebelumnya yang berjumlah 2.519.

Gambar 7. Grafik Perkembangan Klien PTRM

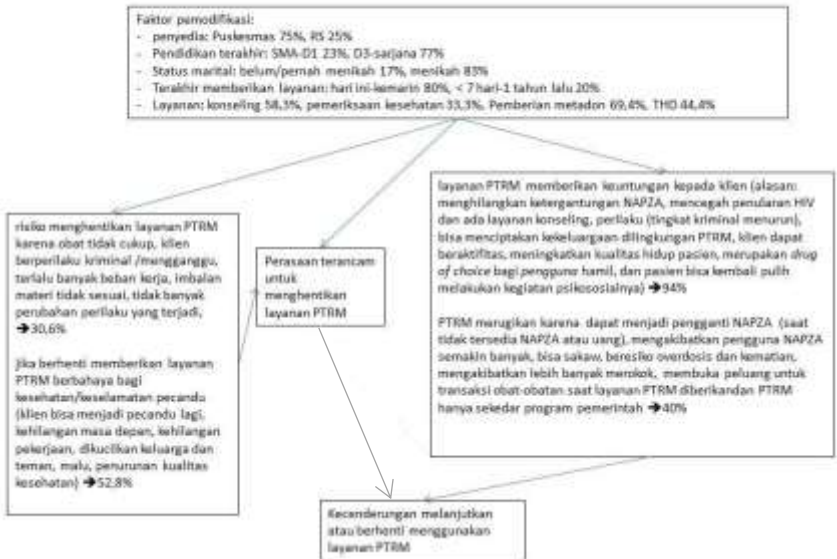


Sumber: Data Ditjen BUK Kemenkes, 2014

Penelitian yang dilaksanakan pada 2013 menemukan bahwa angka pasien yang drop-out pada tahun pertama sekitar 30%. Pengukuran hasil tes air seni sewaktu-waktu terhadap opiat kepada pasien metadon PTRM Puskesmas Ciputat, berdasarkan hasil wawancara tes air seni dilakukan 3 bulan sekali, akan tetapi tidak didapatkan persentasi untuk jumlah tes air seni sewaktu. Umumnya pasien PTRM tidak bekerja (pengangguran) dan pada saat penelitian tidak didapatkan jumlah pasien yang bekerja, sekolah, atau mempunyai kegiatan yang tetap (Hasifah dan Nurfadhilah, 2013). Hasil serupa didapat pada penelitian di Puskesmas Tanjung Priok yaitu angka *dropped out* sebesar 51%. Ketidapatuhan pasien antara lain disebabkan persepsi tentang kesehatan, pengalaman mengobati sendiri, pengalaman terapi sebelumnya, lingkungan (teman dan keluarga), efek samping obat, keadaan ekonomi, dan interaksi dengan petugas kesehatan (dokter, perawat, apoteker (Nahrisah, 2008).

Interaksi petugas, manajemen, dan klien PTRM dapat digambarkan dengan menggunakan *Health Belief Model* (Model Keyakinan Kesehatan). Model ini memperlihatkan *perceived threat* (perasaan terancam) dipengaruhi oleh *perceived susceptibility* (perasaan kerentanan) dan *perceived severity* (perasaan keparahan).

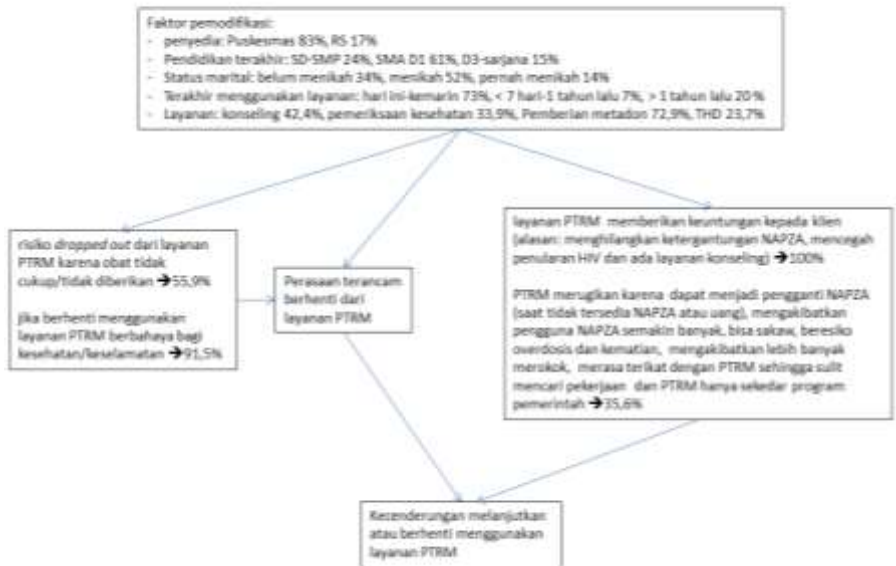
Gambar 8 MODEL KEYAKINAN KESEHATAN PETUGAS DAN MANAJEMEN PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON



Sumber: Nurfadhilah dan Anwar Siregar, 2016

Petugas dan manajemen menunjukkan kemungkinan menghentikan layanan PTRM yang selama ini dilaksanakan karena beberapa faktor, baik yang berkaitan dengan petugas maupun klien. Namun demikian, kecenderungan petugas dan manajemen untuk keputusan melanjutkan atau menghentikan layanan lebih banyak karena mempertimbangkan dampaknya bagi klien.

Gambar 9 MODEL KEYAKINAN KESEHATAN KLIEN PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON



Sumber: Nurfadhilah dan Anwar Siregar, 2016

Klien sendiri relatif mempertimbangkan persepsi akan situasi dirinya sendiri dalam menggambarkan perasaan terancam dan kecenderungan melanjutkan atau berhenti menggunakan layanan PTRM. Beberapa pernyataan mantan penasun bahkan secara terbuka mengakui bahwa metadon terpaksa digunakan sebagai pilihan saat barang (*drugs*) tidak dapat diakses dari pasar gelap atau memang dalam kondisi tidak punya uang untuk membeli.

Bagi keberlangsungan PTRM, mutlak diperlukan pertimbangan ketersediaan sumber daya insani dan sarana-

prasarana sesuai pedoman. Kekurangan atau keterbatasan misalnya petugas (terutama dikeluhkan PTRM puskesmas) mengakibatkan kelebihan beban kerja karena petugas terpaksa melaksanakan tugas rangkap. Hal ini akan berdampak pada kinerja petugas saat harus menghadapi klien PTRM, karena relatif membutuhkan perlakuan khusus. Kita memaklumi bahwa pengguna NAPZA memiliki situasi khusus yang tentu sangat berbeda dengan pasien umum.

DAFTAR PUSTAKA

BNN, 2017. Halaman depan <http://www.bnn.go.id/> diunduh pada 29 Agustus 2017.

BNN, 2017. Pemusnahan Barang Bukti Narkotika Kedelapan Tahun 2017. Diunduh dari <http://www.bnn.go.id/read/pressrelease/17784/pemusnahan-barang-bukti-narkotika-kedelapan-tahun-2017> pada 29 Agustus 2017

BNN, 2015. Laporan Akhir Survei Nasional Perkembangan Penyalahguna Narkotika Tahun Anggaran 2014. Diunduh dari http://www.bnn.go.id/portal/_uploads/post/2015/03/11/Laporan_BNN_2014_Upload_Humas_FIX.pdf pada 30 Agustus 2017.

BNN, 2015. Executive Summary Press Release Akhir Tahun 2015.

Fathurrohman, 2017. Jalan di Tempat *War on Drugs*. Diunduh dari <http://www.bnn.go.id/read/artikel/17782/jalan-di-tempat-war-on-drugs> pada 29 Agustus 2017

Hasifah, Herni dan Nurfadhilah (2013). Evaluasi Pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon Puskesmas Ciputat. Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Kemdiknas, 2009. Pendidikan Pencegahan HIV–Kit Informasi Guru. Komisi Nasional Indonesia untuk UNESCO. Jakarta

Kemenkes, 2017. Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017. Diunduh dari

http://www.aidsindonesia.or.id/ck_uploads/files/Laporan%20HIV%20AIDS%20TWTW%201%202017.pdf pada 28 Agustus 2017.

Kepmenkes RI Nomor 350/Menkes/SK/IV/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Pengampu dan Satelit Program Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon.

KPAN, 2013. Hasil Survey Cepat Perilaku, disampaikan dalam pembahasan pada sesi pertama Kelompok AIDS pada Forum Nasional Kebijakan Kesehatan Indonesia IV yang diselenggarakan di Kupang pada 4-7 September 2013. Publikasi: Konteks Kebijakan AIDS: Epidemiologi dan Perilaku Beresiko diunduh dari <http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/327.html>

Masferrer dan Caparros, 2017. Risk of Suicide and Dysfunctional Patterns of Personality among Bereaved Substance Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Published: 20 March 2017

Muhaimin dan Besral, 2011. Prevalensi HIV pada Ibu Hamil di Delapan Ibu Kota Provinsi di Indonesia Tahun 2003-2010.

Nahrisah 2008. Evaluasi Pelaksanaan Program Terapi Rumatan Metadon PKC Tanjung Priok. Skripsi. FKM UI.

Nurfadhilah dan Anwar Siregar, 2016. Model Keyakinan Kesehatan Petugas-Klien Program terapi Rumatan Metadon Indonesia. Laporan Hibah Bersaing DIKTI 2015-2016.

Nurhidayat, 2016. Stimulants and New Psychoactive Substances. Disampaikan dalam temu ilmiah di Fakultas

Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada 2 September 2016.

Lyon dan D'Angelo, 2006. *Teenagers, HIV, and AIDS : insights from youths living with the virus*. Praeger Publishers. Westport – USA.

Prochaska, Reddings, dan Evers, 2008. The Transtheoretical Model and Stages of Change. Bab V dalam Glanz, Rimer, dan Viswanath. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Published by Jossey-Bass.

Raharjo, 2015. Perkembangan HIV, AIDS, dan PTRM di Indonesia. Presentasi dalam Panel Forum Program Terapi Rumatan Metadon di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada 5 April 2015.

Rahayu, 2015. Hubungan dan Masalah Komunikasi dengan Klien PTRM. Presentasi dalam Panel Forum Program Terapi Rumatan Metadon di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada 5 April 2015.

Saputra, 2014. Peningkatan Kualitas Hidup Pengguna NAPZA Suntik (Penasun) Program Terapi Rumatan Metadona di Puskesmas Ciputat, Tangerang Selatan Tahun 2010-2013. Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Undang-Undang RI nomor 35/2009 tentang Narkotika. Diunduh dari http://www.bnn.go.id/portal/_uploads/perundangan/2009/10/27/uu-nomor-35-tahun-2009-tentang-narkotika-ok.pdf pada 29 Agustus 2017.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), 2016.
World Drug Report 2016. UNITED NATIONS. New York, 2016

UNODC, 2017. *World Drug Report 2017: Executive
Summary Conclusions and Policy Implications*. UNITED NATIONS.
New York, 2016

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Penulis bernama lengkap Nurfadhilah, lahir di Kota Bekasi Propinsi Jawa Barat pada 1 Juni 1978 merupakan anak kedua dari enam bersaudara. Penulis lahir dari pasangan suami istri Bapak Abdur Rauf (Allahu yarham) dan Ibu Dalilah. Penulis sekarang bertempat tinggal di Jl. Sultan Agung RT 02 RW 04 No. 45 Bekasi 17133.

Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di Sekolah Dasar Muhammadiyah 47 Bekasi, lalu melanjutkan sekolah menengah pertama di SLTP Negeri 1 Monta, NTB dan lulus pada tahun 1993, kemudian melanjutkan pendidikan di SMA Negeri 1 Bima lulus pada tahun 1996. Program S1 penulis diselesaikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta, lulus pada 2001 dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada 2009. Beberapa riset yang dilakukan peneliti umumnya didanai hibah DIKTI, mulai dari penelitian pemula, hibah bersaing, maupun hibah unggulan perguruan tinggi sejak 2010.

