

Artikel Penelitian

Pengaruh Program Terapi Rumatan Metadon untuk Mengurangi Dampak Buruk akibat Penggunaan Narkotika

Julaeha^{1,2}, Rustamaji³, Nunung Priyatni³

¹Fakultas Farmasi, Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, Jakarta, Indonesia

²Program Doktorat, Fakultas Farmasi, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

³Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

Abstrak

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) merupakan salah satu program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) akibat penggunaan narkotika. Tujuan dari PTRM adalah mengurangi perilaku berisiko akibat penggunaan narkotika secara suntik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh PTRM bagi pasien pengguna narkotika yang mengikuti PTRM. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober–Desember tahun 2012 di satelit pelayanan PTRM di DIY. Subjek penelitian yang dilibatkan adalah seluruh pasien aktif PTRM hingga tahun 2012 yang telah mengikuti PTRM minimal 1 bulan. Pasien yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah 32 pasien. Indikator pencapaian dampak PTRM dari setiap parameter dampak PTRM yang diukur berupa persentase tidak menggunakan narkoba, penurunan penggunaan narkoba, tidak menggunakan jarum suntik, tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian, tidak terlibat dalam tindak kriminal, berkurangnya perilaku kriminal, membaiknya status pekerjaan, membaiknya kondisi tempat tinggal, mendapatkan dukungan keluarga, dan meningkatnya dukungan keluarga. Sebanyak 97% pasien tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian dan tidak terlibat dalam tindak kriminal sejak mengikuti PTRM. PTRM memberikan pengaruh signifikan terhadap pengurangan penggunaan narkotika, perilaku berisiko, dan tindakan kriminalitas, serta meningkatkan produktivitas peserta PTRM.

Kata kunci: *Harm reduction*, metadon, narkotika, PTRM

Effect of Methadone Maintenance Treatment Program for Reducing Drug Related Harm

Abstract

Methadone Maintenance Therapy Program (MMTP) is one of harm reduction programs which aim to reduce behavior risk due to injecting narcotics. The purpose of this study was to determine the effect of MMTP on patients using narcotics who participated in MMTP. This research was a descriptive study with cross-sectional design. The study was conducted in the period of October–December 2012 on the MMTP satellite services in Yogyakarta, Indonesia. Subjects involved were all active MMTP patients until 2012 who had attended MMTP for at least 1 month. Thirty-two patients voluntarily participated in this study. Some indicators used to measure the impact of MMTP on patients, including a reduction in drug use, risk behavior, and crime, as well as better productivity, housing conditions, and family support. A total of 97% patients did not share needles and not involved in criminal activities since joined the MMTP. There was a significant positive relationship between MMTP services with the impact of MMTP on patients, such as reduction in drug use, risk behavior, and crime, along with increased productivity.

Keywords: Drug, harm reduction, MMTP, methadone

Korespondensi: Julaeha, MPH., Apt., Fakultas Farmasi, Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, Jakarta 14350, Indonesia, *email:* julaihaqosim@yahoo.com

Naskah diterima: 24 Mei 2018, **Diterima untuk diterbitkan:** 11 November 2018, **Diterbitkan:** 1 Desember 2018

Pendahuluan

Jumlah pengguna narkotika suntik (penasun) mengalami peningkatan setiap tahunnya, dan penggunaan narkotika secara injeksi diikuti dengan permasalahan pada aspek sosial dan kesehatan berupa penyebaran penyakit melalui penggunaan jarum suntik secara bergantian. Permasalahan narkoba ini diperparah oleh meningkatnya penularan penyakit HIV/AIDS, hepatitis B dan C di kalangan penasun. Pada rentang tahun 2005 sampai 2006, diperkirakan kasus penyalahgunaan narkoba di seluruh dunia berjumlah 200 juta jiwa, dan pada rentang tahun 2006 sampai 2007 terjadi peningkatan kasus penyalahgunaan narkoba menjadi 208 juta jiwa. Berdasarkan data tersebut, perkiraan tingkat pertumbuhan kasus penyalahgunaan narkoba adalah 0,04% per tahun.¹

Di Indonesia sendiri, jumlah penyalahgunaan narkoba yaitu sekitar 4,5 juta orang,¹ dengan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menempati posisi kedua tertinggi setelah DKI Jakarta. Kabupaten Sleman, Bantul, dan Kota Yogyakarta merupakan daerah rawan penyalahgunaan narkoba di provinsi DIY. Jumlah pengguna narkoba di DIY meningkat setiap tahunnya, yaitu tercatat sekitar 69.700 orang pada tahun 2011, dan pada tahun 2012 menjadi 78.064 orang. Peningkatan ini terus terjadi di tahun-tahun berikutnya, dengan total 87.432, 97.432, dan 109.675 orang pengguna narkoba pada tahun 2013, 2014 dan 2015 berturut-turut.²

Salah satu dampak buruk yang diakibatkan penggunaan narkoba adalah penularan HIV/AIDS di kalangan penasun. Menurut laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sampai dengan Juni 2011, jumlah kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan adalah 26.483 kasus dari 300 kabupaten di 33 provinsi yang melapor. Sebanyak 9.597 kasus AIDS dari 26.483 kasus merupakan pengguna narkotika suntik. Dari 9.597 kasus tersebut, sebanyak 8.819 kasus adalah pengguna laki-laki, 685

kasus adalah perempuan dan 93 kasus tidak tercatat datanya mengenai jenis kelaminnya. Penularan HIV/AIDS melalui penggunaan narkotika jarum suntik adalah faktor resiko tertinggi kedua setelah transmisi seksual, dan kerentanan terhadap penularan berbagai penyakit, termasuk HIV/AIDS, di kalangan pengguna narkotika suntik (penasun) lebih besar dibandingkan kelompok penyalahgunaan narkoba lainnya. Pengguna narkotika suntik berisiko tertular berbagai penyakit, seperti hepatitis, tuberkulosis (TB), dan HIV/AIDS melalui dua jalur yaitu; penggunaan jarum suntik bekas dan perilaku hubungan seksual berisiko.¹ Provinsi DIY termasuk dalam 10 besar provinsi dengan kasus kumulatif AIDS terbanyak sampai dengan Juni 2011. Jumlah total kasus AIDS di DIY pada tahun 2011 adalah 673 kasus, sebanyak 177 kasus adalah pengguna narkotika suntik (26,3% dari total kasus), bila dilihat dari golongan usia penasun terbanyak adalah kelompok usia 20–29 tahun yang merupakan kelompok usia mahasiswa. Hal ini sangat mengkhawatirkan mengingat Yogyakarta merupakan kota pendidikan atau barometer pendidikan di Indonesia.³ Program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) akibat penggunaan narkotik suntik sangatlah dibutuhkan.

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM), atau yang sebelumnya dikenal dengan nama Program Rumatan Metadon (PRM), adalah salah satu program pengurangan dampak buruk yang diakibatkan oleh penggunaan narkoba. Tujuan dari PTRM ini adalah pengurangan dampak buruk (*harm reduction*), peningkatan produktivitas, dan penghentian pemakaian narkoba suntik serta zat psikotropik lainnya. Selain mengurangi dampak buruk akibat penggunaan narkoba, program ini juga dapat menurunkan angka kematian akibat overdosis.⁴ Pelaksanaan PTRM dilakukan dalam jangka panjang dengan melibatkan peran dari tenaga medis dan nonmedis dalam pelaksanaannya. Pencapaian tujuan PTRM sebagai salah satu

strategi pengurangan dampak buruk dalam penanggulangan HIV/AIDS dan peningkatan produktivitas penasun, dalam hal ini unit pelayanan PTRM, perlu didesain sedemikian rupa agar mudah dijangkau oleh masyarakat luas. PTRM di DIY dimulai sejak tahun 2006 dengan RSUP Sardjito menjadi rumah sakit pengampu PTRM di DIY. Sampai dengan tahun 2012, Provinsi DIY memiliki 4 satelit pelayanan PTRM, yaitu Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Grhasia (merupakan rujukan bagi lembaga masyarakat khusus narkoba), Puskesmas Umbulharjo I (Kota Yogyakarta), Puskesmas Gedongtengen (Kota Yogyakarta), dan yang terakhir adalah Puskesmas Banguntapan II (Kabupaten Bantul). Sampai bulan Juni 2011, terdapat 28 pasien PTRM yang aktif mengikuti PTRM di satelit pelayanan PTRM di DIY.³ Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dari PTRM terhadap pengurangan dampak buruk akibat penggunaan narkotika di satelit pelayanan PTRM di DIY.

Metode

Penelitian ini bersifat deskriptif dengan desain *cross-sectional* dan pengambilan data secara prospektif. Variabel independen penelitian adalah pelaksanaan pelayanan PTRM yang meliputi penjelasan tentang PTRM, pelayanan metadon yakni pemberian metadon minum di tempat dan metadon bawa pulang/*take home dose*), pelayanan pemeriksaan laboratorium, pelayanan pemeriksaan terkait dengan kondisi kesehatan pasien, pelayanan konseling dan diskusi kelompok (*peer support*). Variabel dependen adalah dampak PTRM terhadap pasien PTRM yang meliputi penggunaan narkoba (*drug abuse*), perilaku yang berisiko, perilaku kriminalitas, produktivitas, kondisi tempat tinggal serta dukungan dari keluarga. Penelitian ini telah mendapat persetujuan Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan nomor KE/FK/874/EC dan Komite Etik RSJ Grhasia

dengan nomor 423/4599.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober sampai Desember 2012 di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, Puskesmas Gedongtengen, Puskesmas Umbuharjo I dan Puskesmas Banguntapan II. Populasi yang dilibatkan adalah 32 pasien aktif PTRM dari total 39 pasien aktif. Kriteria inklusi yaitu seluruh pasien aktif PTRM sejak terdaftar sebagai pasien PTRM sampai dengan bulan November 2012, yang telah mengikuti PTRM minimal selama 1 bulan, sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien PTRM yang menolak berpartisipasi dalam penelitian.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu kuesioner yang diadopsi dari hasil penelitian berjudul *Evaluating of Methadone Maintenance Treatment Service* oleh Francis *et al.*⁵ Kuesioner ini mencakup 3 aspek yakni sosiodemografi pasien PTRM, pelaksanaan pelayanan PTRM dan manfaat/dampak yang dirasakan pasien PTRM. Penilaian untuk setiap item pertanyaan menggunakan skala *Guttman*. Hasil dari uji validitas kuesioner untuk setiap item pertanyaan dengan nilai signifikan 0,05 didapatkan nilai *r* hitung lebih besar dari *r* tabel (0,349), maka instrumen atau item-item pertanyaan berkorelasi signifikan terhadap skor total, atau dinyatakan valid.^{7,8} Selain itu, instrumen dalam penelitian ini menggunakan pedoman wawancara, dan lembar observasi dokumen. Data yang terkumpul didapatkan dari catatan medik pasien, lembar kuesioner dan observasi, serta hasil wawancara.

Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis deskriptif berupa data sosiodemografi pasien yang meliputi data jenis kelamin, usia, status marital, jenjang pendidikan dan domisili. Persentase pencapaian pelayanan PTRM meliputi penjelasan tentang PTRM, pelayanan metadon berupa pemberian metadon minum ditempat dan metadon bawa pulang atau *take home dose*), pelayanan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan yang terkait dengan kondisi kesehatan pasien, pelayanan

konseling serta diskusi kelompok atau *peer support*. Perhitungan persentase pencapaian dampak dari PTRM yang dirasakan oleh pasien PTRM meliputi penggunaan narkoba (*drug abuse*), perilaku yang berisiko, perilaku kriminal, produktivitas, kondisi dari tempat tinggal serta dukungan keluarga. Uji korelasi *Pearson* dilakukan dengan tujuan menganalisis hubungan antara pelaksanaan PTRM dengan dampak PTRM yang dirasakan oleh pasien.

Hasil

Pelayanan PTRM di satelit pelayanan PTRM di Provinsi DIY

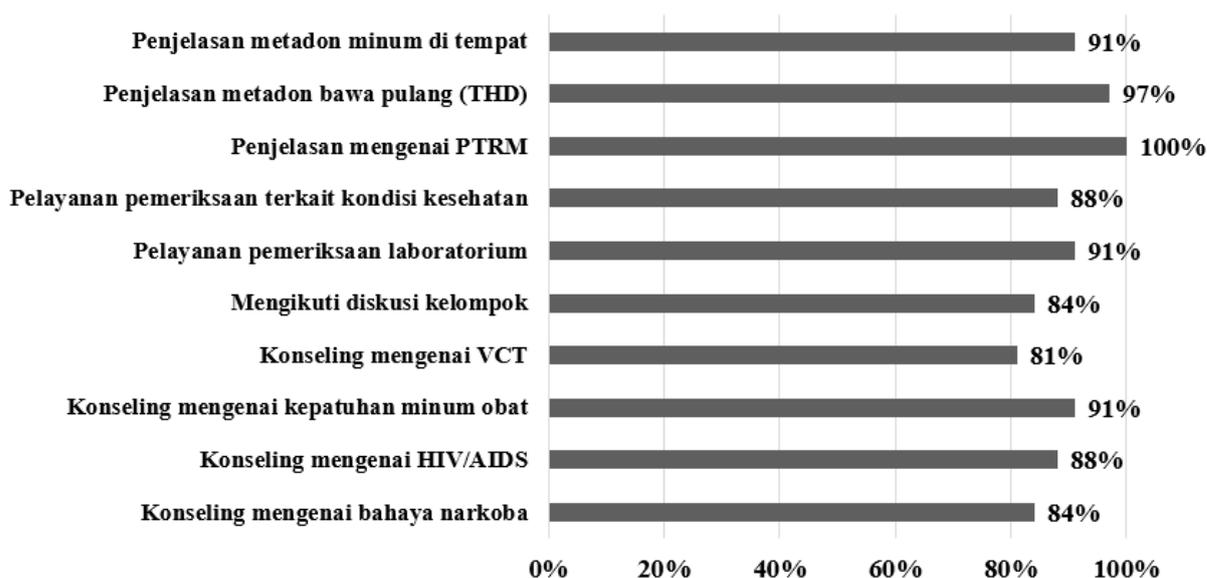
Pelayanan PTRM secara garis besar dapat dikategorikan menjadi pelayanan metadon dan nonmetadon. Pelayanan metadon meliputi pelayanan metadon minum di tempat dan pelayanan metadon bawa pulang/*take home dose* (THD). Pelayanan nonmetadon meliputi penjelasan mengenai PTRM, konseling dan diskusi kelompok, pemeriksaan laboratorium, serta pemeriksaan dokter. Pencapaian PTRM pada pelayanan metadon mengenai penjelasan metadon minum di tempat dan metadon THD mencapai 91% dan 97%, sedangkan pada pelayanan nonmetadon, penjelasan mengenai

PTRM pada pasien sebelum memutuskan untuk mengikuti PTRM yakni sebesar 100%. Pencapaian pelayanan yang terkecil adalah konseling mengenai pentingnya pemeriksaan HIV/AIDS secara sukarela/*voluntary HIV counseling testing* (VCT), dengan jumlah pencapaian 81%. Cakupan pelayanan PTRM di satelit pelayanan PTRM secara rinci dapat dilihat pada Gambar 1.

Gambaran pasien PTRM di satelit pelayanan PTRM

Karakteristik pasien aktif PTRM di satelit pelayanan PTRM di Provinsi DIY meliputi jenis kelamin, usia, status marital, tingkat pendidikan, domisili, dan data pasien yang mendapat terapi antiretroviral (ARV). Secara rinci, karakteristik pasien aktif PTRM di satelit pelayanan PTRM di Provinsi DIY dapat dilihat pada Tabel 1.

Jumlah total pasien aktif PTRM sampai dengan November 2012 di satelit pelayanan PTRM di DIY berjumlah 39 pasien. Pasien aktif yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 32 pasien. Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas pasien PTRM di keempat satelit pelayanan PTRM adalah laki-laki. Berdasarkan kelompok usia, kelompok usia



Gambar 1 Pencapaian Pelayanan PTRM di Satelit Pelayanan PTRM di Provinsi DIY

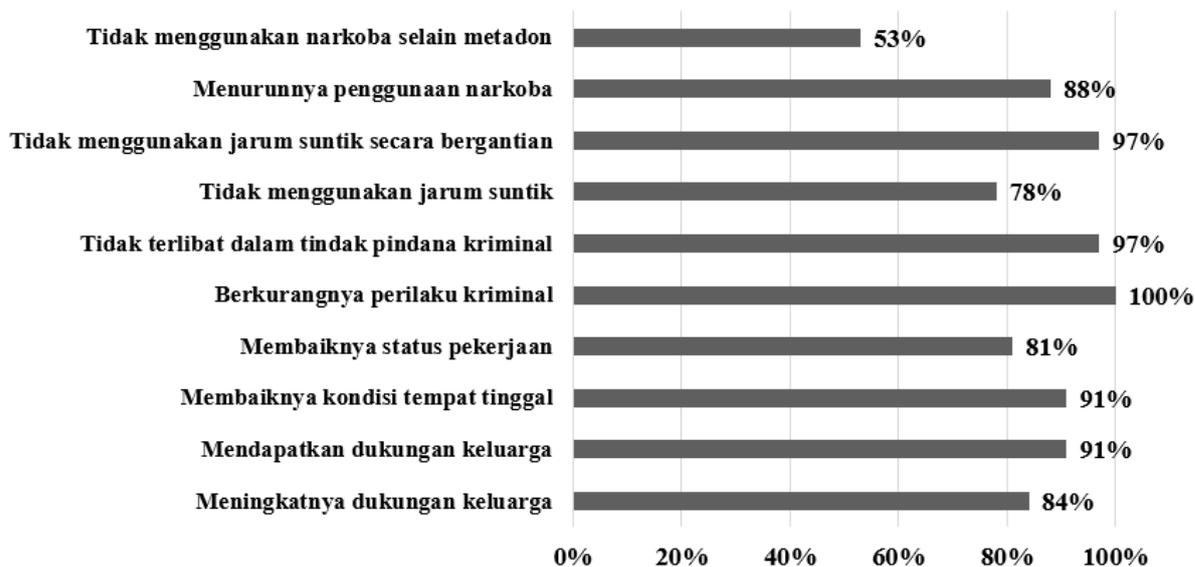
Tabel 1 Karakteristik Pasien Aktif PTRM di Satelit Pelayanan PTRM di Provinsi DIY

Karakteristik Pasien PTRM	Satelit Pelayanan PTRM di Provinsi DIY				Total
	Puskesmas Gedongtengen (n)	Puskesmas Umbulharjo I (n)	Puskesmas Banguntapan II (n)	Rumah Sakit Jiwa Grhasia (n)	
Jenis Kelamin					
Perempuan	2	1	0	1	4
Laki-laki	15	4	9	7	35
Usia					
<15	0	0	0	0	0
15–19	0	0	1	0	1
20–24	0	0	0	1	1
25–49	17	5	8	7	37
≥50	0	0	0	0	0
Status Marital					
Menikah	9	3	5	4	21
Lajang	5	2	4	2	13
Janda/duda	3	0	0	2	5
Tingkat Pendidikan					
<SD	0	0	0	0	0
SD	0	0	0	0	0
SMP	2	1	2	1	6
SMA	9	2	5	4	20
Diploma	3	0	1	1	5
S1	3	2	1	1	7
S2	0	0	0	1	1
Domisili					
Kab. Sleman	4	1	2	4	11
Kab. Bantul	0	1	4	0	5
Kota Yogyakarta	11	3	3	3	20
Luar daerah	2	0	0	1	3
Mendapatkan Terapi ARV					
	7	1	0	2	10

25–49 merupakan kelompok usia terbanyak di keempat satelit pelayanan PTRM di DIY. Berdasarkan tingkat pendidikannya, pasien PTRM aktif dengan tingkat pendidikan SMA merupakan jumlah terbanyak di Puskesmas Gedongtengen, Puskesmas Banguntapan II dan RSJ Grhasia. Selanjutnya, berdasarkan status marital, mayoritas pasien di keempat satelit pelayanan PTRM berstatus marital menikah. Berdasarkan domisili, mayoritas dari pasien PTRM berdomisili di kota Yogyakarta. Jumlah pasien PTRM yang mendapat terapi ARV berjumlah 10 pasien.

Dampak PTRM terhadap pasien PTRM Dampak PTRM terhadap pasien PTRM yang dinilai dalam penelitian ini adalah penggunaan narkoba, perilaku berisiko, perilaku kriminal, produktivitas, kondisi tempat tinggal pasien serta dukungan dari keluarga. Jumlah pasien yang merasakan secara keseluruhan dari efek positif tersebut berjumlah 97%. Secara rinci persentase pencapaian dampak positif dapat dilihat pada Gambar 2.

Jenis narkoba yang digunakan oleh pasien PTRM di antaranya heroin, benzodiazepin, THC, sabu-sabu, serta alkohol. Benzodiazepin



Gambar 2 Pencapaian Dampak PTRM terhadap Pasien PTRM

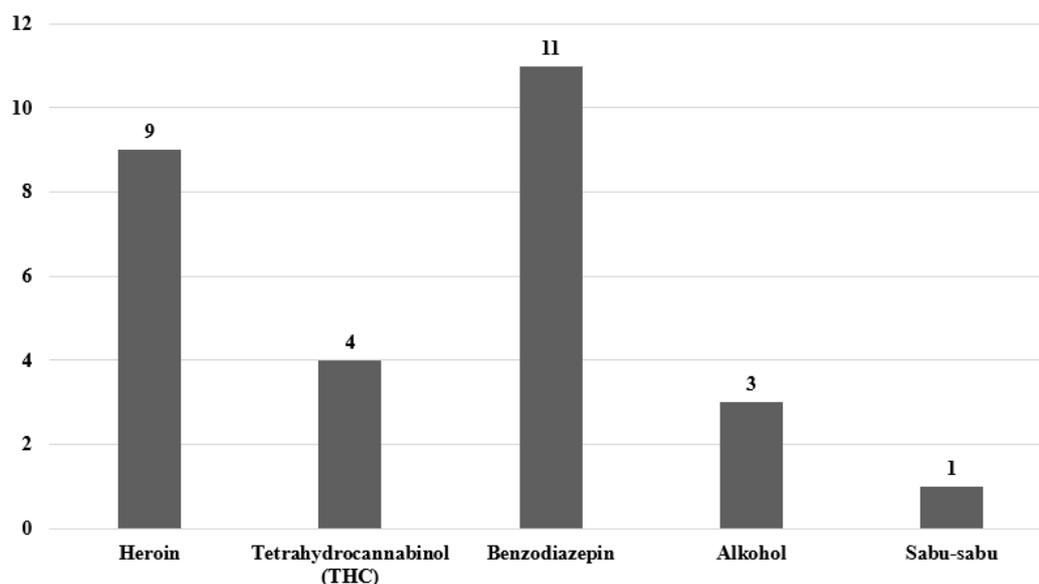
merupakan jenis narkoba yang paling banyak digunakan oleh pasien PTRM. Pasien yang menggunakan benzodiazepin berjumlah 11 orang. Rincian jumlah pasien yang masih menggunakan narkoba dapat dilihat pada Gambar 3.

Pasien yang masih menggunakan jarum suntik secara bergantian sebelumnya telah dilakukan sterilisasi jarum suntik dengan *bayclean* atau pemutih. Jarum suntik ini diperoleh dari apotek, toko obat, puskesmas,

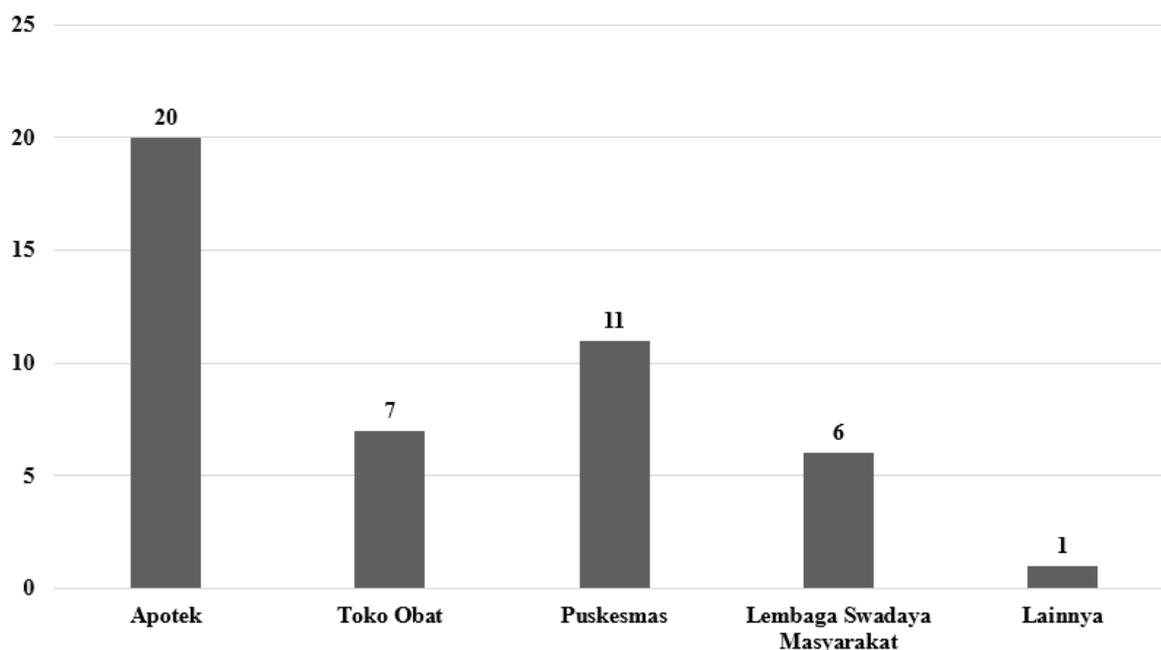
lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan lainnya (penjual unggas dan teman sesama penasun). Secara rinci, sebaran jumlah pasien yang mengakses jarum suntik sebelum dan sesudah mengikuti PTRM dapat dilihat pada Gambar 4.

Hubungan pelayanan PTRM dengan dampak PTRM

Korelasi *Pearson* atau disebut *analisis product movement* dengan tingkat kepercayaan 95%



Gambar 3 Jenis Narkoba yang Digunakan Selain Metadon



Gambar 4 Sumber Akses Mendapatkan Jarum Suntik

digunakan untuk menganalisis hubungan antara dua variabel secara linier. Dari analisis ini, didapatkan nilai korelasi 0,588 dan nilai signifikansi 0,000 ($<0,05$). Nilai korelasi yang positif berarti semakin baik pelaksanaan PTRM maka akan meningkat dampak positif yang dirasakan oleh pasien yang mengikuti PTRM.

Pembahasan

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa dampak PTRM yang paling banyak dirasakan oleh pasien PTRM adalah pengurangan perilaku berisiko dan tindak kriminal, membaiknya kondisi tempat tinggal, serta meningkatnya produktivitas kerja dan dukungan keluarga. Di sisi lain, dampaknya terhadap penggunaan narkoba masih belum dirasakan oleh sebagian besar pasien PTRM, karena sebanyak 47% pasien PTRM masih menggunakan narkoba selain metadon. Hal ini disebabkan kurangnya motivasi yang kuat dari pasien PTRM untuk berhenti menggunakan narkoba. Selain itu, karakter penggunaan narkoba oleh penasun di Yogyakarta bersifat *multi-drug*. Penggunaan

narkoba lebih dari satu jenis narkoba (*poly-drug*) di kalangan penasun (98%) lebih tinggi bila dibandingkan dengan pecandu bukan suntik (78%), sesuai dengan hasil wawancara dokter PTRM mengenai kendala pencapaian *abstinence* dan tingginya *drop out*.

Penggunaan narkoba memiliki persentase pencapaian dampak terkecil bila dibandingkan dengan persentase pencapaian pengurangan kriminalitas dan perilaku berisiko, serta peningkatan produktivitas penasun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Corsi *et al.* (2009) yang menyatakan penggunaan narkoba di kalangan penasun yang mengikuti terapi metadon mencapai 76,3%.⁸ Penggunaan narkoba di kalangan penasun yang menjadi pasien PTRM ini berdampak pada ketaatan dalam terapi metadon, dan juga menjadi salah satu penyebab *drop out* dari PTRM. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Liu *et al.* (2013) yang menunjukkan bahwa penggunaan narkoba di kalangan penasun yang mengikuti PTRM memiliki dampak pada ketaatan dalam mengikuti program dan dapat dikaitkan dengan hasil pengobatan yang buruk.⁹ Semakin lama penasun mengikuti

PTRM, maka akan semakin berkurang pula jumlah narkoba yang digunakan.^{10,11}

Jenis-jenis narkoba yang digunakan oleh pasien PTRM adalah heroin, benzodiazepin, tetrahydrocannabinol (THC), sabu-sabu, dan alkohol. Benzodiazepin (BZD) merupakan jenis narkoba yang paling banyak digunakan oleh pasien-pasien PTRM. Tingginya jumlah penggunaan benzodiazepin ini karena BZD merupakan jenis narkoba yang bisa diperoleh dengan cara yang legal, yaitu dengan resep dokter. Alasan penggunaan BZD adalah untuk mengatasi gangguan psikiatrik yang diderita pasien-pasien PTRM, misalnya susah tidur dan gelisah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Orosa *et al.* (2010) yang menyatakan bahwa penggunaan BZD pada awal terapi metadon pada umumnya berkaitan dengan masalah kesehatan fisik serta fungsi psikososial.¹² Frekuensi penggunaan BZD berkisar antara 1–3 kali sehari 1 tablet.

Bentuk perilaku berisiko yang menjadi penilaian pada penelitian ini yaitu penggunaan jarum suntik. Persentase pasien yang sudah tidak menggunakan jarum suntik setelah mengikuti PTRM mencapai 78%. Persentase pasien yang tidak menggunakan jarum suntik secara bergantian sebanyak 97%. Pasien yang masih menggunakan jarum suntik dengan cara bergantian sebelumnya telah dilakukan sterilisasi jarum suntik dengan *bayclean* atau pemutih. Pasien PTRM mendapatkan jarum suntik dari apotek, toko obat, puskesmas, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan lainnya (penjual unggas dan teman sesama penasun). Akses mendapatkan jarum suntik sebelum mengikuti PTRM terbanyak berasal dari apotek, sedangkan akses mendapatkan jarum suntik setelah mengikuti PTRM berasal dari puskesmas melalui program layanan alat suntik steril (LASS). Dampak pengurangan perilaku berisiko oleh PTRM memberikan hasil yang sangat baik, sehingga hal ini dapat membuktikan bahwa PTRM berperan besar di dalam pencegahan penularan HIV/AIDS

melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan penggunaan jarum untuk secara bergantian. Pengurangan perilaku berisiko dari sisi penggunaan jarum suntik tidak steril oleh peserta PTRM tidak dapat dihubungkan langsung secara linier dengan pengurangan penggunaan narkoba. Hal ini dikarenakan karakteristik dari penggunaan narkoba oleh penasun di Yogyakarta yang bersifat *multi-drug*. Penasun yang masih menggunakan narkoba memberikan hasil positif terhadap pengurangan penggunaan jarum suntik yang tidak steril.

Pasien PTRM yang merasakan perilaku kriminal berkurang setelah mengikuti PTRM berjumlah 100%. Jumlah pasien PTRM yang pernah terlibat dalam tindak kriminal sebelum mengikuti PTRM sebanyak 59%, dan setelah mengikuti PTRM hanya 1 orang (3%) pasien yang masih terlibat di dalam tindak pidana kriminal. Berkurangnya perilaku kriminal pada pasien PTRM merupakan dampak dari pengurangan penggunaan narkoba secara ilegal.

Peningkatan produktivitas yang dinilai dalam penelitian ini adalah status pekerjaan pasien PTRM. Jumlah pasien yang menganggap status pekerjaannya membaik mencapai 81%. Sebanyak 34% pasien aktif PTRM berstatus pekerja penuh waktu (*full-time*) dan 22% paruh waktu kerja, 13% berstatus pekerja musiman, 6% sebagai ibu rumah tangga, 3% bersatus mahasiswa, dan 22% berstatus pengangguran. Adanya pekerjaan bagi pecandu merupakan cara pasien untuk mendapatkan pendapatan (*income*) yang legal dan mencegah terjadinya *relaps* menggunakan narkoba kembali, hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara pekerjaan dengan *abstinence* dari heroin dalam jangka panjang, sehingga dapat mencegah kekambuhan pasien untuk kembali menggunakan narkoba. Peningkatan produktivitas pasien PTRM berdampak pada penurunan pendapatan yang bersifat ilegal, sehingga hal tersebut dapat mengindikasikan penurunan kriminalitas pasien PTRM. Hal ini

sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Corsi *et al.* (2009) yang menunjukkan bahwa peningkatan produktivitas dan berkurangnya *income* yang ilegal berakibat pada menurunnya tingkat kriminalitas.⁸ Pengurangan penggunaan narkoba, perilaku berisiko, perilaku kriminalitas, dan peningkatan produktivitas dapat merubah perilaku sosial menjadi lebih baik.^{8,9}

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam keberlangsungan pasien dalam mengikuti PTRM. Tidak adanya atau kurangnya dukungan keluarga merupakan salah satu faktor eksternal *drop out* yang berpengaruh dalam mengikuti PTRM. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hikmayani *et al.* yang menyatakan bahwa salah satu penyebab *drop out* dari PTRM yaitu tidak adanya dukungan keluarga.¹³ Menurut Sarasvita *et al.* dan Kelly *et al.*, terdapat tiga buah faktor yang memengaruhi keikutsertaan pasien dalam PTRM. Ketiga faktor tersebut berupa faktor peserta, faktor program, dan faktor sosial. Faktor peserta berupa motivasi dalam mengikuti PTRM. Motivasi pasien dalam mengikuti PTRM dapat dikategorikan menjadi motivasi internal dan eksternal. Faktor program dapat berupa kemudahan cara dan prosedur untuk mengikuti PTRM, tingkat kepuasan terhadap PTRM, petugas PTRM, kemudahan dalam mengakses lokasi PTRM, dan sikap dari petugas PTRM. Faktor sosial dapat berbentuk dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, dan dukungan dari lingkungan sekitar.^{14,15} Pasien yang pernah *drop out* dari PTRM akan cenderung mudah untuk kembali menggunakan putaw (*relaps*) bila dibandingkan dengan pasien yang tetap bertahan dalam mengikuti PTRM. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Coviello *et al.* bahwa pasien yang *drop out* dari PTRM akan cenderung mudah untuk *relaps*.¹⁶ Penyebab pasien *drop out* dari PTRM tidak hanya disebabkan 3 faktor tersebut, namun *housing factor* juga berpengaruh terhadap keberlangsungan pasien mengikuti PTRM.

Pasien yang mempunyai tempat tinggal tetap akan cenderung mengikuti PTRM secara berkesinambungan bila dibandingkan dengan pasien yang tidak mempunyai tempat tinggal yang tetap (*homeless*).¹⁷

Hasil analisis korelasi *Pearson* diperoleh nilai korelasi 0,588 dan nilai signifikansi 0,000 (<0,05). Hal ini menunjukkan semakin baik mutu pelayanan PTRM yang diberikan maka semakin baik pengaruh positif yang diberikan terhadap kemanfaatan PTRM.

Kelemahan dalam penelitian yaitu hasil penelitian ini tidak dapat mewakili dampak PTRM terhadap pasien PTRM di daerah lainnya, karena tidak menutup kemungkinan hasil yang diperoleh lebih baik maupun tidak lebih baik dibandingkan di tempat penelitian ini dilakukan. Selain itu, dalam penelitian ini tidak dilakukan pengamatan efek klinis dan efek samping yang terjadi akibat pemberian terapi metadon.¹⁸

Simpulan

Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) memberikan pengaruh terhadap pengurangan penggunaan narkotika, perilaku berisiko, dan tindakan kriminalitas, serta meningkatkan produktivitas peserta PTRM.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada dr. Arshanti, Sp.KJ. dan Sani Nurbaeti, S.Farm, Apt., yang telah memberikan evaluasi dan saran dalam penelitian ini. Terima kasih juga disampaikan kepada segenap staf Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, Puskesmas Gedontengen, Puskesmas Umbulharjo I, dan Puskesmas Banguntapan II yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Pendanaan

Penelitian ini tidak didanai oleh sumber hibah

manapun.

Konflik Kepentingan

Seluruh penulis menyatakan tidak terdapat potensi konflik kepentingan dengan penelitian, kepenulisan (*authorship*), dan atau publikasi artikel ini.

Daftar Pustaka

1. BNN & Puslitkes. Studi kerugian ekonomi dan sosial akibat narkoba tahun 2008. Depok: Puslitkes UI; 2008.
2. Sudibjo P, Arovah NI, Ambardini RL, Jatmiko A, Budi AS, Nurman HM. Pemberdayaan guru UKS dalam pencegahan masalah penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS. Yogyakarta: Lembaga Pengabdian Masyarakat UNY; 2010.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan situasi perkembangan HIV&AIDS di Indonesia sampai dengan Juni 2011. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2011.
4. Tait RJ, Ngo H, Hulse G. Mortality in heroin users 3 years after naltrexone implant or methadone maintenance treatment. *J Subst Abus*. 2008;35(2):116–24. doi: 10.1016/j.jsat.2007.08.014
5. Francis P, Black S, Johnson S, Payette T. Evaluation of methadone maintenance treatment services: First voice. Dartmouth, NS: Capital Health, Addiction Prevention and Treatment Services; 2003
6. Büssing A, Girke M, Heckmann C, Schad F, Ostermann T, Kröz M. Validation of the self regulation questionnaire as a measure of health in quality of life research. *Eur J Med Res*. 2009;14(5):223–7. doi:10.1186/2047-783X-14-5-223
7. Tractenberg RE, Yumoto F, Aisen PS, Kaye JA, Mislevy RJ. Using the guttman scale to define and estimate measurement error in items over time: The case of cognitive decline and the meaning of “points lost”. *PLoS ONE*. 2012;7(2):e30019. doi: 10.1371/journal.pone.0030019
8. Corsi KF, Lehman WK, Booth RE. The effect of methadone maintenance on positive outcomes for opiate injection drug users. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(2):120–6. doi: 10.1016/j.jsat.2008.11.004
9. Liu Y, Li L, Zhang Y, Zhang L, Shen W, Xü H. Assessment of attitudes towards methadone maintenance treatment between heroin users at a compulsory detoxification centre and methadone maintenance clinic in Ningbo, China. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:29. doi: 10.1186/1747-597X-8-29
10. Li L, Lin C, Wan D, Zhang L, Lai W. Concurrent heroin use among methadone maintenance clients in China. *Addict Behav*. 2012;37(3):264–8. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.004.
11. Baumeister M, Vogel M, Dürsteler-MacFarland KM, Gerhard U, Strasser J, Walter M, et al. Association between methadone dose and concomitant cocaine use in methadone maintenance treatment: A register-based study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014;9:46. doi: 10.1186/1747-597X-9-46
12. Eiroa-Orosa FJ, Haasen C, Verthein U, Dilg C, Schäfer I, Reimer J. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2010;112(3):226–33. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.06.013
13. Hikmayani NH, Rahardjo SS, Doewes M. PMH22 correlates of dropout from community-based methadone maintenance treatment program in Indonesia. *Value Health*. 2012;15(4):A85. doi: 10.1016/j.jvahl.2012.03.467
14. Sarasvita R, Tonkin A, Utomo B, Ali R. Predictive factors for treatment retention

- in methadone programs in Indonesia. *J Subst Abuse Treat.* 2012;42(3):239–46. doi: 10.1016/j.jsat.2011.07.009.
15. Kelly SM, O’Grady KE, Mitchell SG, Brown BS, Schwartz RP. Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: A survival analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2011;117(2-3):170–5. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008.
16. Coviello DM, Zanis DA, Wesnoski SA, Lynch KG, Drapkin M. Characteristics and 9-month outcomes of discharged methadone maintenance clients. *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(2):165–74. doi: 10.1016/j.jsat.2010.09.007
17. Parpouchi M, Moniruzzaman A, Rezanoff SN, Russolillo A, Somers JM. The effect of housing first on adherence to methadone maintenance treatment. *Int J Drug Policy.* 2018;56:73–80. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.03.012
18. Gutwinski S, Schoofs N, Stuke H, Riemer TG, Wiers CE, BERPohl F. Opioid tolerance in methadone maintenance treatment: Comparison of methadone and levomethadone in long-term treatment. *Harm Reduct J.* 2016;13:7. doi: 10.1186/s12954-016-0095-0.