
**PROGRAM
DUKUNGAN
PSIKOSOSIAL
BAGI PASIEN
TERAPI
RUMATAN
METADON**

Laporan Evaluasi

Rumah Cemara - Bandung 2013

Tim Evaluator

(in alphabetical order)

Andika Wirawan

Laura Nevendorff

Patri Handoyo

Komite Konsultatif

Ardhany Suryadhama

Anton Mulyana D

Mulyana Dehan

Avianto Dwi Nugroho

Hengky Kurniawan

Denny Prihasandi

Yerry Satria

Indra Simorangkir

Dicky Sulaeman

Raditya Tisnawinata

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| DAFTAR ISI | 1 |
| RINGKASAN EKSEKUTIF | 1 |
| BAGIAN 1- PENDAHULUAN | 2 |
| LATAR BELAKANG | 2 |
| BAGIAN 2 – PENDEKATAN EVALUASI | 4 |
| TUJUAN EVALUASI | 4 |
| PERTANYAN EVALUASI | 4 |
| METODOLOGI | 7 |
| PERTIMBANGAN ETIK DALAM PENGAMBILAN DATA | 8 |
| BAGIAN 3: TEMUAN | 9 |
| KARAKTERISTIK RESPONDEN | 9 |
| REACH – CAKUPAN PROGRAM | 10 |
| EFFECTIVENESS – TINGKAT EFEKTIVITAS PROGRAM | 11 |
| ADOPTION – PENGADAPTASIAN PROGRAM | 14 |
| IMPLEMENTATION – PELAKSANAAN PROGRAM | 16 |
| MAINTENANCE – PEMELIHARAAN DAN KEBERLANJUTAN PROGRAM | 19 |
| BAGIAN 4: DISKUSI | 21 |
| PENILAIAN EVALUASI DAN PERTIMBANGAN PERBAIKAN PROGRAM | 21 |
| KONSEKUENSI MANAJERIAL | 25 |
| KEBERLANJUTAN PROGRAM | 26 |
| BAGIAN 5: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI | 28 |
| KESIMPULAN | 28 |
| REKOMENDASI | 28 |
| DAFTAR PUSTAKA | 30 |

DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM

| | |
|--|----|
| <i>Tabel 1: Pertanyaan Evaluasi berdasarkan dimensi RE-AIM</i> | 5 |
| <i>Tabel 2: Karakteristik Responden Klien Intervensi dan Non-intervensi (2013)</i> | 10 |
| <i>Tabel 3: Perbandingan Dosis dan Penggunaan Napza Lain Klien Intervensi dan Non-intervensi</i> | 12 |
| <i>Tabel 4: Materi program dukungan psikososial tahap awal</i> | 16 |
| <i>Tabel 5: Matrix Hasil Penilaian Program Dukungan Psikososial, 2013.</i> | 21 |
| | |
| <i>Diagram 1: Sampel Evaluasi Program Dukungan Psikososial Rumah Cemara</i> | 9 |
| <i>Diagram 2: Faktor yang berkontribusi pada pelaksanaan program DPS</i> | 18 |
| <i>Diagram 3: Hasil Temuan dan Rancangan Solusi Program Dukungan Psikososial Pasien PTRM</i> | 25 |

RINGKASAN EKSEKUTIF

Program Dukungan Psikososial (Program DPS) yang ditujukan bagi pasien terapi rumatan metadon RS Hasan Sadikin Bandung sudah berlangsung sebagai *pilot project* selama dua tahun. Pada pertengahan 2013, Rumah Cemara (RC) mengevaluasi program yang sejak awal diselenggarakannya. Sebagai salah satu bagian dari rancangan riset operasi, tujuan spesifik evaluasi adalah untuk menggali kendala dan masalah terkait sumber daya manusia (SDM), pelaksanaan, dan manajemen program. Evaluasi ini juga mengidentifikasi sejauh mana materi dan metode yang diterapkan Program DPS ini mendukung kualitas hidup pasien terapi metadon. Proses penggalan dan identifikasi tersebut memungkinkan untuk membuat perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas Program DPS.

Evaluasi ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan kerangka pemikiran RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance*) untuk menjawab tujuan yang sudah ditetapkan. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dengan melibatkan 45 peserta yang terdiri dari klien metadon penerima layanan dan yang tidak menerima layanan Program DPS, orang terdekat pasien terapi metadon, petugas klinik PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon) dan pelaksana program DPS.

Temuan yang didapat dari evaluasi mengungkapkan bahwa program DPS berpotensi dalam membantu kualitas hidup pasien PTRM, terutama bila memperhatikan beberapa perbaikan yang dibutuhkan untuk meningkatkan capaian program. Keberhasilan ditemukan dalam perbaikan komunikasi dan hubungan keluarga klien, serta dorongan untuk berdaya secara finansial. Namun keberhasilan tersebut dinilai masih belum maksimal sehingga perlu ditunjang dengan beberapa faktor pendukung seperti; motivasi klien, sistem perekrutan peserta, panduan pelaksanaan program dan kurikulum yang terstandarisasi, alat ukur keberhasilan, ketersediaan dan manajemen SDM dari pihak pelaksana program (RC), dan kerja sama dalam upaya integrasi program dengan klinik PTRM menjadi unsur penting dalam perbaikan program.

Program DPS dapat ditingkatkan pelaksanaannya sehingga berdampak pada pencapaian program yang lebih bermakna bagi penerima manfaat. Perbaikan dapat dilakukan dengan merevisi dan memodifikasi desain awal program DPS, seperti memperuncing tujuan program, seleksi peserta, menstandarisasi alur dan kurikulum, serta pendokumentasian hasil. Selain itu, sangat penting untuk mempertimbangkan alokasi dan pengelolaan sumber daya dalam melaksanakan program. Rekomendasi terakhir adalah mengintegrasikan program DPS dengan klinik rujukan PTRM setempat sebagai bagian dari program sehingga menjamin keberlanjutan program DPS bagi penerima manfaat di masa mendatang.

Bagian 1- PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rumah Cemara (RC) adalah sebuah organisasi berbasis komunitas yang didirikan di Bandung tahun 2003. Sebagai organisasi, RC menangani masalah-masalah pemakaian napza illegal beserta dampak aspek bio-psiko-sosialnya. Program Dukungan Psikososial (Program DPS) bagi pasien Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) telah diselenggarakan sejak 2011. Hingga 2013, peserta Program DPS adalah pasien PTRM RS Hasan Sadikin Bandung yang berkaitan erat dengan fasilitas RC yang terletak di Bandung. Program DPS dilaksanakan dengan tujuan meningkatkan retensi terapi dan meningkatkan kualitas hidup pasien PTRM. Dukungan psikososial bermanfaat untuk mengatasi dampak psikologis ketagihan napza ilegal yang dialami pasien PTRM. Intervensi psikososial bagi pengguna napza illegal biasanya digunakan untuk memperbaiki perilaku kognitif — proses memperoleh pengetahuan, kesadaran, dan perasaan melalui pengalaman sendiri/melalui penafsiran lingkungan. Dutra dan rekan (2008) menyebutkan bahwa intervensi psikososial menekankan pada analisis fungsional dan strategi untuk mengubah situasi berisiko bagi pengguna napza ilegal terkait pencegahan *relapse* (kekambuhan) dan format perubahan kognitif. Dampaknya, pengguna napza (dalam konteks ini pasien PTRM) dapat melalui proses penyesuaian kembali dengan lingkungan sosial dengan baik (Acierno, Donahue, & Kogan, 1994). Relasi pasien PTRM dengan lingkungan sosial terdekat seperti keluarga, pasangan, teman, dan rekan kerja dapat berangsur pulih. Selain itu, dampak terusnya adalah mendukung keberhasilan terapi ketagihan napza yang diikuti.

Saat ini, tersedia berbagai macam intervensi psikososial yang mendukung keberhasilan relasi sosial peserta perawatan. Pendekatan tersebut di antaranya wawancara motivasional, manajemen kontingensi, terapi perilaku pasangan, terapi perilaku kognitif, *behavioral activation*, dan terapi perilaku kognitif untuk depresi dan kecemasan (NTA, 2010). Penggabungan antara terapi perilaku kognitif dan manajemen kontingensi memiliki tingkat efektivitas lebih besar dibandingkan hanya menerapkan satu pendekatan intervensi saja (Dutra et al., 2008). Keberhasilan intervensi psikososial dapat dilihat dari tingkat retensi dan kepatuhan penggunaan metadon serta perkembangan sosial pasien.

Program ini merupakan *pilot project* yang dikembangkan berdasarkan pengamatan awal hasil diskusi dengan pasien PTRM. Berdasarkan desain awal¹, program dukungan psikososial diberikan selama satu bulan yang dibagi menjadi 12 pertemuan kelompok dengan kisaran peserta berjumlah 10 orang. Kurikulum sesi yang diberikan terdiri dari tiga aspek besar, yaitu: 1] Biologi; 2] Psikologi; dan 3] Sosial. Selain pertemuan kelompok, pasien diberikan alternatif konseling individu dan/atau keluarga dengan psikolog/konselor sesuai dengan permintaan. Untuk mendukung pasien PTRM, kegiatan berupa pendampingan manajer kasus bagi pasien, pertemuan koordinasi dengan staf klinik PTRM, dan kelompok dukungan pasien PTRM perlu disediakan.

Sebagai kegiatan uji coba, sangat penting untuk mengevaluasi sejauh mana program dukungan psikososial yang dikembangkan RC berjalan. Menurut Ovretviet (2002), evaluasi

¹ Sumber: Dokumen internal Rumah Cemara (2011)

yang baik dilakukan untuk menjawab kebutuhan pelaksana program dalam meningkatkan program bagi penerima layanannya. Perspektif evaluasi yang ingin dilakukan RC adalah mengetahui kebutuhan dukungan psikososial target populasi sehingga dapat mendesain ulang program yang telah dilakukan. Membandingkan pelaksanaan program dengan mekanisme dan prosedur yang sedang dan sudah didapat juga menjadi salah satu tujuan evaluasi. Faktor pendukung dan penghambat harus dapat diketahui agar dapat melakukan modifikasi dan perbaikan yang sesuai (Owen, 2006; Howthorne, 2000; Stufflebeam, 2001) Hasil dari evaluasi yang dilakukan dapat bermanfaat untuk pengembangan dan memberikan masukan bagi perbaikan program ke depan.

Evaluasi program ini merupakan pendahuluan dari rangkaian kajian operasional yang ditujukan untuk perbaikan strategi dan perangkat pendukung program DPS. Kajian dilakukan dalam empat tahap: 1] indentifikasi manfaat program yang sudah dilaksanakan; 2] indentifikasi kebutuhan, pelaksanaan, dan kapasitas organisasi; 3] perbaikan modul dan verifikasi; dan 4] uji coba modul versi perbaikan. Sesuai desain studi yang dibuat, laporan evaluasi ini hanya mencakup tahap satu sampai tiga. Pelaksanaan pengambilan data dilakukan pada bulan Juli 2013 dengan mengumpulkan data dengan metode observasi, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah (DKT). Informasi diperoleh dari orang yang terlibat langsung dengan kegiatan Program DPS seperti peserta intervensi, orang terdekat klien, pelaksana program dan staf klinik PTRM. Hasil temuan dalam evaluasi dijadikan bahan masukan untuk membuat desain dan modul perbaikan bagi program DPS di masa yang akan datang.

Bagian 2 – PENDEKATAN EVALUASI

Tujuan Evaluasi

Pendekatan evaluasi Program DPS dilakukan dengan merumuskan tujuan umum dan khususnya. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini pula kemudian secara umum evaluasi ini bertujuan mengetahui proses, kendala dan faktor pendukung serta manfaat dari Program DPS bagi pasien PTRM yang dilakukan oleh RC untuk melakukan perbaikan modul selanjutnya. Sedangkan tujuan khusus evaluasi ini adalah:

1. Menggali kendala dan masalah terkait sumber daya manusia, pelaksanaan dan manajemen program dukungan psikososial bagi pasien PTRM;
2. Mengidentifikasi sejauh mana materi dan metode yang diberikan dalam Program DPS mendukung peningkatan kualitas hidup pasien PTRM dari perspektif penerima layanan, keluarga terdekat klien metadon, pemberi layanan, dan pelaksana program;
3. Membuat perbaikan panduan/modul Program DPS bagi pasien PTRM, termasuk kriteria peserta, metode dan materi sesi serta program pendukung yang dibutuhkan.

Pertanyaan Evaluasi

Model evaluasi program dukungan psikososial mengadopsi kerangka RE-AIM (*Reach – Effectiveness – Adoption – Implementation – Maintenance*). Kerangka RE-AIM dikembangkan oleh Glasgow (1999) dan biasa digunakan untuk mengevaluasi suatu intervensi program. Pertanyaan evaluasi dikategorikan dalam lima dimensi, seperti; Cakupan, Efektifitas Program, Adaptasi Program, Implementasi, dan Pemeliharaan (lihat tabel 1).

Tabel 1: Pertanyaan Evaluasi berdasarkan dimensi RE-AIM

| Dimensi | Pertanyaan Evaluasi | Indikator | Sumber Data | Metode Pengumpulan Data |
|----------------------|--|--|--|---|
| Reach | <ul style="list-style-type: none"> - Se jauh mana target program dukungan psikososial sesuai dengan sasarannya? | <ul style="list-style-type: none"> - % klien intervensi dan non-intervensi - % klien yang menyelesaikan intervensi | <ul style="list-style-type: none"> - Data base RC - Catatan lapangan hasil observasi pelaksanaan <p><i>* Hasil analisa data (tahap 2)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Wawancara klien - Observasi - Pemeriksaan data sekunder |
| Effectiveness | <ul style="list-style-type: none"> - Se jauh mana program dukungan psikososial berhasil membuat klien bertahan dalam terapi dengan dosis nyaman dan tidak menggunakan napza lain selama terapi? - Se jauh mana program dukungan psikososial efektif meningkatkan partisipasi sosial klien metadon? | <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasi dosis dan durasi terapi metadon klien intervensi dan non-intervensi - Informasi penggunaan napza lain dalam 3 bulan terakhir - Persepsi klien intervensi dan non-intervensi terkait percaya diri - Persepsi klien intervensi dan non-intervensi terkait adaptasi sosial - Persepsi klien intervensi dan non-intervensi terkait hubungan dengan petugas klinik PTRM | <ul style="list-style-type: none"> - Informasi dari klien intervensi - Informasi dari klien non-intervensi - Informasi pelaksana program RC - Informasi dari orang terdekat klien - Informasi dari konselor - Informasi dari staf klinik PTRM - Data dosis klien - Hasil pre/post test <p><i>*Hasil analisa data (Tahap 1 & 4)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Diskusi Kelompok Terarah (DKT) - Wawancara mendalam - Pemeriksaan data sekunder |
| Adoption | <ul style="list-style-type: none"> - Siapa saja pemangku kepentingan yang berpartisipasi atau mendukung program terapi dukungan psikososial? - Se jauh mana partisipasi dan dukungan pemangku kepentingan terhadap program terapi dukungan psikososial? | <ul style="list-style-type: none"> - Informasi tentang siapa saja <i>stakeholder</i> yang terlibat - Informasi bentuk dukungan dan partisipasi pemangku kepentingan | <ul style="list-style-type: none"> - Informasi dari staf klinik PTRM - Informasi dari pelaksana program <p><i>*Hasil analisa data (tahap 2)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - DKT - Wawancara mendalam |

| Dimensi | Pertanyaan Evaluasi | Indikator | Sumber Data | Metode Pengumpulan Data |
|--------------------|--|---|--|--|
| Maintenance | <ul style="list-style-type: none"> - Se jauh mana program dukungan psikososial telah menjadi bagian program utama RC? - Se jauh mana program dukungan psikososial telah terintegrasi dengan sistem PTRM yang ada? - Strategi potensial seperti apa agar dapat membuat program dukungan psikososial berkelanjutan? | <ul style="list-style-type: none"> - Deskripsi mengenai komitmen RC, alokasi pendanaan, sumber daya yang diperuntukkan bagi program - Informasi dan dokumentasi dari pertemuan dengan pemerintah/staf klinik PTRM terkait dukungan program - Deskripsi mengenai kordinasi dan komunikasi antara RC dan staf PRTM dalam pelaksanaan program - Deskripsi tentang sumber dana potensial - Deskripsi tentang strategi untuk meningkatkan keberlanjutan program | <ul style="list-style-type: none"> - Informasi pelaksana prorgam RC - Informasi dari staf klinik PTRM - Dokumen pelaksanaan program - Catatan & dokumetasi pertemuan <p><i>*Hasil analisa data (tahap 2 & 4)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - DKT - Wawancara mendalam - Pemeriksaan data sekunder |

Metodologi

Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif dalam menjawab pertanyaan penelitian. Pendekatan kualitatif dipilih karena dirasa paling sesuai untuk menggali pengalaman dan kebutuhan klien Program DPS dan *stakeholders* (para pemangku kepentingan) terkait dengan program dukungan psikososial. Menurut Carter dan Litte (2007) kemungkinan untuk menemukan dan memahami kejadian yang kontekstual terkait objek yang diteliti dapat terfasilitasi dengan baik melalui pendekatan kualitatif. Selain itu, metodologi kualitatif bersifat fleksibel dan cair sehingga memungkinkan peserta studi untuk membagi pengalaman mereka dan juga memudahkan peneliti untuk memahami situasi (Liamputtong, 2009). Pendekatan kualitatif sangat cocok dengan tipikal studi yang bermaksud untuk memahami isu yang sensitif, dalam hal ini pengguna terapi metadon (Bowling, 2002). Studi ini akan menggunakan metode empirik dimana peneliti akan mengumpulkan data primer yang spesifik dengan kebutuhan studi.

Pengambilan *sample* dalam studi ini berfokus pada orang yang terlibat dalam program dukungan psikososial, seperti penerima layanan dan pelaksana program. Pemilihan sampel ditentukan secara sengaja (*purposive sampling – criterion sampling*) sesuai dengan desain studi kualitatif (Liamputtong, 2009). Metode *purposive sampling* dipilih karena dianggap paling sesuai dengan tujuan penelitian yang ingin menggali permasalahan dan proses berdasarkan pengalaman peserta yang paling kaya informasi (Bryman, 2012). Oleh sebab itu, kriteria sampel dipilih berdasarkan keterlibatan dan yang merasakan dampak langsung dari program dukungan psikososial. Jumlah informan bervariasi disesuaikan dengan banyaknya jumlah sumber daya yang terlibat di setiap kategori. Informasi baik berupa dokumen-dokumen program, pernyataan dari berbagai nara sumber, dokumentasi pengamatan kegiatan, yang mampu menggambarkan fakta maupun pendapat mengenai program yang dievaluasi. Informasi dan data-data tersebut dirangkum sebelum dibedah secara lebih lanjut.

Adapun informasi, data, dan pernyataan dikumpulkan melalui wawancara mendalam kepada empat orang dengan kriteria sebagai berikut: 1) Pasien yang Diintervensi Program DPS; 2) Pasien Non-intervensi Program DPS; 3) Orang Terdekat Klien yang Diintervensi DPS; 4) Orang Terdekat klien non-intervensi; 5) Pelaksana Program DPS; dan 6) Staf Klinik PTRM. Adapun pemilihan kriteria ini berdasarkan kebutuhan informasi yang diperlukan untuk dianalisa kemudian. Selain wawancara mendalam, informasi juga dikumpulkan melalui diskusi kelompok terpusat serta observasi kegiatan Program DPS serta tempat para pasien berkegiatan dan berinteraksi. Tiap pengambilan data primer direkam secara audio untuk kemudian dibuat transkripnya. Terutama untuk wawancara mendalam dan kelompok diskusi terarah, subyek-subyek pertanyaan telah disusun sedemikian rupa sehingga sesuai dengan kerangka kerja logis rangkaian kajian. Subyek-subyek pertanyaan secara khusus disusun agar hasil kajian dapat berkontribusi dalam meningkatkan dan memperbaiki program DPS bagi pasien PTRM.

Adapun kriteria eksklusi dalam tahap satu adalah pasien metadon yang hanya mengikuti program kurang dari tiga bulan. Informasi digali dari dua kelompok, a] klien yang menyelesaikan Program DPS dan pernah mengakses konseling individu/keluarga atau intervensi kelompok, dan b] pasien PTRM yang tidak terlibat dalam program (grup kontrol). Untuk melihat sejauh mana perubahan dan manfaat yang dihasilkan dari program,

konfirmasi dilakukan melalui orang terdekat klien Program DPS sebagai sumber informasi. Kriteria inklusi untuk orang terdekat termasuk; pasangan/suami/istri/orang-tua/sahabat/rekan kerja yang sudah mengetahui keterlibatan peserta dalam PTRM dan/atau dukungan psikososial minimal sejak enam bulan yang lalu. Masing-masing kelompok terdiri dari lima orang, berusia di atas 18 tahun, bukan sesama pasien metadon, dan berdomisili di Bandung dan sekitarnya. Adapun kriteria eksklusi untuk orang terdekat adalah sesama pengguna metadon, berusia kurang dari 18 tahun, dan baru mengetahui penggunaan metadon/situasi adiksi peserta selama kurang dari tiga bulan.

Pertimbangan Etik dalam Pengambilan Data

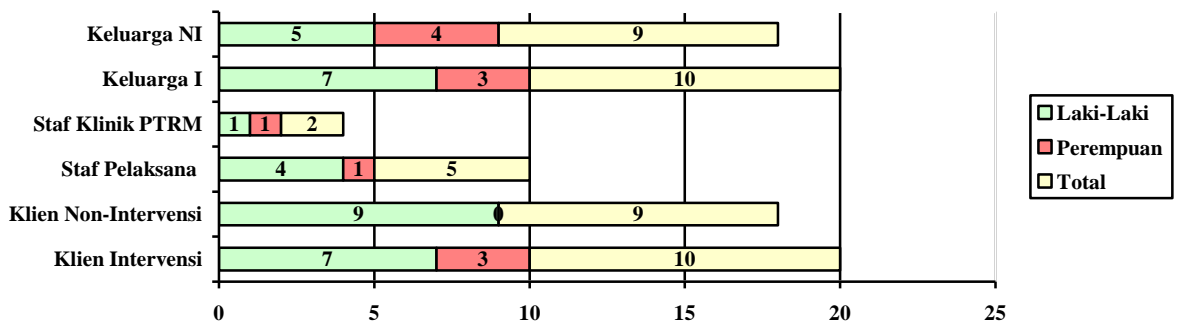
Studi dilaksanakan dengan dukungan persetujuan etik penelitian yang telah diperoleh dari Komisi Etik Universitas Katolik Atmajaya Jakarta (No.561/III/LPPM-PM.10.05/06/2013). Data dan informasi yang diperoleh bersifat konfidensial dan anonim dan hanya digunakan hanya dalam lingkup studi ini saja. Pertanyaan yang diajukan dibuat sesederhana mungkin agar mudah dipahami oleh peserta dan tidak hanya terfokus pada konteks lingkup penelitian ini saja. Begitupula keterlibatan peserta dalam studi ini bersifat sukarela. Peserta direkrut untuk berpartisipasi dengan menggunakan lembar rekrutmen yang dipromosikan oleh staf pelaksana program RC. Penjelasan mengenai tujuan studi dan bagaimana mekanisme pengambilan data tertulis di lembar informasi dasar, dan bila peserta setuju untuk berpartisipasi dalam studi ditandai dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

Bagian 3: TEMUAN

Karakteristik Responden

Data yang terkumpul berasal dari 45 responden yang dibagi menjadi enam kriteria, yaitu: 1) Klien Intervensi; 2) Klien Non-Intervensi; 3) Staf Pelaksana Program DPS; 4) Staf Klinik PTRMI; 5) Keluarga /Orang Terdekat Klien Intervensi; dan 6) Keluarga /Orang Terdekat Klien Non-Intervensi. Pada pelaksanaan pengambilan data, jumlah *sampling* dapat dikatakan sesuai dengan rencana perhitungan jumlah *sample* sebelumnya, kecuali jumlah klien non-intervensi yang kurang 1 orang dari target yang ditetapkan (*lihat diagram 1*). Hal ini dikarenakan jam yang ditetapkan untuk melakukan temu wawancara tidak tepat waktu. Mengingat fokus utama dalam evaluasi ini dilakukan dengan melihat perbedaan antara perkembangan klien intervensi dan klien non-intervensi, maka dalam tabel 2 data demografi dapat terlihat bahwa hanya klien intervensi yang memiliki peserta perempuan. Data ini konsisten dengan perbandingan jumlah klien PTRM yang 95 persen didominasi oleh klien laki-laki. Hal menarik yang ditemukan adalah bila membandingkan pencapaian sosial seperti bekerja dan berumah tangga, terlihat bahwa klien non-intervensi memiliki pencapaian status sosial yang lebih baik dibandingkan dengan klien intervensi, walaupun tanpa dukungan program DPS. Walaupun temuan tidak dapat digeneralisir, namun faktor memiliki pekerjaan dan dukungan internal seperti pasangan dapat membantu meningkatkan aspek psikososial klien metadon.

Diagram 1: Sampel Evaluasi Program Dukungan Psikososial Rumah Cemara



Tabel 2: Karakteristik Responden Klien Intervensi dan Non-intervensi (2013)

| Karakteristik | Klien Intervensi | | Klien Non-Intervensi | |
|---------------------------------|------------------|----|----------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| <u>Jenis kelamin</u> | | | | |
| Laki-laki | 7 | 70 | 9 | 100 |
| Perempuan | 3 | 30 | 0 | - |
| <u>Satus pekerjaan</u> | | | | |
| Bekerja | 5 | 50 | 8 | 88 |
| Mengangur | 5 | 50 | 1 | 12 |
| <u>Status Pernikahan</u> | | | | |
| Menikah | 5 | 50 | 7 | 77 |
| Tidak Menikah | 4 | 50 | 2 | 22 |
| Bercerai | 1 | 10 | 0 | 0 |

Reach – Cakupan Program

Mayoritas pasien yang terdaftar di klinik PRTM RSHS sudah pernah terlibat dalam Program DPS. Pada saat Program DPS dimulai pada pertengahan tahun 2011, jumlah pasien yang terdaftar di RSHS berjumlah sekitar 130 orang. Namun, pada saat evaluasi dilakukan di tahun 2013, jumlah pasien sudah berkurang menjadi sekitar 60 orang saja. Dari jumlah pasien aktif yang terdaftar, sekitar lebih dari 80 persen sudah pernah mengikuti Program DPS yang diselenggarakan RC. Walaupun setiap termin hanya dapat mengakomodir maksimal 15 orang peserta, akumulasi jumlah peserta program yang sudah dilaksanakan sebanyak empat termin ini dapat dibaca mencakup hampir seluruh pasien aktif PTRM.

Sayangnya, pada saat audit dokumentasi program, diketahui bahwa data mengenai cakupan jumlah klien tidak dapat diketahui secara pasti karena RC tidak memiliki *database* yang mencatat berapa banyak pasien PTRM yang sudah pernah terdaftar sebagai peserta Program DPS berikut dengan informasi siapa saja yang berhasil menyelesaikan program secara lengkap dan siapa yang hanya datang beberapa kali saja. Pada dua termin pelaksanaan Program DPS, akhirnya tidak ada kekhususan peserta yang terlibat dalam pertemuan.

“Gelombang satu tuh isinya..15 apa sepuluh ya..10..9 atau 8, turun lagi...sampe ke akhirnya ke gelombang 4 itu hanya sedikit... mulai susah nyari klien baru..terus ada permintaan klien lama..jadi klien lama teh pada datang lagi gitu ke sini..jadi pada nongkrong disini..kadang-kadang...akhirnya mempertimbangkan..ya udah lah, rubah jadi 15..jadi isinya orang-orang campuran” (DKT Pelaksana program)

“Dari pas dulu, dulu mah kan masih ya pertama kali mah seminggu tiga kali, terus sekarang kan sampe seminggu jadi dua kali.” (KI003, klien Intervensi)

Bila kita melihat lebih dalam ke arah kualitas Program DPS yang diterima klien, nampak perbedaan yang diterima klien termin pertama dengan termin selanjutnya. Pada pelaksanaan program di termin-termin awal, terdapat rangkaian *assessment* awal klien dengan waktu pertemuan seminggu tiga kali yang dilaksanakan dalam durasi waktu spesifik.

Namun, situasi [kuantitatif] pasien PTRM dan juga keterbatasan sumber daya yang dimiliki RC memaksa perubahan mekanisme program yang dijalankan. Situasi-situasi seperti perbedaan jumlah klien, tidak terpantaunya evaluasi hasil *assessment*, sangat minimnya klien yang mengakses sesi konseling individu yang disediakan, dan klien tidak menyelesaikan program DPS sesuai kurikulum akhirnya terjadi dalam pelaksanaan Program DPS.

"...udah gitu ada staf dari kita yang di situ juga bertugas untuk awalnya intake assessment, jadi ada data-data klien dulu dimasukin..nanti keluar dari situ juga..itu ada..masuk ke [menyebut satu nama], konselor adiksi..itu nanti ama dia di WHOSQL, sekaligus sama rencana konseling dan seterusnya... memang ada permasalahan juga..karena memang kan waktu itu ada konselor adiksi..yang memang incharge di sini untuk memfasilitasi kebutuhan temen-temen metadon juga..tapi..ya..timbul tenggelam" (DKT Pelaksana program)

"kebanyakan mereka iya, tapi kemudian meragu untuk masuk ruangan. Ada pun yang masuk itu kebanyakan itu biasanya sudah di-push atau dipaksa dulu oleh [menyebutkan nama staf RC]." (PS01, konselor)

"Karena [menyebutkan nama] ngerasa belum ada belum ada masalah yang serius banget [untuk mengakses konseling individu]." (K1001, klien intervensi)

Disinyalir bahwa perubahan pada setiap tahapan implementasi program DPS terjadi karena tidak ada dokumen baku yang dapat dijadikan panduan pelaksanaan program. Hal ini menyebabkan pada saat pelaksana program menemukan situasi yang berbeda dari sebelumnya akhirnya mengambil langkah untuk menyesuaikan program dengan kenyataan. Di satu sisi, program yang fleksibel dapat berdampak baik untuk mengakomodir kebutuhan lapangan. Namun di sisi lain, fleksibilitas juga dapat mempengaruhi pencapaian tujuan program yang telah ditetapkan. Contohnya, adanya perbedaan cara mengukur keberhasilan klien di tiap-tiap termin [atas fleksibilitas] menyebabkan keberhasilan individual klien tidak dapat diukur secara konsisten, yang akhirnya berdampak pada kesulitan mengetahui sejauh mana program DPS berhasil berkontribusi dalam perbaikan aspek bio-psiko-sosial penerima manfaat.

"Cuma gue ga punya alat ukur, sebenarnya mereka ini keberhasilannya dimana sih?" (DKT pelaksana program)

Effectiveness – Tingkat Efektivitas Program

Sejauh mana efektivitas Program DPS dapat diukur melalui sejumlah aspek yang berkaitan dengan tujuan program yang telah dibuat? Dalam konteks evaluasi ini, fokus perbandingan dilihat dari empat hal; penggunaan napza lain selama terapi dibandingkan dengan dosis nyaman metadon, tingkat percaya diri, adaptasi sosial, dan hubungan dengan petugas klinik. Dalam konteks penggunaan napza lain dan dosis nyaman metadon, ditemukan bahwa klien intervensi dan non-intervensi yang berpartisipasi dalam evaluasi telah menjalani PTRM dengan durasi yang beragam: mulai tiga bulan hingga tujuh tahun. Dosis metadon klien intervensi dan non intervensipun beragam antara 20 ml hingga 200 ml, baik pasien yang menjalani terapi antiretroviral (ART) ataupun tidak. Lazimnya, lama terapi metadon

berkontribusi pada dosis nyaman klien yang akhirnya memperbaiki aspek sosial dan psikologisnya.

“Semenjak ikut program MMT (Program DPS), saya merasa lebih, yang dulunya saya kebanyakan diam di Hasan Sadikin, saya banyak masih menggunakan putaw tiap hari, metadon, terus obat-obatan. Ya semenjak ikut program DPS dan gabung sama difasilitasi sama Rumah Cemara, Alhamdulillah saya bisa meminimalis emm pemakaian heroin sama obat-obatan. Tapi saya masih tetap off-on-off. Tapi nggak tiap hari gitu.” (KI008, klien Intervensi)

“Dosis metadon sekarang 80, udah stabil. Saya juga lagi program turun. Dua minggu sekali saya turun lima, sebelumnya saya 120. Soalnya kalau ikut program kan mesti di tes urin... kalo urin masih positif Benzo atau Heroin pasti turun juga ga’kan di ACC.. Makanya saya turunnya program sendiri saja, bisa kan bisa kaya gitu juga... iya, takarannya dikurangin sendiri” (KI001, klien intervensi)

Namun, terlepas dari apakah klien sudah masuk dalam tahap dosis yang nyaman, evaluasi ini menemukan bahwa mayoritas klien intervensi saat ini masih menggunakan napza lain selama mengikuti terapi MMT, berjenis heroin dan benzodiazepine (lihat tabel 2). Bahkan sebagian klien intervensi tidak melihat adanya hubungan antara keikutsertaan dalam Program DPS dengan PTRM mereka. Sebaliknya, hanya sebagian kecil klien non intervensi yang masih menggunakan napza lain saat ini. Umumnya pemakaian napza lain pada klien intervensi dan non-intervensi terjadi saat awal terapi karena dosisnya yang rendah dan saat mencoba menurunkan dosis.

“Saya dua minggu sih..terakhir wakap tuh dua minggu yang lalu...baru ini lagi..tadi karena keluar...” (KI010, klien intervensi)

“Ga ada hubungannya sih..kalo misalnya MMT (Program DPS – red) dengan dosis [menyebutkan nama sendiri] ga ada hubungan..” (KI002, klien intervensi)

Tabel 3: Perbandingan Dosis dan Penggunaan Napza Lain Klien Intervensi dan Non-intervensi

| NO | Klien intervensi | | | Klien non-intervensi | | |
|----|------------------|------------|-----------------------|----------------------|------------|----------------|
| | Kode ID | Dosis (ml) | Napza > 3 bln | Kode ID | Dosis (ml) | Napza > 3 bln |
| 1 | KI001 | 80 | Benzodiazepine | KN001 | 20 | Heroin |
| 2 | KI002 | 105 | Benzodiazepine | KN002 | 40 | Benzodiazepine |
| 3 | KI003 | 30 | Benzodiazepine | KN003 | 100 | None |
| 4 | KI004 | 125 | Benzodiazepine+heroin | KN004 | 95 | None |
| 5 | KI005 | 130 | Benzodiazepine | KN005 | 135 | Benzodiazepine |
| 6 | KI006 | 7.5 | None | KN006 | 47.5 | None |
| 7 | KI007 | 40 | Not Available data | KN007 | 115 | Benzodiazepine |
| 8 | KI008 | 77.5 | Benzodiazepine+heroin | KN008 | 25 | None |

| | | | | | | |
|----|--------|----|----------------|-------|----|----------------|
| 9 | KI009 | 80 | Benzodiazepine | KN009 | 40 | Benzodiazepine |
| 10 | KI010* | 65 | Heroin | | | |

*) responden sudah tidak terdaftar sebagai pasien PTRM dalam 2 bulan terakhir

Temuan yang menarik adalah pengakuan bahwa adanya pekerjaan (dengan jam kerja yang rutin) membantu klien metadon untuk mengurangi penggunaan napza lain selama terapi. Situasi ini disinyalir terjadi karena dampak waktu luang yang termanfaatkan dengan baik setelah dosis nyaman terpenuhi. Selain itu, konsentrasi waktu klien yang terfokus pada jam kerja memaksa mereka untuk membatasi pergaulan dengan sesama rekan pengguna metadon. Informasi tentang ketersediaan napza dan pemicu keinginan untuk menggunakan napza menjadi sangat terbatas. Akhirnya, pola kebiasaan baru mulai tumbuh dan klien terbiasa untuk melakukan aktivitas tanpa napza lain. Temuan ini dapat menjadi salah satu hal penting untuk dimasukkan dalam Program DPS, baik sebagai salah satu faktor pendorong maupun indikator keberhasilan.

"Nah, rata-rata dengan orang..atau klien-klien metadon yang bekerja itu tingkat ngemixnya itu lebih rendah gitu.. Beda sama yang tidak bekerja.. Bisa keliatan lah.."
(PK01, Petugas klinik)

"...kebanyakan sih kalo lagi emosinya ga gini yahtapi kalo fokusnya lagi ke kerjaan atau ada kegiatan lainnya gitu hilang gitu sih" (KN002, klien non-intervensi)

Dalam konteks hubungan sosial dan personal seperti percaya diri dan perbaikan relasi, ditemukan bahwa klien intervensi merasakan perbaikan yang signifikan dibandingkan sebelumnya. Hampir semua klien intervensi merasakan ada peningkatan kualitas hubungan dengan pasangan atau keluarganya. Mereka merasa lebih bisa percaya diri dan dapat diterima dan berinteraksi dengan keluarga. Ada juga yang merasa bahwa lingkungan tetangganya lebih dapat menerimanya lagi. Hal serupa juga ditemukan di semua klien non-intervensi. Mereka merasakan manfaat keikutsertaan mereka dalam PTRM membantu mereka dalam perbaikan kualitas hubungan ke pasangan dan keluarga serta bersosialisasi dengan tetangga atau lingkungan rekan kerja. Begitu juga dengan yang berwirausaha, mereka makin mendapat kepercayaan dari keluarga untuk berusaha sendiri dalam mengelola usahanya. Terlepas dari perbaikan hubungan sosial, baik klien intervensi dan non-intervensi tidak terbuka terhadap keluarga tentang keikutsertaannya di PTRM dengan alasan kenyamanan diri.

"Alhamdulillah semenjak saya ikut Metadon, program DPS acara keluarga ya saya sering berbaur sama keluarga ikut" (KI008, klien intervensi)

"jadi ada waktu itu..jadi dipake buat sosialisasi he..eh" (KN002, klien non-intervensi)

"mungkin dari yang ngebantu mungkin dari segi komunikasi. Soalnya saya memang agak susah dalam ada hambatan lah dalam segi komunikasi. Ya maksudnya bukan bukan tertutup, agak kalau bicara di depan umum tuh agak [gak PD'an]. Yaa itu... setelah ikut MMT ya sedikit-sedikit ngebantu lah." (KI001, klien intervensi)

Hal ini terkonfirmasi dari wawancara dengan orang terdekat klien intervensi yang juga menyatakan manfaat keikutsertaan dalam program DPS terasa karena klien menjadi lebih

terbuka dan percaya diri. Sayangnya, hampir semua orang terdekat tidak mengetahui tujuan program DPS dibuat untuk perbaikan psikososial klien. Kebanyakan keluarga dan orang terdekat melihat bahwa program DPS dibuat lebih untuk mengisi waktu dan mendapatkan pengetahuan saja. Kelompok orang terdekat klien non intervensi juga merasakan manfaat PTRM dapat membuat klien lebih fokus dan teratur dalam beraktivitas. Seharusnya, keluarga dan orang terdekat dapat menjadi potensi untuk membantu peningkatan kualitas psikososial pasien PTRM.

Catatan penting dari hasil temuan yang dapat dijadikan masukan untuk perbaikan proram ke depan adalah adanya peningkatan kepercayaan diri pada klien intervensi dengan mulai adanya keterbukaan dengan pasangan atau keluarga bahkan interaksi dalam lingkup keluarga besar. Namun untuk beraktivitas atau berinteraksi dalam lingkungan sosial yang lebih luas masih sangat terbatas. Kegiatan keseharian klien intervensi masih dalam lingkup komunitas pengguna napza. Klien intervensi mendapatkan dukungan dari orang terdekat mereka, namun masih sebatas untuk mengisi waktu untuk beraktivitas saja. Di sisi lain, walaupun tanpa mendapatkan intervensi Program DPS, klien non intervensi sudah merasakan peningkatan hubungan sosial dengan keluarga dan lingkungan kerja dan usaha mereka. Hal ini sekaligus membuat mereka mendapatkan dukungan sosial untuk melanjutkan terapi secara benar.

Dalam konteks relasi dengan petugas klinik PTRM bersifat datar. Baik klien intervensi maupun non-intervensi merasakan hubungan dengan staf klinik sebagai “baik-baik saja”. Hanya sebagian kecil yang pernah merasakan diperlakukan kurang baik dengan penggunaan bahasa yang dianggap kurang sopan. Namun hampir semua klien mengeluhkan sulitnya untuk berkonsultasi dengan dokter, kesulitan dalam melakukan turun/naik dosis serta tata-laksana *take home dose* (THD) sehingga klien hanya melakukan rutinitas terapi tanpa pernah merasa butuh berkonsultasi secara berkala ke dokter klinik PTRM. Bahkan beberapa klien memutuskan menakar sendiri untuk menurunkan dosisnya secara bertahap tanpa sepengetahuan dokter.

Situasi ini diperkirakan terjadi karena minimnya interaksi antara pelaksana program DPS dengan pihak PTRM untuk menciptakan sinergitas kegiatan dan peningkatan manfaat pada klien. Walaupun tidak terjadi hal terkait stigma dan diskriminasi antara petugas klinik dan klien. Namun dapat dilihat lemahnya kualitas komunikasi dan sinergi antara klien, klinik PTRM dan pelaksana program DPS. Hal ini mengakibatkan hampir semua klien melaksanakan terapi metadon tanpa pemahaman yang tepat (tujuan terapi, adiksi, dan tata laksana terapi). Tidak adanya komunikasi dan sinergitas antara pelaksana klinik PTRM dan pelaksana program DPS mengakibatkan manfaat terapi dan manfaat keikutsertaan klien belum berjalan optimal. Perbaikan program ke depan harus dapat mengakomodir hubungan dengan petugas klinik, baik dari sisi klien dan juga dari sisi RC sebagai pelaksana program.

Adoption – Pengadaptasian Program

Pada awal perencanaan dan saat program baru berjalan, mekanisme kordinasi dan komunikasi dengan *stakeholders* sudah dilakukan oleh RC. Pada saat itu, *stakeholder* utama yang dijadikan target komunikasi dan kordinasi adalah klinik PTRM, baik dengan pimpinan program PTRM, staf pelaksana klinik dan juga dengan lembaga penelitian yang tergabung

dengan RSHS. Hal ini sudah sesuai dengan logika program, karena PTRM RS Hasan Sadikin adalah mitra utama yang menyediakan layanan PTRM di Bandung. Bahkan, proses perancangan program dan seleksi pemilihan awal peserta untuk terlibat dalam program DPS dibicarakan secara bersama. Proses ini menjadi titik awal yang positif karena dapat menjadi pintu masuk ke arah keberlanjutan program ke depannya. Sayangnya, setelah program berjalan di kemudian hari, proses koordinasi mulai berkurang. Situasi ini ditambah dengan alur komunikasi antara RC dan petugas PTRM tidak dilakukan secara rutin dan terjadwal.

“Staf klinik metadon..jadi ada rekomendasi dia, ada rekomendasi dari anak komet.. Sebelumnya juga, gue pernah dilibatin sama kegiatan koordinasi meeting gitu lah..kayak case conference, sama team klinik PTRM. Si konsep program ini udah sempat gue sampein, malah waktu itu berlanjut kerjasama orang IMPACT. Kita sempat konsultasi terus, gimana sih ngerancang si psikososial support, itu..sampai kan akhirnya keluar konsep nantinya disana ada MK, bertanggung jawab membangun koordinasi antara klien sama orang-orang klinik..” (DKT Pelaksana Program)

“Saya pernah dengar, cuman gak terlalu jelas ya, hanya sepintas aja... Sebenarnya bagus sih untuk dukungan psiko sosial,..dari klinik sendiri mungkin kita gak bisa secara penuh bisa memberikan dukungan itu kan. Bentuk kegiatan di Rumah Cemara sendiri tahu, tapi dukungan psiko sosialnya apa yang diberikan saya belum Gak jelas..[Dengarnya dari] Dari klien dan dari hasil rapat kami..Sepintas pernah rapat staff..” (PK002, wawancara petugas klinik PTRM)

Di sisi lain, harapan dari keluarga dan orang terdekat baik klien intervensi maupun non-intervensi agar program ini dapat lebih dikembangkan sangat besar. Terutama agar program DPS juga dapat menjadi “jendela” untuk klien mampu berusaha dan mendapatkan keterampilan dan pekerjaan mengingat sebagian besar klien intervensi belum memiliki peningkatan status sosial yang signifikan. Bila dikaitkan dengan keberlanjutan program, sangat penting bila dukungan terhadap program DPS dapat tetap berjalan dikemudian hari, walaupun dengan atau tanpa dukungan RC. Saat ini, terkesan program DPS masih berjalan sendiri sebagai sebuah program yang belum terintegrasi dengan program dari *stakeholder* lainnya. Keberadaan *stakeholder* lain juga saat ini belum dimaksimalkan potensinya. Kerja sama kongkrit perlu dilakukan agar program dan klien dapat berkembang dan berkelanjutan. Harapan besar dari para orang terdekat klien juga harus dimanfaatkan sebagai motivasi bagi klien dan pelaksana program serta masukan untuk pengembangan kegiatan Program DPS sesuai dengan kebutuhan nyata klien.

“Ya untuk sekarang sih cuma bisa bilang untuk [menyebutkan nama keluarga] dikasih kegiatan yang lebih positif, maksudnya dikasih usaha apa gitu.. jadi biar mereka ada kegiatan dan pemasukan juga. Dia kan udah gak kerja, suami nya juga.”(KLOT008, keluarga/orang terdekat klien intervensi)

Untuk memastikan bahwa program terus berlanjut diperlukan dukungan dari berbagai pihak. Jaringan koordinasi dan kerjasama yang dibangun RC harus dapat diperluas selain dengan pihak klinik PTRM. Hubungan dengan *stakeholder* terkait seperti KPAP/K, Dinas Kesehatan atau Dinas Sosial dapat dijadikan sasaran selanjutnya. Diskusi mengenai rencana

kongkrit hubungan program DPS dengan program-program pihak lain bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas hasil program dan peningkatan manfaat yang diterima oleh klien.

Implementation – Pelaksanaan Program

Perancangan awal program DPS dilakukan dengan melihat kebutuhan penerima manfaat. Proses kajian lapangan untuk melihat sejauh mana kebutuhan pasien PTRM dan kesenjangan program yang belum terakomodir sudah dilakukan oleh RC. Penggalan kebutuhan dilakukan dengan FGD klien serta diskusi dengan forum Komunitas Metadon (Komet) dan staf klinik PTRM. Jadwal pertemuan kelompok juga disesuaikan dengan jadwal minum metadon klien intervensi untuk menjaga kualitas pertemuan. Masukan yang diterima lantas dituangkan dalam rencana implementasi program. Hasilnya, pada tahapan awal materi yang diberikan mencakup aspek Bio-Psycho-Sosio (lihat tabel 4). Jumlah peserta yang terlibat dalam program ditetapkan antara 10-15 orang dengan jumlah pertemuan seminggu tiga kali selama satu bulan. Pihak RC menyediakan konsumsi ringan dan pengganti uang transport sebesar Rp 25,000,-

“makanya sebelum program mmt support (Program DPS) ini jalan, kita ada assessment dulu..salah satunya adalah FGD juga sama temen-temen metadon di Bandung..”(DKT pelaksana program)

Tabel 4: Materi program dukungan psikososial tahap awal

| BIO | PSYCHO | SOSIO |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis C • SRHR/IMS • HIV/Metadon • HIV/TB • Harm Reduction | <ul style="list-style-type: none"> • Penerimaan diri • art feeling • Penggalan Potensi • management Stress • Group Meeting • Motivasi | <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi skills • Survival skills • Resource access & reveral • peran stakeholders • family outing • kesadaran kritis |

Sumber: Hasil diskusi tahap awal assessment evaluasi dengan staf pelaksana program RC

Pada saat evaluasi program dilakukan, desain pelaksanaan program telah berubah. Jumlah peserta tetap dialokasikan sebanyak 15 orang maksimal untuk setiap pelaksanaan pertemuan kelompok, namun tidak ada kekhususan paket materi yang diberikan. Jumlah peserta juga berubah-ubah, tidak disesuaikan dengan siapa yang kebetulan dapat menghadiri pertemuan. Sesi yang diberikan juga tidak lagi terpatok pada panduan yang sudah dibuat di awal program. Hal ini terjadi karena pada akhirnya jumlah klien metadon yang terlibat bercampur antara angkatan lama dan baru. Sehingga, informasi dasar materi Aspek Biologis menjadi tidak relevan untuk disampaikan berulang. Keputusan ini berpengaruh pada tingkat pemahaman klien terhadap materi menjadi kurang mencukupi (*adequate*). Selain itu, dinamika kebutuhan klien, misalnya kebutuhan klien non intervensi yang berminat ikut serta namun terkendala waktu pelaksanaan (khususnya klien yang sudah

bekerja dan wirausaha) atau kebutuhan pengetahuan pemahaman yang tepat untuk tujuan dan tata laksana PTRM sendiri di mana hampir semua masih menggunakan napza lain selama terapi.

“konselingnya selalu itu-itu juga ya materinya..kalo menurut saya yah pribadi, karna saya sering..yang dibahas itu-itu juga, bisa cari yang lain lah yah..hehehe..metodenya,bahan-bahannya” (KN005, wawancara klien non-intervensi)

“kalo full datang jumlah peserta MMT ada 15 orang, kalo gak full datang paling cuma 7 orang, tapi [sesi] jalan terus” (KI009, klien Intervensi)

“Waktunya aja diganti..kalo bisa sabtu minggu lah ya” (KI010, wawancara klien intervensi)

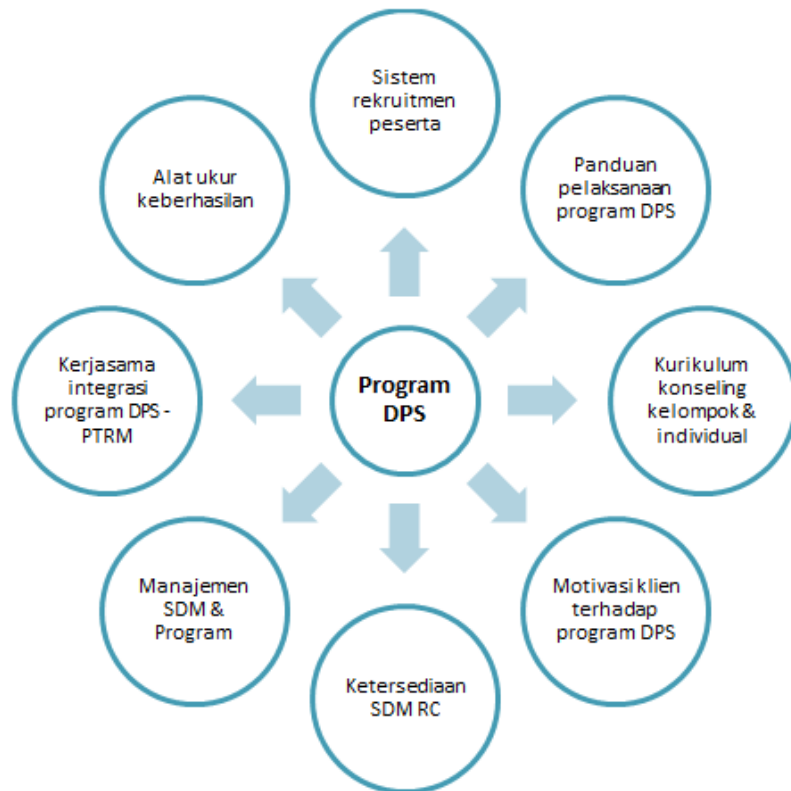
Perbedaan konsep dan implementasi program ditengarai karena tidak tersedianya dokumen baku yang dapat dijadikan acuan untuk keseluruhan prosedur dan tata laksana program. Sehingga pelaksana program dan pihak lain yang mungkin terlibat dalam program kehilangan arah dan acuan dalam mencapai tujuan kerjanya. Akibatnya, pelaksanaan program hanya bersifat parsial dan disesuaikan dengan situasi dadakan (instan) saat itu. Masing-masing kegiatan berdiri sendiri, tidak nampak seluruh rangkaian sebagai satu kesatuan yang komprehensif.

“Saya juga tidak tahu uraian rinci big plan dari program ini secara tekstual,” (PS01, wawancara konselor)

“Ya kemaren juga kebanyakan gitu pas ditanya ke..terutama petugas ya..saya ga bisa apa..menilai sejauh apa perkembangannya..karena tidak ada kurikulumnya..” (DKT pelaksana program)

Bila dirunut, banyak faktor yang mempengaruhi bagaimana implementasi program DPS berjalan yang akhirnya berpengaruh juga pada pencapaian program (lihat diagram 2). Sistem perekrutan peserta program DPS tidak konsisten. Tidak ada kriteria khusus tentang siapa klien yang sesuai untuk terlibat dengan atau menjadi peserta program DPS. Modul baku yang menjadi panduan pelaksanaan program juga tidak tersedia. Dengan banyaknya pergantian staf yang terjadi, otomatis pengertian tujuan dan deskripsi program menjadi terputus antara staf lama dan baru. Ditambah manajemen sumber daya manusia (SDM) dan program yang belum terdokumentasi alurnya dengan jelas, mengakibatkan jalur komunikasi antar staf dan pelaksana program lainnya, misal: konselor, psikolog tidak terlaksana dengan baik. Hal ini juga berkontribusi terhadap alokasi dan penetapan waktu konseling pribadi yang seharusnya diterima klien. Akibatnya, motivasi klien untuk terlibat lebih jauh dalam program DPS dan juga pencapaian psikososial tidak terjadi. Salah satu faktor eksternal untuk situasi ini adalah tidak terdapat jalur komunikasi yang dibangun secara berkala dengan pihak klinik PTRM sebagai “rumah” utama bagi klien program DPS dalam perawatan napza.

Diagram 2: Faktor yang berkontribusi pada pelaksanaan program DPS



Sumber: dari hasil pengolahan data evaluasi

Terlepas dari beberapa faktor yang perlu diperhatikan dalam implementasi program, penerimaan klien intervensi terhadap program DPS cukup baik. Mayoritas klien menyatakan bahwa mereka merasakan manfaat setelah mengikuti program. Hal ini diperkuat dengan pernyataan orang-orang terdekat klien beserta sejumlah harapan yang mereka sampaikan untuk program ini. Namun dalam perkembangannya, penyelenggara kegiatan kurang memperhatikan dinamika akan kebutuhan sesi. Pertemuan kelompok program DPS seolah hanya menjadi pertemuan dukungan sebaya bagi pasien PTRM. Dengan pelaksanaan seperti ini, perkembangan klien menjadi tidak dapat terukur. Di samping itu, karena tidak ada pembatasan jumlah pertemuan, klien menjadi lebih berpotensi untuk kesulitan memperluas jaringan sosial ke tempat lain di luar komunitas metadon. Motivasi klien masih perlu ditingkatkan sehingga pemahaman tentang tujuan dan alasan dari keikutsertaan mereka dalam program DPS terwujud. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah memaksimalkan konseling sebagai bagian program yang memang dirancang untuk DPS.

“Saya pengen ikut program ini ya mungkin lebih lama lagi gitu jangan berenti berenti lah.. soalnya saya perlu sangat perlu.. bener sangat perlu.” (KI005, wawancara klien intervensi, 17)

“Senang.. Jadi lebih berpikir positif aja.. Jadi ga pernah negative thinking duluan gitu.. Jadi, marah atau gimana, nggak.. Tapi setiap ada masalah pasti, eh jalurnya selalu di musyawarahkan dengan baik-baik gitu, karena di circle itu pelajarannya banyak kan gitu ya” (KI009, wawancara klien intervensi)

Untuk mengakomodir kebutuhan program dan para klien, RC perlu segera merespon catatan-catatan atas jalannya program yang di luar rencana tersebut karena untuk beberapa hal seperti memperbaiki sistem perekrutan peserta, menyusun kembali modul pelaksanaan program, penyusunan kurikulum sesi konseling serta penentuan alat bantu ukur, parameter pengukuran keberhasilan program maupun individu sifatnya bukan saja mendesak namun juga mendasar. Karena hal mendasar dapat mempengaruhi dan mengubah operasional dan pengelolaan sumber daya program ini secara keseluruhan. Penerimaan klien yang walaupun masih berskala kecil namun sangat positif ini perlu untuk dimanfaatkan menjadi motivasi peningkatan kualitas program. Dengan merespon hal-hal mendasar di atas maka harapan-harapan tersebut bisa tercapai. Selain itu, Manajemen RC dan pelaksana program perlu lebih peka dan responsif dalam melihat dinamika kebutuhan klien selama jalannya program. Walaupun bisa berarti memodifikasi program dari rencana kerja awal, namun hal ini penting untuk meningkatkan kualitas program seiring jalannya program.

Maintenance – Pemeliharaan dan Keberlanjutan Program

Program DPS yang terpelihara dengan baik berpotensi untuk keberlanjutan program kedepannya. Pemeliharaan program dapat dilihat dari posisi program DPS terhadap program RC lainnya, perencanaan menuju keberlanjutan, komunikasi dan koordinasi internal, ketersediaan pendanaan dan strategi yang dinilai potensial untuk mendukung keberlanjutan program tersebut. Berdasarkan temuan evaluasi menemukan bahwa RC berusaha untuk membuat program DPS tidak eksklusif dengan memanfaatkan program-program yang tersedia di RC. Misalnya, peserta program DPS dilibatkan dalam kegiatan sepakbola, kelompok dukungan sebaya dan rujukan terkait HIV. Hal ini berdampak baik pada peluang klien untuk terlibat dalam kegiatan diluar PTRM dan juga mengasah keterampilan yang didapat dari program DPS. Sayangnya program DPS belum terintegrasi dengan pelaksanaan kegiatan di klinik PTRM RSHS. Komunikasi dengan PTRM hanya dilakukan saat awal program dengan Koordinator program. Komunikasi lanjutan dan pengembangan sinergitas antara program terapi dan program DPS tidak berjalan. Namun nilai positif yang ditemui adalah pihak klinik mendukung jalannya DPS dan berharap ada kerjasama yang lebih kongkrit dengan pelaksanaan PTRM. Hal ini harus dapat ditindaklanjuti oleh RC sebagai salah satu upaya menuju keberlanjutan program.

“Misalnya dari pihak Rumah Cemara ada dukungan psiko sosial, menurut saya itu sangat baik gitu, menunjang program kita..” (PK002, wawancara petugas klinik PTRM)

Bila dilihat dari sisi manajemen program DPS secara khusus, RC masih kesulitan dengan penggunaan SDM yang berkompetensi untuk menjalankan program ini sesuai rencana. Posisi Manajer Kasus (MK) yang pada awalnya termasuk dalam rancangan program DPS belum terisi sampai saat evaluasi berjalan. Selain itu, definisi pekerjaan bagi staf pelaksana program belum tersedia. Hal ini mengakibatkan proses dokumentasi pencapaian program terhambat. Situasi ini disinyalir terjadi karena rotasi staf dan rangkap jabatan pada

pelaksana Pprogram DPS mengakibatkan belum jelasnya pembagian tugas antar staf dan antar program (PO, volunteer, konselor, buddies). Pemahaman konselor dan psikolog yang terlibat dalam program juga masih terbatas sehingga kesulitan untuk berperan secara penuh. Terakhir, sampai saat dilaksanakannya evaluasi, belum terlihat komitmen pendanaan kelanjutan dan pengembangan Program DPS, selain yang tersedia saat ini melalui dukungan dana dari Alliance. Situasi ini dapat memacu RC untuk mencoba melihat sumber dana lokal lain seperti PTRM, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, atau pendanaan yang bersumber dari *Corporate Social Responsibility*.

“Bukan paciweuh..susah orangnya..nyari orang yang tepat untuk posisi itu siapa..minim..minim SDM (DKT pelaksana program)

“Gue mah..kita banyak double job..itu aja” (DKT pelaksana program)

Ehm.. Saya tidak tahu, juntrungan nana, secara tekstual.. Saya juga tidak tahu uraian rinci big plan dari program ini secara tekstual (PS01, wawancara konselor/psikolog)

Beberapa strategi yang dipandang perlu berdasarkan temuan dalam dimensi Maintenance adalah sebagai berikut: peningkatan pemahaman terhadap program DPS dari semua sisi staf juga perlu ditingkatkan (lihat temuan dalam dimensi *Reach* dan *Implementation*). Manajemen atau penanggung jawab program DPS juga kurang merespon dengan cepat kekosongan atau kebutuhan program akan SDM. Komunikasi dan perencanaan kerja yang sinergis bersama dengan pihak PTRM sangat penting untuk meningkatkan kualitas hasil program, maupun manfaat yang akan diterima oleh klien. Untuk penerima manfaat, peningkatan pemahaman klien tentang terapi itu sendiri serta peningkatan kualitas hubungan antara klien dan staf klinik PTRM perlu ditingkatkan. Terakhir, untuk mendukung sinergitas Program DPS dengan program RC lainnya, koordinasi dengan PTRM dan *stakeholders* lainnya yang belum dilaksanakan sampai di tahun kedua pelaksanaan Program DPS perlu dijalankan demi membangun keberlanjutan tersebut.

Bagian 4: DISKUSI

Penilaian Evaluasi dan Pertimbangan Perbaikan Program

Penilaian terhadap Program DPS yang telah dijalankan RC tidak dapat ditentukan secara absolut. Hal ini dikarenakan temuan yang didapat dari evaluasi mengindikasikan adanya *mix-results* dari Program DPS yang dilakukan RC. Secara teori, keberhasilan dapat dilihat dari sejauh mana pencapaian program dibandingkan dengan tujuan dan hasil yang ditentukan sebelumnya. Namun menjadi sulit untuk membuat penilaian absolut tentang program DPS dikarenakan tidak adanya dokumen program yang mencukupi sebagai acuan pengukuran apakah program yang dilakukan sudah sesuai dengan alur dan tujuan awal yang direncanakan. Bila merujuk pada Tabel 5, kompilasi penilaian program berdasarkan dimensi evaluasi menunjukkan hasil yang beragam dan tidak ada perbedaan yang signifikan antara pasien intervensi dan non-intervensi.

Tabel 5: Matrix Hasil Penilaian Program Dukungan Psikososial, 2013.

| | Penilaian ↑ | Penilaian ↓ |
|-----------------------|--|---|
| Reach | - Cakupan program >80% jumlah total klien PTRM ² | - Tidak ada dokumentasi klien dinyatakan lulus dari program |
| Effectiveness | - Hubungan keluarga membaik* - Berhasil meningkatkan percaya diri - Proses adaptasi sosial berlangsung | - Penggunaan napza lain masih berlanjut* - Hubungan dengan petugas klinik sebatas tugas pelayanan* |
| Adoption | - Rencana program tersosialisasi ke mitra - Hubungan baik RC dengan klinik PTRM | - Tidak ada pertemuan lanjutan dengan mitra - Dukungan klinik PTRM berbentuk pemakluman, bukan keterlibatan langsung |
| Implementation | - Ada proses konsultasi awal dengan klien saat fase persiapan program - Klien merasa nyaman dengan metode DPS - Pelaksana program melihat program DPS pada klien | - Tidak ada dokumen yang menjadi standar prosedur operasional DPS - Tingginya rotasi pelaksana program |
| Maintenance | - Komitmen tinggi RC untuk bekerja bagi komunitas napza | - Kordinasi bersifat insidental - Dukungan pendanaan bergantung pada donor |

*berlaku bagi klien intervensi dan non-intervensi

Namun Program DPS mempunyai potensi menjanjikan bila dilakukan beberapa penyempurnaan. Hal ini terlihat dari modal awal yang sudah terbangun seperti; tingkat kepercayaan klien terhadap RC, latar belakang RC sebagai organisasi berbasis komunitas, adanya progres perbaikan kualitas hidup pasien dan hubungan baik RC dengan pihak klinik PTRM. Penyempurnaan program dapat dilakukan dengan menelusuri ulang alur pemikiran Program DPS dan membuat tawaran solusi berdasarkan temuan dalam evaluasi. Kombinasi

² Jumlah klien aktif yang terdaftar di klinik PTRM RSHS tahun 2013

antara keduanya menjadi dasar rancang program yang kemudian menjadi sumber informasi dalam menentukan materi krusial dan bentuk dukungan apa saja yang penting untuk dimasukkan dalam program.

Materi penting yang dapat membantu mengerucutkan desain program dapat bersumber dari dokumen program terdahulu dan temuan dalam evaluasi sehingga dapat menghasilkan tawaran solusi untuk perbaikan program ke depannya. Hal ini sesuai dengan salah satu tujuan kajian operasional program yang tercantum dalam proposal penelitian. Identifikasi masalah dimulai dari penelusuran rancangan awal program yang dibuat oleh RC. Pada umumnya, tujuan program yang jelas dapat membantu fokus program berjalan. Namun, karena dalam dokumen formal RC terkait Program DPS hanya mendeskripsikan komponen program yang akan dilakukan tanpa mencantumkan tujuan dan hasil yang ingin dicapai³, temuan dalam FGD pelaksana program dapat menjadi rujukan awal untuk memformulasikan misi dari dilaksanakannya Program DPS. Minimal, harapan dari setiap staf yang terlibat dalam program dapat diformulasikan menjadi tujuan bersama yang bersifat kolektif.

Tujuan yang dirangkum dari keinginan bersama berpotensi untuk membangun program menjadi lebih kuat karena rasa kepemilikan staf yang tinggi terhadap program. Setelah tujuan bersama diterapkan, tahapan kegiatan yang dapat mendukung tercapainya tujuan dapat dirancang sebagai bagian program yang terintegrasi. Salah satu dari keuntungan menggabungkan dukungan psikososial pada program terapi farmakologi seperti metadon adalah menurunkan angka *drop-out* pasien dan penggunaan opiat ilegal selama dalam terapi (Amato, et al, 2008). Keuntungan ini seharusnya dapat menjadi salah satu alat ukur keberhasilan program. Selain itu, program dukungan yang diberikan dapat mengacu pada peningkatan motivasi pasien/klien untuk bertahan dalam menjalani terapi dan fokus dalam terapinya. Upaya terpadu untuk mencapai tujuan program dapat tercermin dari sesi dan dukungan program yang diberikan.

Informasi penting lainnya yang dapat membantu merumuskan rancangan program adalah melihat keinginan penerima manfaat program, termasuk mempelajari situasi dan kondisi serta kebutuhannya. Temuan dalam evaluasi mengindikasikan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara klien yang mendapatkan intervensi program dengan klien non-intervensi. Bila dicermati lebih dekat, faktor-faktor pendukung bagi klien non-intervensi adalah keluarga dan juga orang terdekat. Lingkungan baru di luar komunitas metadon menjadi salah satu faktor pendukung dari keberhasilan meluasnya hubungan sosial pasien PTRM. Pembelajaran seperti dukungan keluarga/orang terdekat, pekerjaan, pemahaman tentang adiksi dan teman di luar lingkungan metadon dapat menjadi poin yang penting untuk dimasukkan dalam rancangan program.

Program yang berjalan harus dapat memantau sejauh mana rancangan yang dibuat berjalan dengan baik. Hal ini penting untuk dilakukan bukan hanya agar pelaksana program dapat mengukur keberhasilan dari program yang dilakukan, namun juga untuk melakukan evaluasi dari capaian yang didapat. Pada saat RC memutuskan untuk melakukan intervensi Program DPS, keputusan diambil berdasarkan fakta lapangan bahwa terdapat kebutuhan dukungan individual yang bersifat psikososial bagi klien yang tidak dapat dipenuhi oleh klinik PTRM. Sayangnya, setelah program berjalan selama dua tahun, keberhasilan program yang

³ Lihat dokumen "Rumah Cemara CAHR implementation strategy 2012-2014"

dijalankan RC tidak terdokumentasi dengan baik. Hal ini menyulitkan pelaksana program mengukur sejauh mana keberhasilan yang sudah dicapai. Selain itu, penilaian terhadap tingkat kegunaan atau manfaat program bagi klien tidak dapat diketahui.

Belajar dari pengalaman yang didapat dari temuan, Program DPS selanjutnya harus dapat mendokumentasikan hasil capaian program. Alat ukur yang dapat memantau kemajuan klien dan indikator keberhasilan program harus terdokumentasi dengan baik. Indikator keberhasilan program dapat dibuat sesuai dengan tujuan dan hasil yang disepakati di awal program. Misalnya, bila tujuan program adalah membantu klien untuk mengurangi konsumsi *multi-drugs* selama dalam terapi metadon, maka salah satu indikator yang dipantau pada saat awal dan setelah selesai klien mengikuti program adalah jumlah *multi-drugs* yang digunakan. Namun, mengingat karakteristik permasalahan dan situasi individual klien sangat bervariasi, sangat penting untuk menyerahkan mendiskusikan target perubahan psikososial bersama dengan klien. Hal ini dapat membantu klien untuk bertanggung jawab terhadap masalah pribadinya, sekaligus memberikan tuntunan awal untuk masalah pribadi lainnya. Dalam konteks ini, intervensi PDP yang dilakukan RC menjadi “batu pijakan” bagi klien untuk membenahi kehidupannya dan menjadi program yang bersifat memandirikan klien.

Selain target perubahan individual klien, kajian awal atas tingkat ketergantungan dan kondisi kejiwaan klien dinilai perlu untuk dilakukan. Melalui kajian awal, penilaian keberhasilan klien dalam menjalankan program dapat terdokumentasi dengan baik yang berpengaruh pada evaluasi program. Beberapa indikator yang banyak dipakai dalam bidang kesehatan dapat digunakan sebagai acuan dengan proses penyesuaian yang disesuaikan dengan kebutuhan program. Misalnya, dalam SP-36 Health Survey, yang dibuat oleh Ware, Konsinski dan Keller (1994) dapat digunakan sebagai bahan untuk memodifikasi lembar kajian penilaian (*assessment*). Indikator kesehatan fisik seperti; fungsi fisik (*physical function*), peran fisik (*physical role*) dan tingkat rasa sakit tubuh (*body pain*) dapat dipilih yang sesuai dan berhubungan dengan pengaruh kesakitan akibat dosis metadon yang belum tepat (tidak nyaman). Sedangkan untuk komponen kejiwaan, indikator besar seperti kesehatan mental, peran emosional, fungsi sosial dan vitalitas dapat digunakan untuk mengukur dan mengkaji situasi sebelum dan sesudah mengikuti program.

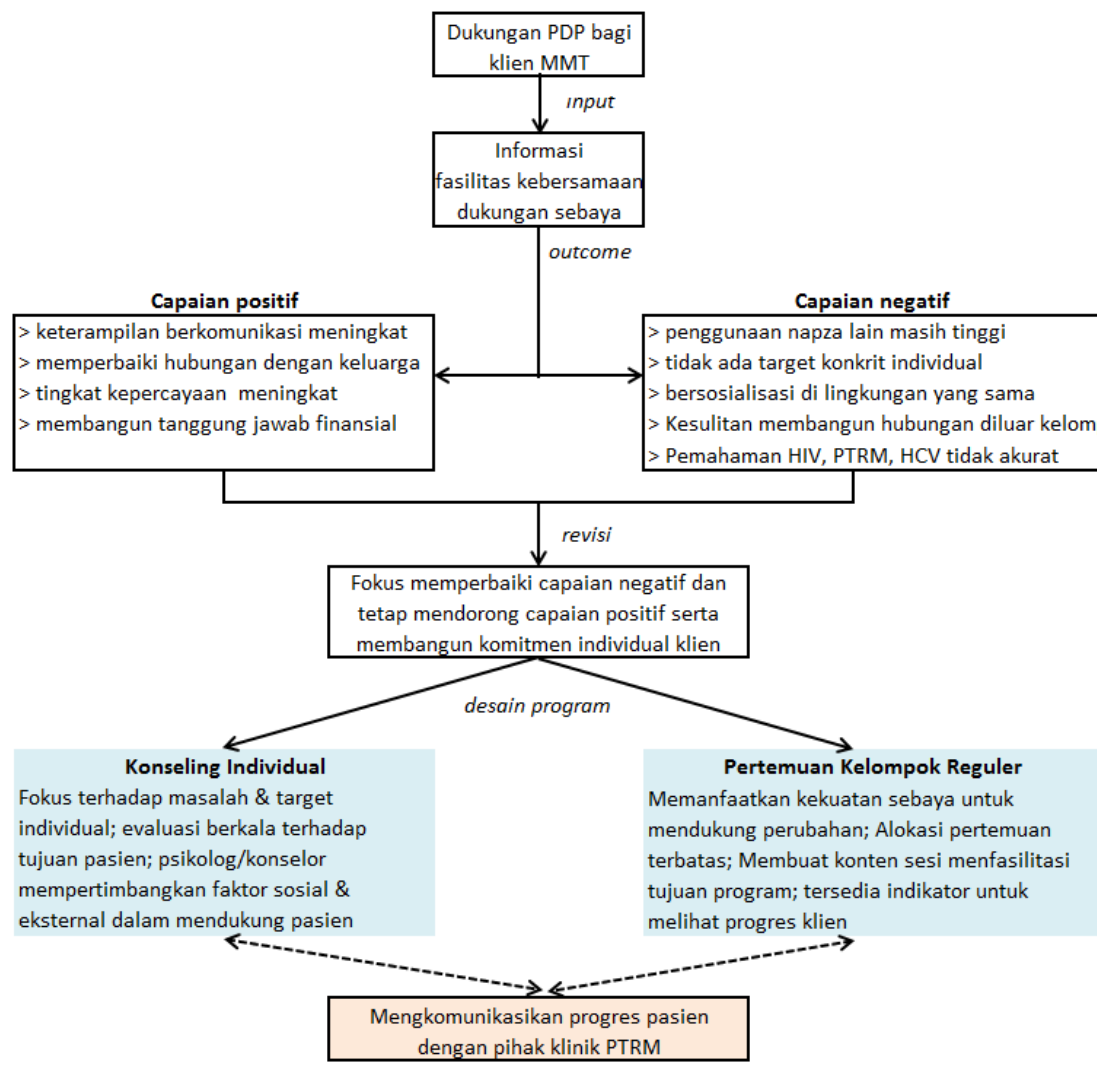
Dalam melakukan penilaian, indikator yang melihat kesehatan fisik dan mental perlu dikaji sebagai alat ukur keberhasilan program. Beberapa indikator kesehatan fisik dan mental yang terdapat dalam SP-36, bila melihat temuan dalam evaluasi, dua pendekatan dapat dikombinasikan untuk merancang program yang dapat memandirikan klien: dukungan kelompok; dan dukungan individual. Dukungan kelompok dipilih mengingat dalam hasil evaluasi ditemukan bahwa rasa percaya diri dan keterampilan komunikasi klien terbantu melalui diskusi dan berbagi di dalam kelompok. Selain itu, informasi penting menyangkut masalah ketagihan napza dan kesehatan klien juga dapat difasilitasi dalam pertemuan melalui sarana belajar bersama. Metode diskusi bersama dapat memacu proses mempelajari pengetahuan baru dan memancing pertanyaan dalam konteks yang tidak terlalu formal sehingga dapat meningkatkan pemahaman personal dan meningkatkan rasa partisipasi dalam program (Barry et al, 2011). Paket materi dapat diberikan dalam beberapa pertemuan kelompok dengan bantuan fasilitator atau narasumber, tergantung dengan muatan materi saat itu. Perlu diingat bahwa kualitas fasilitator atau nara sumber sangat penting dalam membantu perkembangan pengetahuan dan bekal keterampilan klien

sehingga harus diseleksi dengan baik. Selain itu, pembatasan durasi pertemuan sebisa mungkin disesuaikan dengan waktu belajar efektif klien metadon. Jumlah pertemuan kelompok yang terlalu banyak dapat mengakibatkan ketergantungan klien terhadap teman sekelompok dan menghambat upaya memperluas hubungan sosial diluar lingkungan metadon.

Dukungan individual dalam Program DPS diperlukan untuk memastikan asistensi terfokus dapat diberikan dalam membantu pencapaian target personal. Klien dengan latar belakang ketergantungan napza memiliki dampak psikologis yang berpengaruh dalam kehidupannya (Kalivas & Volkow, 2005; Kreek & La forge, 2007). Hal ini mengakibatkan proses pemecahan masalah dan pendekatan sosial berbeda dengan orang tanpa masalah ketergantungan napza. Sehingga, penanganan intensif secara individu diperlukan untuk membantu mengatasi masalah personal sehingga memerlukan penanganan psikologis khusus. Peran konselor dapat sangat membantu dalam proses penguraian masalah dan pencapaian target individu klien.

Berbeda dengan dukungan kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan, konseling individu utamanya bertujuan untuk membantu klien dalam membuat dan mencapai target pribadi. Metode mengkaji kekuatan diri dalam menentukan pilihan dinyatakan telah memberikan dampak positif dalam memberikan pengaruh langsung dan tidak langsung dalam perilaku pengguna napza (Kerr, et al, 2004). Target dapat dipilih sesuai dengan masalah yang dihadapi klien atas bantuan konselor. Hasil penelitian dari Joe dan rekan (1995) menunjukkan bahwa klien pengguna napza yang mengikuti sesi konseling individual minimal dua kali dalam sebulan berpengaruh pada pengurangan dosis napza lain saat dalam terapi metadon. Dokumentasi perkembangan klien dapat dilakukan setiap pertemuan untuk mengetahui sejauh mana proses pencapaian target sudah dilakukan dan juga sebagai catatan psikolog/konselor untuk memberikan perangkat panduan.

Diagram 3: Hasil Temuan dan Rancangan Solusi Program Dukungan Psikososial Pasien PTRM



Konsekuensi Manajerial

Perubahan rancangan program DPS secara langsung memiliki dampak terhadap sumber daya, dan pada akhirnya bermuara di manajemen organisasi. Bila sebelumnya RC hanya mengandalkan satu orang staf pengelola program untuk mengawasi dan mengatur program, dengan rancangan yang baru setelah perbaikan maka kebutuhan sumber daya manusia menjadi berubah. Konseling individual mengharuskan RC mengalokasikan kecukupan jumlah konselor yang bertanggung-jawab khusus dalam memantau perkembangan klien. Staf pelaksana program tetap dibutuhkan untuk proses seleksi awal calon klien, mengatur kesepakatan waktu pertemuan dan perjanjian dengan nara sumber. Mengingat rancangan Program DPS versi perbaikan memiliki dua komponen dukungan klien yang berjalan simultan, kordinasi yang baik antara staf pelaksana program dan konselor dibutuhkan terutama dalam hal menyampaikan situasi perkembangan setiap klien. Koordinasi dapat mencakup informasi terkait interaksi sebaya, jadwal pertemuan kelompok dan konseling, target serta perkembangan individual klien.

Penambahan sumberdaya manusia otomatis berpengaruh terhadap biaya dan manajemen. Dukungan pendanaan bergantung pada jumlah staf yang didedikasikan untuk Program DPS, durasi program, dan biaya operasional program. Untuk organisasi dengan dukungan pendaan yang terbatas, sangat penting untuk memiliki strategi alokasi sumber daya yang tepat. Misalnya, pembatasan jumlah pertemuan kelompok dapat secara otomatis mengurangi biaya operasional pelaksanaan program. Selain itu, pengaturan waktu konseling dan pembatasan jumlah klien yang mendapatkan konseling individu harus diatur secara efisien. Mengingat program yang dibuat mengharuskan setiap klien mendapatkan dua komponen dukungan, maka strategi ideal adalah membatasi jumlah klien per termin pelaksanaan program. Pembatasan jumlah klien selain dapat mengurangi beban sumber daya, dapat juga meringankan beban manajemen organisasi karena beban dokumentasi dan monitoring juga menjadi salah satu produk dalam rancangan perbaikan.

Keberlanjutan Program

Salah satu hal penting lainnya yang berhasil teridentifikasi dalam evaluasi ini adalah posisi kesinambungan program dalam konteks di masa mendatang. Awalnya, Program DPS dirancang RC untuk mendukung program nasional PTRM melalui celah bantuan psikososial yang belum terpenuhi. Dalam pelaksanaannya, RC bertindak sebagai organisasi pemrakarsa melalui bantuan finansial lembaga donor. Untuk meningkatkan kesinambungan Program DPS di masa mendatang, selayaknya kerja sama yang dibangun RC dengan klinik PTRM memiliki visi untuk memasukkan Program DPS sebagai salah satu komponen pelayanan yang akan diterima oleh pasien metadon di klinik PTRM. Dengan visi kemandirian program, maka kerja sama yang dibangun bukan hanya sekedar kordinasi tentang progres pasien, namun memasukkan unsur advokasi untuk keberlanjutan program dan membutuhkan pendekatan yang lebih intensif dan konsisten. Dalam konteks ini, RC bertindak sebagai pioner Program DPS. Setelah program berhasil terintegrasi dengan klinik PTRM, maka RC dapat melakukan ekspansi atau replikasi di klinik PTRM kota lain.

Berbagai pendekatan advokasi dapat dilakukan oleh RC dalam upaya mewujudkan visi kesinambungan Program DPS. Pada tahapan pengenalan program, RC dapat berbagi mengenai rencana dan tujuan program yang akan dijalankan. Pastikan bahwa pertemuan dihadiri baik oleh pihak klinik yang berkompetensi untuk mengambil keputusan maupun pelaksana teknis pelayanan PTRM. Selanjutnya, pertemuan reguler dapat dilakukan selama proses program berjalan. Tujuan pertemuan pada tahapan ini lebih ke arah memberikan perkembangan terkini terkait pencapaian program dan progres klien PTRM yang terlibat dalam PDP. Sangat penting untuk memastikan bahwa diskusi terfokus pada topik dosis nyaman metadon, kebutuhan konseling dan kebutuhan rujukan kesehatan bagi klien. Hindari topik mengenai kehidupan ataupun permasalahan personal klien yang bersifat konfidensial. Tahapan terakhir adalah pendekatan berkelanjutan untuk memastikan program dapat diadopsi sebagai bagian dari layanan klinik PTRM. Proses ini dapat memakan waktu yang lama, tergantung dari strategi dan pendekatan yang dilakukan RC. Saat melakukan advokasi, pastikan sejauh mana keberhasilan dari program DPS berdampak pada

kehidupan klien dapat dilakukan. Selain itu, sangat penting untuk bernegosiasi dan menyesuaikan desain dengan sumberdaya dan sistem yang ada di klinik PTRM.

Hal lain yang akan memberikan nilai tambah pada aspek ini adalah jika RC mampu untuk mewujudkan kerja sama dengan pihak lainnya yang potensial memberi manfaat tambahan bagi peserta Program DPS, misalnya Dinas Tenaga Kerja, Dinas Sosial, dunia kerja secara umum dan lain-lain. Dengan adanya kerja sama kongkrit tersebut makin banyak pasien PTRM yang akan berminat mengikuti program dan makin membangun memotivasi peserta program untuk meningkatkan capaiannya dalam program.

Bagian 5: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan

Secara umum, program DPS bagi klien metadon yang dilakukan RC memiliki kontribusi manfaat dan berpotensi untuk dikembangkan lebih lanjut dengan beberapa perbaikan. Meskipun tidak terdokumentasi dengan baik dalam progres implementasi program, hasil evaluasi menemukan adanya keinginan dari klien intervensi untuk meningkatkan kesejahteraan hidupnya. Perubahan motivasi klien dalam konteks daya saing ekonomi, berkomunikasi, memperbaiki hubungan keluarga dan menurunkan dosis metadon sebagai upaya abstinen ditemukan di sebagian besar peserta program DPS. Sayangnya, motivasi klien yang mulai terbangun kurang mendapatkan dorongan program agar menjadi aksi konkrit dan bersinambungan. Hal ini terbukti dengan masih tingginya penggunaan *multi-drugs* selama terapi metadon, kurangnya pemahaman klien terhadap terapi metadon dan ruang lingkup pergaulan sosial yang terfokus pada sesama peserta metadon masih umum ditemukan pada klien intervensi.

Walaupun motivasi klien menjadi salah satu elemen yang patut diperhatikan dalam memperbaiki program DPS, beberapa faktor pendukung lainnya seperti sistem perekrutan peserta, panduan pelaksanaan program dan kurikulum yang terstandarisasi, alat ukur keberhasilan, ketersediaan dan manajemen SDM dari pihak pelaksana program (RC) dan kerjasama dalam upaya integrasi program dengan klinik PTRM menjadi unsur yang sama pentingnya. Mekanisme yang dapat ditawarkan berdasarkan temuan evaluasi adalah mengkaji ulang tujuan awal program DPS dan membuat sistem perbaikan yang dapat mendukung tercapainya tujuan tersebut. Fokus perbaikan dapat ditujukan pada meminimalisir faktor negatif yang masih ditemukan dan mempertahankan elemen yang mendukung pencapaian positif klien. Tentunya, agar dampak program DPS dapat terukur, indikator keberhasilan klien baik dari sisi pengetahuan dan psikososial harus dapat dipantau dan dibandingkan pencapaiannya diakhir program DPS. Selain itu, pihak pelaksana program harus bersiap diri dalam menerima konsekuensi manajerial yang sangat mungkin timbul akibat perbaikan program dan melakukan upaya yang mendukung keberlanjutan program DPS kedepannya.

Rekomendasi

Berdasarkan temuan dalam evaluasi program DPS, terdapat beberapa rekomendasi yang ditawarkan untuk memperbaiki program kedepannya dirangkum melalui besaran gambaran sebagai berikut:

- ⊕ Memodifikasi dan melakukan revisi tata laksana program dalam tataran konsep, kepesertaan, alur dan pendokumentasian sehingga berkontribusi dalam meningkatkan pencapaian program;

- ⊕ Memperhatikan alokasi dan pengelolaan SDM yang terlibat sebagai pelaksana program;
- ⊕ Meningkatkan kesinambungan Program DPS dengan klinik PTRM melalui kerja sama dan mencari dukungan kongkrit dari berbagai pihak terkait sebagai bagian dari komponen program dalam rancangan program DPS.

Penjelasan mendetil mengenai bagaimana melaksanakan gambaran besar rekomendasi diatas dapat ditemukan dalam dokumen terpisah, *Rancangan Petunjuk Teknis dan Panduan Pelaksanaan Program Dukungan Psikososial bagi Pasien Terapi Rumatan Metadon*. Dokumen tersebut disusun berdasarkan temuan dan analisa dari hasil 2 tahap pelaksanaan kajian operasional program dukungan psikososial RC, yang dalam desain studi merupakan bagian dari pelaksanaan tahap 3. Desain revisi modul diharapkan mengkoreksi seluruh kekurangan pada pelaksanaan sebelumnya serta dapat meningkatkan kualitas hasil program dan mengoptimalkan manfaat yang dapat diterima oleh para klien sehingga pada akhirnya tujuan pelaksanaan program ini dapat tercapai. Langkah berikutnya yaitu melakukan uji coba program DPS yang dilaksanakan berdasarkan modul revisi. Namun dalam pelaksanaan uji coba, sangat penting pihak pelaksana program memperhatikan bagian mana yang sesuai dan tidak sesuai untuk diterapkan dengan berefleksi pada kemampuan sumberdaya RC saat melaksanakan modul revisi. Dengan dilaksanakannya tahap uji coba modul tersebut sebagai tahap 4, maka lengkaplah seluruh rangkaian tahap ini menjadi suatu kajian operasional.

Daftar Pustaka

- Acierno, R., Donohue, B., & Kogan, E. (1994). Psychological interventions for drug abuse: A critique and summation of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 14*(5), 417-442.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. M., & Mayet, S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev, 4*.
- Barry DT, Beitel M, Breuer T, Cutter CJ, Savant J, Peters S, Schottenfeld RS, Rounsaville BJ. (2011) Group-based strategies for stress reduction in methadone maintenance treatment: what do patients want? *Journal of Addict Med, 5*(3):181-7
- Bowling A. (2002). *Research Methods in Health: Investigating health and health services* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bryman, A. (2011). *Social Research Methods* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1316-1328.
- Dutra, L., Stathopoulo, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). Psikososial interventions for substance use. *American Journal of Psychiatry, 165*(2), 179-187.
- Hawthorne, G. (2000). *Introduction to Health Program Evaluation*. Centre for Health Program Evaluation
- Joe GW, Brown BS, Simpson D. (1995). Psychological problem and client engagement in methadone treatment. *Jurnal Nervous Mental Disorder 183*(11):704-10
- Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry. 2005; 162*(8):1403-13.
- Kreek MJ, LaForge KS. (2008). Stress responsivity, addiction, and a functional variant of the human mu-opioid receptor gene. *Mol Interv. 7*(2):74-8.
- Liamputtong, P. (2009). *Qualitative Research Methods* (3rd ed.). South Melbourne: Oxford University Press.
- Owen, J. M. (Ed.). (2006). *Program evaluation: forms and approaches* (3rd ed.). NSW: Allen & Uwin.

Ovretveit, J. (2002). *Action evaluation of health programmes and changes: a handbook for a user*. Abingdon: Radcliffe Medical Press

Stufflebeam, DL 2001, *Evaluation models: new directions for evaluation*, no. 89, Jossey-Bass, San Francisco, California.

Trujols J, Garijo I, Siñol N, del Pozo J, Portella MJ, Pérez de los Cobos J. (2012). Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: the relevance of participation in treatment and social functioning. *Journal of Drug Alcohol Dependency*, 123(1-3):41-7

Trope, Y., & Liberman, N. (2010). Construal-level theory of psychological distance. *Psychological review*, 117(2), 440.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute; 1994.