

PERANAN PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON (PTRM) PADA ADIKSI OPIOID

let
FSA
PG-51/10
Foe
P-1



Pidato

Disampaikan pada Pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam Bidang Ilmu Kedokteran Jiwa
pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
di Surabaya pada Hari Sabtu, Tanggal 29 Maret 2008

Oleh

HENDY MUAGIRI KOESNOELJAKIN

Bismillahirrahmaanirrahiim,

Yang terhormat,

Ketua dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Airlangga,
Ketua dan Sekretaris beserta para Anggota Senat Akademik
Universitas Airlangga,

Rektor dan Para Wakil Rektor Universitas Airlangga,

Para Guru Besar Universitas Airlangga dan Para Guru Besar Tamu,

Para Dekan dan Wakil Dekan di Lingkungan Universitas Airlangga,

Para Pimpinan Lembaga di Lingkungan Universitas Airlangga,

Direktur dan Wakil Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo dan
Rumah Sakit Swasta di Surabaya,

Para Teman Sejawat dan Segenap Civitas Akademika Universitas
Airlangga, serta

Para Undangan dan Hadirin yang saya muliakan.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Selamat Pagi dan Salam Sejahtera,

Pada kesempatan yang berbahagia ini, marilah kita panjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT. yang telah, melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, sehingga kita dapat berkumpul bersama dalam keadaan sehat walafiat untuk menghadiri Rapat Terbuka Senat Akademik Universitas Airlangga dalam acara pengukuhan saya sebagai Guru Besar dalam Ilmu Kedokteran Jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Shalawat dan salam saya sampaikan pula kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW., beserta keluarga, sahabat serta pengikutnya.

Hadirin yang saya muliakan,

Pada kesempatan ini perkenankan saya menyampaikan pidato pengukuhan dengan judul:

PERANAN PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON (PTRM) PADA ADIKSI OPIOID

PENDAHULUAN

Opioid digolongkan sebagai narkotika yang sifatnya mempunyai ketergantungan kuat. Adiksi opioid adalah suatu gangguan otak yang dapat mengganggu mekanisme untuk menciptakan, mengatur, dan mengendalikan perilaku sosial, kognitif, dan emosional, akibatnya dapat menimbulkan gangguan perilaku yang bermacam-macam serta timbul permasalahan yang kompleks. Penatalaksanaan terapi medik seorang adiksi opioid merupakan suatu proses panjang yang memakan waktu relatif lama serta perlu kerja sama dan keterlibatan banyak profesional. United Nations Drugs Control Program (UNDCP) melaporkan bahwa kurang lebih 200 juta orang diseluruh dunia telah menyalahgunakan NAPZA (Narkotika Psikotropika Zat Adiktif lain) dan 3 juta di antaranya berada di Indonesia (BNN, 2003). Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia melaporkan bahwa 98,2% pengguna NAPZA adalah pengguna opioid dan 89,9% di antaranya adalah generasi muda yang berusia antara 15-29 tahun (Dep Kes RI, 2004). Dari hasil penelitian di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta, 60% pengguna heroin berumur 18-25 tahun dan 90-95% adalah laki-laki, tingkat pendidikan mereka terbanyak adalah sekolah menengah umum dan kebanyakan mereka tergolong tingkat sosial menengah.

Penyebab penyalahgunaan zat adalah multifaktorial di mana terjadi interaksi antara faktor predisposisi, kontribusi dan pencetus. Termasuk dalam faktor predisposisi antara lain adalah gangguan kepribadian anti sosial, kecemasan dan depresi, sedangkan faktor kontribusi yang cukup dominan di sini adalah faktor keluarga, baik kondisi keluarga, keutuhan keluarga, maupun hubungan interpersonal dalam keluarga tersebut. Sedangkan faktor pencetus

yang mendorong terjadinya penyalahgunaan tersebut adalah pengaruh teman kelompok sebaya. Sebagian besar penyalahguna zat mengatakan bahwa adiksinya dimulai dengan penggunaan obat untuk *rekreasi*.

Orang dengan adiksi opioid sering kali berakibat pada kehidupan yang sangat *hacau* dan *stressful* dan sering kali juga mengalami permasalahan kesehatan dan sosial yang serius. Mereka mempunyai risiko yang besar untuk meninggal dalam usia muda, mungkin sebagai akibat overdosis, kecelakaan maupun perilaku kekerasan. Saling berbagi (tukar) jarum suntik atau alat penghisap pada waktu menggunakannya menyebabkan mereka menjadi kelompok yang berisiko tinggi untuk terkena infeksi HIV, Hepatitis B atau C atau penyakit lain yang ditransmisikan melalui cairan tubuh. Berdasarkan data dan informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia, estimasi nasional 2006 jumlah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) sebanyak 171.000-219.000 orang. Jumlah estimasi pengguna jarum suntik (penasun) 191.000-248.000 dan dapat diperkirakan memberi risiko pada pasangan seksualnya yang berjumlah 85.700 orang. Di Jakarta (RSKO, Jakarta), 68% pasien yang berobat adalah pengguna jarum suntik (penasun), 72,7% dari mereka tidak selalu menggunakan jarum suntik baru ketika menggunakan heroin dan 59% dari mereka saling tukar jarum suntik. Hampir separuh (49%) dari mereka pernah melakukan hubungan seksual dan hanya 16,9% yang memakai kondom. Di Surabaya, 62% dari 317 pasien HIV/AIDS yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo sampai Desember 2004 adalah penasun.

Hadirin yang saya hormati,

Kriteria diagnostik untuk ketergantungan (adiksi) zat (opioid) sesuai dengan DSM IV; apabila memenuhi ≥ 3 dari yang tersebut di bawah ini selama periode 12 bulan:

1. Toleransi;
2. Withdrawal;

3. Penggunaan opiat dalam jumlah besar atau waktu yang lebih lama daripada seharusnya;
4. Keinginan yang kuat untuk berhenti, namun berulang kali gagal;
5. Hampir seluruh waktu dalam hidup digunakan untuk mendapatkan opiat, menggunakan opiat, atau menyembuhkan dampaknya;
6. Berkurangnya aktivitas penting lainnya dalam hal sosial, pekerjaan, atau rekreasi, karena ditukar dengan penggunaan opiat; dan
7. Menggunakan opiat meskipun tahu merugikan fisik atau menimbulkan masalah psikologis.

Terapi medik adiksi opioid merupakan kombinasi dari psikofarmakoterapi dan terapi perilaku (Leshner, 1999). Terapi detoksifikasi dengan tujuan abstinensia maupun terapi rumatan substitusi (substitution maintenance treatment), keduanya merupakan komponen esensial dari sistem terapi yang efektif untuk individu dengan adiksi opioid. Metadon adalah salah satu substitusi opioid yang merupakan pilihan utama dalam detoksifikasi dan bila berhasil bisa dilanjutkan dengan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM).

National Insitute On Drug Abuse (NIDA) 1999 membagi program terapi ketergantungan opioid (NAPZA) dalam 6 kategori umum:

1. Terapi Rumatan Agonis (antara lain Program Terapi Rumatan Metadon/PTRM);
2. Terapi Rumatan Antagonis Narkotika (dengan menggunakan Naltrekson);
3. Terapi Drug Free Rawat Jalan;
4. Terapi Residensi jangka panjang;
5. Program Residensi jangka singkat; dan
6. Detoksifikasi Medis

PRINSIP DASAR TERAPI ADIKSI OPIOID

Dalam bidang kedokteran, NIDA (1999) menggolongkan tujuan penatalaksanaan terapi medik adiksi opioid sebagai berikut:

1. Abstinensia atau penghentian total penggunaan opioid.
Tujuan terapi di sini tergolong sangat ideal, tetapi sebagian besar pasien adiksi opioid tidak mampu atau tidak termotivasi untuk mencapai tujuan tersebut, mereka berusaha untuk mempertahankan abstinensia dengan meminivasi efek-efek yang langsung atau tidak langsung dari akibat penggunaan opioid.
2. Pengurangan frekuensi dan keparahan relaps.
Tujuan di sini adalah mengurangi frekuensi penggunaan opioid atau mencegah relaps. Setelah mencapai abstinensia, bila seorang pasien kemudian menggunakan satu kali saja, disebut *slip* dan bila ia sadar akan kekeliruannya dan telah dibekali *coping skills* maka dia akan berusaha untuk tetap mempertahankan keadaan abstinensia.
3. Memperbaiki fungsi psikologi dan adaptasi sosial.
Di sini abstinensia bukan merupakan sasaran utama. PTRM merupakan salah satu pilihan untuk mencapai sasaran terapi di mana dampak buruk akibat penggunaan opioid dapat dikendalikan dan pasien melaksanakan kebiasaannya yang positif dalam bersosialisasi.
Proses terapi pada adiksi opioid memakan waktu lama dan tidak terbatas, oleh karena adiksi opioid sendiri merupakan suatu proses yang panjang, menahun dan sering relaps (*chronic relapsing disease*).

NIDA, 1999, juga menunjuk 13 prinsip terapi efektif untuk dijadikan pegangan profesional dan masyarakat sebagai berikut:

1. Tidak ada satu bentuk terapi yang sesuai untuk semua individu;
2. Kebutuhan guna mendapatkan terapi harus selalu tersedia sepanjang waktu, pasien dengan adiksi opioid selalu tidak

mempunyai pendirian yang tetap untuk masuk ke dalam program terapi. Oleh karena itu agar tidak berubah pendiriannya pada kesempatan pertama dia mengambil keputusan harus secepatnya dilaksanakan;

3. Terapi yang efektif harus mampu memenuhi banyak kebutuhan *needs* individu, tidak semata-mata hanya karena kebutuhannya menggunakan opioid;
4. Rencana pelayanan dan terapi seorang individu harus dievaluasi secara terus-menerus dan sewaktu-waktu perlu dimodifikasi guna memastikan apakah perencanaan terapi sudah sesuai dengan perubahan kebutuhan orang tersebut.
Di samping mendapatkan terapi psikofarmaka, juga perlu mendapatkan konseling adiksi atau psikoterapi, terapi keluarga, rehabilitasi vokasional dan pelayanan sosial dan legal;
5. Mempertahankan pasien dalam satu periode waktu yang cukup lama selama proses terapi merupakan sesuatu yang penting guna menilai apakah terapi efektif atau tidak. Lamanya waktu terapi tergantung proses penyelesaian problema dan kebutuhan pasien. Sebagian besar pasien menunjukkan perubahan tingkah laku yang bermakna setelah mencapai waktu lebih dari 3 bulan dalam terapi;
6. Konseling dan terapi perilaku lain merupakan komponen kritis sebagai bagian penting terapi adiksi. Dalam proses ini bertujuan untuk meningkatkan motivasi, keterampilan untuk menolak tawaran penggunaan opioid, memberi *reward* terhadap aktivitas non-drug use dan meningkatkan kemampuan menyelesaikan problem. Terapi perilaku berguna untuk memperbaiki hubungan interpersonal agar lebih berfungsi dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan sosialnya;
7. Medikasi merupakan elemen penting pada terapi banyak pasien, terutama bila dikombinasikan dengan konseling dan terapi perilaku lainnya. Metadon dianggap cukup efektif menolong adiksi opioid untuk menstabilisasi kehidupannya dan mengurangi penggunaan obat-obat ilegal;

8. Seorang adiksi yang secara bersama-sama juga menderita gangguan mental, harus mendapat terapi untuk keduanya secara integratif;
9. Detoksifikasi medik hanya merupakan taraf permulaan terapi adiksi dan kalau dianggap sebagai satu-satunya cara maka hanya mendatangkan sedikit keberhasilan. Detoksifikasi tunggal jarang yang berhasil membantu pasien untuk mencapai abstinensia jangka panjang;
10. Terapi yang efektif tidak harus dilakukan secara sukarela. Motivasi yang kuat dapat membantu proses terapi, begitu juga sanksi dan pujian dalam keluarga dapat meningkatkan secara bermakna kesediaan pasien untuk masuk dalam program terapi;
11. Kemungkinan penggunaan zat adiktif kembali selama terapi berlangsung, harus dimonitor secara kontinyu. Monitoring pasien melalui tes urine dapat membantu pasien untuk menahan dorongan keinginan memakai opioid;
12. Program terapi harus menyediakan assessment untuk HIV/AIDS, Hepatitis B dan C, Tuberkulosis dan penyakit infeksi lain dan harus melakukan konseling untuk membantu terapi merubah perilakunya, agar tidak menyebabkan dirinya atau orang lain berada pada posisi yang berisiko; dan
13. Recovery dari adiksi opioid merupakan suatu proses jangka panjang dan sering mengalami episode terapi berulang-ulang. Sebagai *chronic relapsing disease*, relaps dapat terjadi setelah melalui beberapa kali episode keberhasilan terapi.

Hadirin yang terhormat,

PROGRAM TERAPI RUMATAN METADON (PTRM)

Terapi ruman adiksi opioid bertujuan antara lain untuk:

1. Mencegah atau mengurangi terjadinya craving terhadap opioid;
2. Mencegah relaps untuk menggunakan zat adiktif kembali;
3. Restrukturisasi kepribadian; dan

4. Memperbaiki fungsi fisiologi organ yang telah rusak akibat penggunaan opioid.

Terapi rumatan seharusnya atau sebaiknya mengikuti terapi detoksifikasi. Terapi detoksifikasi merupakan langkah awal proses terapi adiksi opioid dan intervensi medik berjangka singkat. Bila detoksifikasi berjalan sendiri maka kemungkinan relaps lebih besar dari 80%.

Tujuan farmakoterapi rumatan pascadetoksifikasi adalah;

1. Menambah *holding power* untuk pasien yang berobat jalan sehingga menekan biaya pengobatan;
2. Menciptakan suatu *window of opportunity* sehingga pasien dapat menerima intervensi psikososial selama terapi rumatan dan mengurangi risiko; dan
3. Mempersiapkan kehidupan yang produktif selama menggunakan terapi rumatan.

Farmakoterapi rumatan adiksi opioid dapat dilakukan dengan menggunakan:

1. Metadon, yang telah digunakan di Amerika dan Eropa sejak tahun 1960-an di mana penggunaan metadon sebagai suatu substitusi opioid yang bersifat agonis dan long acting dan merupakan terapi yang baku untuk pasien ketergantungan opioid;
2. Naltrekson, suatu opiat antagonis yang dapat digunakan pada terapi rumatan pasca detoksifikasi dengan tujuan mengurangi risiko relaps dan mencegah terjadinya ketergantungan fisik kembali. Pemberiannya sekurang-kurangnya 1 tahun dengan angka drop-outnya cukup tinggi. Terapi rumatan dengan naltrekson ini sangat bermanfaat untuk pasien yang mempunyai motivasi tinggi, dukungan keluarga yang kuat serta karir dalam pekerjaan yang cukup mapan; dan
3. Buprenorfin, suatu opioid semi sintetik yang bersifat parsial agonis diberikan 2 sampai 3 kali seminggu oleh karena masa

aksinya yang panjang. Obat ini mempunyai kemungkinan untuk di salahgunakan.

Tujuan PTRM adalah:

1. Meminimalkan bahaya/risiko yang dialami oleh pasien adiksi opioid dan menormalkan gaya hidup dan perilakunya;
2. Mencegah penyakit yang menular melalui darah, seperti HIV dan Hepatitis dengan cara mengurangi pemakaian obat melalui suntikan atau bertukar jarum suntik;
3. Membantu pasien adiksi opioid mencapai keadaan bebas obat dengan cara detoksifikasi; dan
4. Meningkatkan status kesehatan pengguna zat dan menolong pasien menuju hidup yang normal dan produktif melalui PTRM.

PTRM adalah salah satu program terapi rumatan adiksi opioid dengan menggunakan metadon yang bertujuan antara lain mengurangi atau mencegah craving, mencegah relaps dan restrukturisasi kepribadian serta mempersiapkan kehidupan yang lebih produktif selama menggunakan terapi rumatan. Jadi dalam mengikuti program ini diharapkan ada **perubahan perilaku** sehingga tujuan tersebut tercapai.

Metadon adalah suatu opioid sintetis yang bersifat agonis dan long acting yang dapat digunakan secara oral dan relatif aman, Metadon juga dianggap aman pada kehamilan. Sifat **high** yang dihasilkan oleh metadon tidak sama dengan heroin; harganya tidak mahal dan legal. Waktu paruh metadon adalah 15–31 jam (rata-rata 24 jam) sehingga dapat diberikan kepada pecandu opioid cukup sehari sekali. Konsentrasi puncak dicapai dalam waktu 2 jam sesudah ditelan lalu berkurang secara lambat dalam 72 jam berikutnya dan waktu ekskresinya akan berlanjut atau metabolitnya terdapat dalam air seni 96 jam sesudah dosis tunggal, konsentrasi metadon dalam jaringan (ginjal, limpa, hati dan paru) lebih tinggi daripada dalam darah. Ikatan ini menyebabkan terjadinya akumulasi metadon dalam waktu cukup lama bila seseorang

berhenti menggunakan metadon. Metadon di metabolisir di hati dan dieliminasi melalui air seni dan tinja. Metadon cair diberikan setiap hari pada pasien untuk diminum didepan petugas agar menghindari *penyalahgunaan* sehingga membantu memutuskan penggunaan dari kebiasaan menyuntik menjadi minum per oral. Dosis metadon yang adekuat untuk setiap pasien adalah sangat individual, tergantung karakteristik masing-masing pasien.

Hadirin yang saya hormati,

FASE PEMBERIAN DOSIS METADON

1. Fase stabilisasi: dalam fase ini dosis awal yang dianjurkan yaitu 15–30 mg setiap hari untuk 3 hari pertama dan tidak melebihi 40 mg. Penyesuaian penambahan dosis pada fase ini lazimnya 5–10 mg per hari (*start low go slow*). Penambahan dosis diberikan bila ada tanda-tanda antara lain:

- Adanya gejala putus opioid (objektif dan subjektif);
- Jumlah dan atsu frekuensi penggunaan opioid ilegal tidak berkurang; dan
- Kerinduan terhadap opioid yang menetap.

Estimasi toleransi pasien terhadap dosis metadon yang terlalu rendah menyebabkan risiko pasien untuk menggunakan opioid yang ilegal bertambah besar akibat kadar metadon dalam darah kurang, sehingga akan memperpanjang gejala putus zat maupun fase stabilisasi.

2. Fase rumatan: dosis adalah 40–100 mg per hari, bila dosis lebih dari 150 mg sebaiknya diberikan 2 kali yaitu pagi dan petang hari. Sesudah 18–24 bulan mengikuti program ini, dokter membicarakan dengan pasien, apakah sekiranya pasien siap untuk berhenti mengikuti PTRM tersebut.
3. Fase putus: bila pasien sudah memutuskan dan siap berhenti maka dosis metadon diturunkan secara bertahap, 10% setiap minggu dan ketika dosis mencapai 20–30 mg maka dosis dapat

dikurangi 1 mg perminggu atau tetap pada dosis yang sama untuk waktu yang lebih lama dari seminggu. Dosis metadon diturunkan perlahan-lahan dan diharapkan sampai terjadi abstinensia setelah stabilitas hidup pasien tercapai.

Selama pasien mengikuti PTRM perlu disertai dengan intervensi psikososial sebagai terapi pendukung.

KEBIJAKAN DOSIS BAWA PULANG

Dosis bawa pulang dapat diberikan bila pasien oleh karena suatu sebab tidak dapat hadir di klinik. Kebijakan tersebut hanya dapat diberikan bila pasien datang dengan didampingi oleh orang tua atau keluarganya. Jumlah dosis dibawa pulang harus sesuai dengan jumlah hari di mana pasien tidak bisa datang ke klinik PTRM. Beberapa kriteria penilaian untuk kebijakan dosis bawa pulang antara lain:

1. Secara klinis stabil (dosis stabil);
2. Pasien tampak stabil secara kognitif, emosional, maupun sosial; dan
3. Mampu menyimpan metadon dengan aman.

PERANAN PTRM PADA ADIKSI OPIOID

Perubahan dari *life style* baru dapat dicapai setelah pasien mengikuti terapi rumatan lebih dari satu tahun dan ini dapat dirasakan oleh pasien dan diamati oleh keluarganya. Kepada pasien dan keluarga terdekat atau pasangannya harus diberikan informasi yang jelas agar dapat ikut mendukung penyembuhan mereka dan mendapatkan hasil yang memuaskan. Perubahan perilaku akan lebih berhasil bila disertai dengan program pendukung lain, antara lain: *konseling, Cognitive Behavior Therapy (CBT) dan Relaps Prevention Training (RPT)*.

Di Amerika, PTRM atau lebih dikenal sebagai Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) yang sudah dikenal sejak tahun 1960 dikembangkan sebagai salah satu cara

untuk mengurangi angka kriminalitas, infeksi HIV/AIDS dan meningkatkan sosialisasi, sedangkan di Belanda, MMTP mempunyai tujuan, kontak dengan pengguna heroin, menstabilkan pengguna heroin, melakukan detoksifikasi dan menghentikan kebiasaannya. Dengan MMTP kebiasaan menyuntik dirubah menjadi penggunaan metadon oral.

Penelitian di Amerika (US National Evaluation Study) menunjukkan bahwa drug treatment (termasuk terapi rumatan metadon) adalah prediktor yang penting dalam merubah perilaku pasien jika mereka mau bertahan dalam program tersebut dalam kurun waktu yang signifikan (Word *et al.*, 1999; Broome *et al.*, 1999 dan Zhang *et al.*, 2003) Drug Abuse Reporting Program (DARP) menyimpulkan bahwa jangka waktu 3 bulan pengobatan adalah waktu yang minimal untuk memperoleh perubahan yang signifikan dari berbagai macam program. Hal tersebut didukung penelitian saya di PTRM RSUD Soetomo Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang menyatakan bahwa semua responden (keluarga pasien) mengatakan bahwa sudah ada perubahan perilaku pasien yang mengikuti program tersebut di atas setelah mengikuti program lebih dari 3 bulan secara teratur.

Untuk *keberhasilan* PTRM, pasien perlu dipersiapkan untuk menghadapi terjadinya gejala-gejala *with drawl* dan *relaps* selama mengikuti program tersebut. Perlu menginformasikan secara jelas dan jujur kepada pasien, keluarga terdekat atau pasangannya tentang suatu rencana manajemen mengatasi masa-masa tersebut di atas dan sebaiknya dipersiapkan dengan informasi tertulis. Juga dijelaskan tentang peran dan keterbatasan pemakaian dari obat-obatan yang masih sering dipakai oleh mereka, hendaknya dokter membuat *hubungan yang harmonis* dengan pasien dan keluarga terdekat atau pasangannya selama mengikuti program tersebut dan memudahkan dokter untuk melakukan monitoring.

Penelitian Bell (1995) menyatakan bahwa 40% pasien berhenti menggunakan heroin dan sisanya masih menggunakan secara

terputus-putus setelah mengikuti PTRM. Demikian juga Ball dkk. (1991, 1998) di USA dari 338 pasien yang mengikuti MMTP ternyata 26% tidak menyuntik lagi sesudah 1 bulan mengikuti program. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian saya di PTRM Surabaya (2007) di mana 93% responden (keluarga pasien) menyatakan bahwa setelah mengikuti PTRM lebih dari 3 bulan secara teratur dan terus-menerus mereka sudah tidak menyuntik putauw (Pt) lagi. Helmus dkk., (2001) dan Gossop dkk., (2000) meneliti pasien yang mengikuti program rumatan metadon setelah satu tahun, akan mengurangi: penggunaan opioid ilegal, aktivitas kriminal dan angka kematian. PTRM akan meningkatkan kualitas hidup pasien serta mempromosikan *pola hidup sehat* dan *mengoptimalkan* gaya hidup dan perilaku mereka. Pemakaian metadon dapat memperlihatkan penurunan angka kesakitan serta menurunkan risiko penyakit infeksi. Dari suatu penelitian terbukti bahwa lamanya pengobatan dengan metadon berbanding terbalik dengan prevalensi HIV.

Walaupun penggunaan metadon untuk detoksifikasi sudah dapat diterima tetapi masih banyak adanya pro dan kontra tentang konsep pemakaian jangka panjang dan program rumatan seumur hidup ini. PTRM dianggap *melegalkan* penggunaan opioid dan membuat pecandu *tetap terikat pada pola adiksi* yang seharusnya dilepaskan. Namun PTRM telah diuji sebagai alternatif dalam melawan penggunaan opioid. Terapi ini menunjukkan perbaikan kondisi secara konsisten pada beberapa pemakai yang sedang dalam proses penyembuhan serta menurunkan pemakaian heroin. Faktanya terapi ini juga dapat mencegah penyebaran infeksi HIV/AIDS, menurunkan angka kematian dan kriminalitas di samping harganya yang terjangkau. Program ini merupakan salah satu konsep program *harm reduction* untuk mengurangi angka kriminalitas dan infeksi HIV/AIDS serta meningkatkan hubungan sosial (hubungan dengan keluarga, mencari pekerjaan dan mempertahankan pekerjaan yang sudah ada).

INTERVENSI PSIKOSOSIAL SEBAGAI TERAPI PENDUKUNG PTRM

Terapi medik ketergantungan opioid merupakan *kombinasi* dari psikofarmakoterapi dan terapi perilaku (Leshner, 1999). Pasien adiksi opioid akan mendapatkan hasil terapi yang lebih adekuat bila di samping psikofarmakoterapi juga mendapatkan konseling adiksi, individu atau kelompok (Mc Nicholas dan Howell, 2000). Studi di Philadelphia (Mc Lellan *et.al*, 1993) membandingkan pengaruh terapi medikasi metadon dengan metadon plus terapi psikososial. Pemilihan kelompok dilakukan secara acak dan terdiri dari 3 kelompok, hasilnya sebagai berikut:

1. Metadon saja: 69% memerlukan proteksi tetapi ada perbaikan;
2. Metadon plus konseling: menunjukkan perbaikan yang sangat signifikan; dan
3. Metadon plus pelayanan medik, psikiatrik, pekerjaan dan terapi keluarga: ternyata terdapat perbaikan lebih besar lagi.

Pengaruh konseling dalam PTRM (Mc Lellan, 1993).

	Retensi dalam Terapi	Urine \ominus > 16 Minggu
Metadon saja	31%	0%
Metadon plus Konseling standar	59%	28%
Metadon plus konseling Motivation interview	81%	55%

Penelitian di USA (1964) MMTP digunakan pada 150.000 adiksi heroin. Retensi pasien yang menggunakan MMTP setelah 2 tahun berkisar antara 45-80%.

Tujuan intervensi psikososial pada adiksi opioid adalah:

1. Pasien mampu abstinensia dari penggunaan opioid yang ilegal dan hanya menggunakan metadon saja;

2. Pasien mampu menjauhkan diri dari kelompok adiksi lain dan merubah pola hidupnya;
3. Pasien mampu memusatkan perhatian dalam upaya memperbaiki hubungan dengan orang lain yang selama ini kurang baik; dan
4. Pasien mampu membuat perubahan pola hidup yang sesuai untuk mempertahankan kesehatan fisik dan mental.

Banyak pasien yang sulit untuk mengikuti peraturan dalam PTRM sehingga memungkinkan terjadinya drop-out maupun relaps. Hal-hal yang berkaitan dengan keadaan tersebut, antara lain adalah: **ketidapatuhan** terhadap medikasi (50%), kurangnya dukungan sosial dan status sosial ekonomi yang rendah.

Hadirin yang saya hormati,

Beberapa bentuk intervensi psikososial yang dapat dilakukan dalam PTRM, antara lain:

1. **Konseling adiksi**

Adalah bentuk pelayanan konseling standar yang difokuskan untuk mengidentifikasi kepada kebutuhan spesifik sesaat.

2. **Motivational Interviewing (MI) dan Motivational Enhancement Therapy (MET)**

Umumnya pasien adiksi opioid mempunyai motivasi yang rendah untuk mengubah diri. Pasien akan lebih mampu mencapai keberhasilan dalam perubahan perilaku, kalau mempunyai motivasi kuat yang datang dari dalam dirinya daripada **dipaksakan oleh keluarga atau terapis**. Motivasi dapat dianggap sebagai suatu kesiapan atau keinginan untuk berubah, selalu berfluktuasi dari waktu ke waktu atau dari satu situasi ke situasi yang lain. Terapi khusus untuk meningkatkan motivasi tersebut dikenal sebagai Motivational Enhancement Therapy (MET). MET memberi inspirasi kepada pasien untuk mengubah diri, sehingga pasien dapat dipersiapkan untuk masuk dalam program, mengikat dan mempertahankan diri agar tetap berada di dalam program sehingga meningkatkan retensi dalam terapi.

Bila terjadi gejala-gejala dini relaps pasien akan kembali secara cepat untuk mendapatkan bantuan profesional. Elemen utama dari MET adalah MI yaitu, wawancara yang dilakukan oleh terapis terhadap pasien dengan tujuan untuk mendatangkan motivasi.

Konsep utama dari MET adalah:

1. **Ambivalensi**, yaitu dalam satu saat yang sama pasien mempunyai perasaan yang saling bertentangan. Misalnya pada satu saat yang sama pecandu merasa sangat ingin berhenti menggunakan putauw tetapi juga sangat ingin menggunakannya. Tugas terapis di sini adalah menolong pasien untuk mengakui dan mendiskusikan perasaan-perasaannya yang bercampur-baur tersebut dengan cara menolong mereka memberi petunjuk keseimbangan, sehingga menyetujui perlunya perubahan;
2. **Reflective Listening (RL)**, yaitu terapis dapat menggambarkan suatu ekspresi perasaan pasien yang dinyatakan secara tidak langsung melalui ungkapan kata-katanya sendiri. Refleksi yang tepat sangat penting untuk memfasilitasi terjadinya perubahan;
3. **Open-Ended Questions (OEQ)**, dengan menggunakan OEQ maka pasien akan lebih banyak mengekspresikan pikiran-pikiran atau perasaannya sehingga dapat meningkatkan motivasinya untuk merubah perilaku dan menghentikan menggunakan opioid ilegal.

Oleh karena keinginan pasien untuk merubah perilakunya selalu berfluktuasi dari satu saat ke saat yang lain, maka terapis perlu mengenal stadium perubahan perilaku pasien di mana mereka berada saat itu.

Hadirin yang saya muliakan,

Stadium perubahan perilaku tersebut adalah:

1. **Prekontemplasi**, dalam stadium ini pasien belum timbul kesadaran untuk merubah diri. mereka menganggap bahwa

menggunakan opioid jauh lebih penting daripada problema yang diakibatkannya;

2. **Kontemplasi**, dalam stadium ini pasien mulai memahami problema yang berkaitan dengan opioid dan mempertimbangkan implikasinya walaupun sama sekali belum menunjukkan aksi konstruktif untuk melakukan perubahan. Pasien masih *ragu* untuk menghentikan opioidnya;
3. **Preparasi**, dalam stadium ini pasien ingin melakukan perubahan nyata, mereka membutuhkan pertolongan untuk mengatasi problemanya dan berpikir apakah mampu merubah perilakunya;
4. **Aksi**, di sini pasien telah menunjukkan komitmen untuk mulai berhenti pakai opioid dan tampaknya mereka telah benar-benar mulai merubah perilakunya. Stadium ini sangat kritis oleh karena itu sangat membutuhkan pertolongan dan dukungan terapis;
5. **Maintenance**, dalam stadium ini pasien mencoba melanjutkan proses yang telah dimulai dan lebih menekankan pada pencegahan relaps yang membutuhkan konsistensi berbulan-bulan sampai bertahun-tahun;
6. **Terminasi**, merupakan sasaran terakhir dari semua perubahan pada diri pasien. Dalam stadium ini pasien sudah tidak takut lagi akan datangnya relaps.

Merubah suatu perilaku yang bermasalah adalah tidak mudah dan akan mendatangkan rasa cemas atau anxietas. Dalam keadaan ini pasien sering mengorbankan kegiatan atau persahabatan yang menyenangkan dirinya selama ini.

Untuk mempertahankan agar pasien mampu merubah perilakunya dan terus-menerus memonitor keadaan pasien serta mengadakan hubungan yang harmonis dengan keluarga atau pasangannya *bukanlah* hal yang mudah. Dokter perlu dilatih untuk mempunyai keterampilan klinis bidang adiksi, bukan saja untuk

menentukan simptom dan tanda-tanda klinis atau memastikan diagnosis tetapi perlu dilatih dalam penatalaksanaannya, yang memerlukan waktu yang panjang dan sering kali berulang-ulang.

Hadirin yang terhormat,

PTRM RSU DR. SOETOMO FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Harm reduction atau pengurangan dampak buruk adalah suatu paket strategi dalam kesehatan masyarakat yang ditujukan untuk menurunkan efek negatif dari penggunaan NAPZA dengan menerapkan strategi aman dalam penggunaan NAPZA dan bagaimana mengatur keinginan memakai NAPZA (Harm Reduction Coalition, 2007). Untuk mendukung program harm reduction tersebut, RSU Dr. Soetomo Surabaya, pada tanggal 22 Februari 2006 membuka poliklinik PTRM yang terletak di Jl. Airlangga 29 Surabaya dengan luas bangunan $\pm 65 \text{ m}^2$.

PTRM buka setiap hari (7 hari dalam seminggu) mulai jam 08.00–13.00 pada hari kerja dan jam 08.00–12.00 pada hari libur. Sumber daya yang mendukung PTRM RSU Dr. Soetomo Surabaya terdiri dari 2 orang psikiater, 1 orang perawat, 1 orang psikolog, 2 orang tenaga farmasis, 1 orang tenaga keuangan, 2 orang tenaga pencatatan karcis dan administrasi serta 1 orang tenaga satpam. Sebagian besar dari mereka bekerja secara paruh waktu.

Kegiatan PTRM yang telah dilakukan sejak dibuka bulan Februari 2006 sampai saat ini adalah:

1. Pelayanan terhadap pasien adiksi opioid yang mencapai rata-rata 60–70 orang per hari di mana selama mereka mengikuti program tersebut dapat mengikuti program pendukungnya berupa konseling dan psikoterapi. Setiap pasien yang datang pertama kali akan dilakukan pemeriksaan oleh dokter atau psikiater, berupa wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan psikologik dan laboratorium sesuai dengan indikasi. Selama

- perjalanannya, pasien yang mengikuti PTRM perlu dievaluasi secara klinis, psikologik-psikiatrik dan sosial. Tes urine secara acak perlu dilakukan untuk memastikan apakah mereka masih memakai opioid yang ilegal, sayangnya hal tersebut menjadi kendala kami oleh karena terbentur masalah dana.
2. **Hipnoterapi dan dinamika kelompok.**
Hipnoterapi dilakukan satu minggu sekali sedangkan dinamika kelompok setiap bulan sekali. Di dalam dinamika kelompok yang jumlahnya antara 10-15 orang, pasien dapat mengeluarkan masalahnya, sharing dengan teman-teman maupun melakukan aktivitas atau kreativitas yang sifatnya membangun dan bermanfaat bagi mereka. Kegiatan tersebut juga sering mengalami kendala oleh karena terbentur masalah tenaga, tempat dan juga dana.
 3. **Family Gathering.**
Acara ini bertujuan untuk menyamakan persepsi antara pasien dengan orang tua atau keluarganya sehingga terjadi *keharmonisan* dalam rumah tangga. Sayangnya acara ini baru dilaksanakan 1 kali selama ini, juga oleh karena terkendala sumber daya manusia dan dana.
 4. **Penyuluhan dan Pelatihan.**
Acara ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman pada masyarakat serta profesi kesehatan maupun nonkesehatan akan bahaya NAPZA, terutama NAPZA suntik terhadap penularan HIV/AIDS serta sosialisasi masalah PTRM. Pelatihan dan penyuluhan telah dilakukan pada semua profesi kesehatan disemua puskesmas kotamadya Surabaya dan sebagian tokoh agama serta tokoh masyarakat dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Surabaya.
 5. **Voluntary Counseling Testing (VCT).**
VCT dilakukan atas kerja sama dengan staf di Ruang Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (Ruang PIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada pasien PTRM yang sudah relatif stabil.

6. Melakukan kerja sama dengan instansi pemerintah dan non pemerintah serta LSM dalam dan luar negeri.
7. Mengirim staf PTRM untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang terkait dengan PTRM di luar dan dalam negeri serta mengikuti aktivitas-aktivitas yang berkaitan dengan program tersebut.
8. Pendidikan dan Pelatihan.

Sesuai dengan Tri Dharma Perguruan Tinggi, PTRM RSU Dr. Soetomo Surabaya juga sebagai tempat untuk mendidik dan melakukan penelitian di samping pelayanan. Penempatan para dokter muda yang sedang menjalani kepaniteraan klinik didepartemen psikiatri dan para PPDS I psikiatri bekerja ditempat tersebut selama mengikuti siklus didevise NAPZA. Mereka dilatih untuk lebih terampil menangani pasien adiksi NAPZA agar lebih berpengalaman dalam pelayanan pasien adiksi.

Hadirin yang saya hormati,

Dari hasil laporan tahunan Februari 2006 sampai dengan Desember 2007 dapat dilihat hal-hal sebagai berikut:

- Jumlah pasien laki-laki jauh lebih banyak daripada wanita;
- Usia terbanyak dari pasien yang mengikuti program tersebut adalah 25-29 tahun;
- Sedangkan pendidikan terbanyak dari peserta program tersebut adalah SMU;
- Pasien yang masih aktif mengikuti program tampaknya ada penurunan dari tahun ke tahun.

Banyaknya pasien yang drop-out perlu mendapat perhatian dari pihak kami. Beberapa hal yang dapat menjadikan hal tersebut antara lain:

- Perilaku dari pasien yang *malas* serta tidak adanya dukungan keluarga;
- Tidak adanya transportasi dan dana oleh karena mereka yang tinggal atau bekerja di luar kota Surabaya;

- Adanya penangkapan beberapa pasien oleh polisi di dalam halaman Rumah Sakit, sangat *meresahkan* pasien-pasien lain sehingga mereka *enggan* atau *takut* berobat; Beberapa pasien yang melakukan tindakan kriminal menyebabkan mereka ditangkap oleh yang berwenang, mengakibatkan mereka harus berhenti minum metadon karena tidak ada keluarga atau petugas yang berwenang, bersedia untuk mengambil obat tersebut;
- Keterbatasan tenaga medis (dokter atau psikiater maupun konselor) oleh karena mereka juga melakukan tugas pendidikan pelayanan-pengabdian masyarakat serta penelitian ditempat lain, mengakibatkan mereka mengalami kesulitan untuk bertemu dokter atau psikiater bila mereka sedang bermasalah.

Hadirin yang saya hormati,

Izinkanlah saya merangkum bagaimana peranan PTRM pada adiksi Opioid:

PTRM mempunyai peranan yang sangat besar bagi penderita adiksi opioid oleh karena dapat menurunkan angka kematian, kesakitan dan mengurangi keterlibatan dalam tindakan kriminal. Keikutsertaan mereka dalam PTRM dapat memutus mata rantai penularan HIV/AIDS, mengurangi dampak buruk penggunaan NAPZA suntik dan meningkatkan kualitas hidup pasien serta mempromosikan pola hidup sehat. Tenaga medis yang bekerja di PTRM memerlukan pelatihan dan harus mempunyai keterampilan khusus sehingga terbiasa melakukan terapi pasien adiksi opioid. Selama melaksanakan PTRM harus ditunjang dengan program intervensi psikososial, misalnya konseling adiksi dan MI serta MET. Dokter harus memahami tahap-tahap perubahan sikap dan perilaku pasien dan selalu memberi empati dan dukungan atas usaha pasien untuk mau berubah.

Tabel 2006

Nama PTRM : POLIKLINIK RUMATAN METADON RSUD. SOETOMO SURABAYA

Alamat PTRM : Jl. Airlangga No. 29 Surabaya

No.Tlp. : 031-5501663

No.Fax. : 031-5501778

Laporan Pebruari 2006 s/d Desember 2006

Bulan	Total Register	Pasien Baru	Pasien Lama	Pasien masuk kembali	Non active patient					Total Non Aktif	Pasien Aktif	Total Dosis (mg)
					Stop dgn rencana	Meninggal	Tindakan kriminal	Pindah ke PTRM lain	Drop out			
Pebruari	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	9	4025
Maret	37	27	9	-	-	-	-	-	3	3	33	17370
April	50	13	33	-	-	1	-	-	2	3	43	31150
Mei	68	18	43	-	-	-	1	-	4	5	56	39165
Juni	88	20	56	-	-	-	1	-	9	10	66	39745
Juli	106	18	66	-	-	-	1	-	8	9	75	46290
Agustus	134	28	75	1	-	-	1	-	14	15	80	57082,5
September	149	15	89	-	-	-	3	-	12	15	89	64402,5
Oktober	157	8	89	-	-	1	-	-	8	9	88	70564
Nopember	165	8	88	-	-	-	1	-	16	17	79	63487,5
Desember	186	21	79	-	-	-	1	-	6	7	93	73220
Total		186		1		2	9		83	94		506501,5

Tabel 2007

Nama PTRM : POLIKLINIK RUMATAN METADON RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

Alamat PTRM : Jl. Airlangga No. 29 Surabaya

No.Tlp. : 031-5501663

No.Fax. : 031-5501778

Laporan Januari 2007 s/d Desember 2007

Bulan	Total Register	Pasien Baru	Pasien Lama	Pasien masuk kembali	Non active patient					Total Non Aktif	Pasien Aktif	Total Dosis (mg)
					Stop dgn rencana	Meninggal	Tindakan kriminal	Pindah ke PTRM lain	Drop out			
Januari	199	13	93	0	0	1	1	0	16	17	89	79075
Pebruari	218	19	89	1	0	0	0	0	14	14	95	73440
Maret	226	8	95	2	0	0	0	0	14	14	91	87720
April	232	6	91	2	0	1	0	0	7	8	91	87209
Mai	217	5	91	6	0	0	0	0	12	12	90	84858
Juni	239	2	90	5	0	0	0	0	14	14	83	78502
Juli	247	8	83	3	0	2	0	0	10	12	82	77260
Agustus	249	2	82	4	0	0	0	0	3	3	85	78951
September	252	3	85	3	0	0	0	0	9	9	82	71675
Oktober	254	2	82	3	0	1	0	0	9	10	77	80230
Nopember	256	2	77	1	0	0	0	0	1	1	79	75055
Desember	259	3	79	1	0	0	0	0	12	12	71	69288
							1					
Total		73		31	0	5	2	0	121	126		939263

Hadirin yang saya muliakan,

HARAPAN DAN HIMBAUAN

Dalam kesempatan ini saya mempunyai beberapa harapan dan himbauan yang ingin dapat diwujudkan seizin Allah swt. oleh karena angka kejadian adiksi opioid masih cukup tinggi dan dampaknya sangat **luas** dan **mengerikan**.

Untuk Universitas Airlangga, khususnya Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga saya berharap untuk dapat memberikan beberapa tenaga sumber daya manusia untuk dapat melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dengan lebih optimal, khususnya dalam penatalaksanaan penderita adiksi opioid guna kelancaran dan kesuksesan program tersebut.

Untuk Pemerintah Indonesia, khususnya Departemen Kesehatan mohon dapatnya menunjang program-program kami, antara lain dengan:

- tetap memberikan subsidi metadon pada poliklinik PTRM agar pasien maupun keluarganya dapat mengikuti dengan harga yang **murah**.
- memberikan beberapa tenaga sumber daya manusia baik dokter umum maupun psikiater untuk bertugas di poli rumatan metadon. Hendaknya seorang dokter umum dapat bekerja membantu kami untuk penatalaksanaan program tersebut

dan masa kerjanya dapat diperhitungkan sebagai wajib kerja di instansi pemerintah.

Begitu juga harapan dan himbauan saya untuk pimpinan RSU Dr. Soetomo Surabaya, marilah kita bersama-sama berupaya meningkatkan kesehatan para pecandu opioid demi masa depan Bangsa dan Negara tercinta ini. Semoga kami mendapatkan tambahan beberapa tenaga profesional dan menambah beberapa ruangan (memperluas gedung PTRM) guna kelancaran pelaksanaan program. Untuk instansi-instansi lain, baik pemerintah maupun nonpemerintah, khususnya pihak kepolisian dan LSM marilah kita bekerja sama untuk mewujudkan impian kita agar tercapai cita-cita kami semua.

UCAPAN TERIMA KASIH

Hadirin yang terhormat,

Pada akhir pidato pengukuhan saya ini, perkenankanlah saya untuk mengucapkan rasa terima kasih dan syukur yang tiada terhingga kepada Allah swt. yang tiada henti-hentinya memberi kami sekeluarga hidup akan rahmat, karunia, bimbingan, dan perlindungan sehingga saya dapat mencapai jabatan setinggi ini dalam dunia pendidikan.

Ucapan terima kasih saya ucapkan kepada **Pemerintah Republik Indonesia**, dalam hal ini diwakili oleh Menteri Pendidikan Nasional **Prof. Dr. Bambang Sudibjo, MBA.**, yang telah menyetujui pengangkatan saya sebagai Guru Besar dalam bidang Ilmu Kedokteran Jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Kepada yang terhormat Ketua Senat Akademik Universitas Airlangga **Prof. Sam Suharto, dr., Sp.MK**, dan Sekretaris Senat Akademik **Prof. Dr. Frans Limahelu, S.H., LLM.** dan anggota senat akademik lainnya saya ucapkan terima kasih sebesar-

besarannya untuk semua upaya dan kepercayaannya pada saya untuk memangku jabatan Guru Besar ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada yang terhormat Rektor Universitas Airlangga **Prof. Dr. H. Fasich, Drs., Apt.** atas kesediaan dan kepercayaannya mengusulkan saya untuk diangkat menjadi Guru Besar dan menerima saya dilingkungan Senat Universitas Airlangga.

Kepada yang terhormat para mantan Rektor Universitas Airlangga antara lain **Prof. Dr. Marsetio Donoseputro, dr., Sp.PK(K); Prof. H. Soedarso Djojonegoro, dr.; Prof. H. Bambang Rahino Setokoesoemo, dr.; Prof. Dr. Soedarto, dr., DTM&H, Ph.D dan Prof. Dr.Med. H. Puruhito, dr., Sp.BTKV** yang telah memberi kesempatan kepada saya menjadi dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Kepada yang terhormat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga **Prof. Dr. M. Amin, dr., Sp.P(K)** dan para Wakil Dekan serta anggota Badan Pertimbangan fakultas, mantan Dekan **Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr., Sp.THT** beserta para Pembantu Dekan, yang telah mengusulkan dan menyetujui saya untuk diangkat menjadi Guru Besar, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya juga kepada mantan Dekan, Almarhum **Prof. M. Harjono Sudigdomarto, dr., Sp.OG**, yang menerima saya pertama kali menjadi Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga saya ucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kepada yang terhormat Direktur RSUD Dr. Soetomo **H. Slamet Riyadi Yuwono, dr., DTM&H, MARS**, dan mantan Direktur RSUD Dr. Soetomo **Prof. H. Abdus Syukur, dr., Sp.B(K) BD; Prof. H. M. Dikman Angsar, dr., Sp.OG KFM; dan Prof. H. Karjadi Wirjoatmodjo, dr., Sp.An KIC.**, saya sampaikan terima kasih atas kesempatan yang diberikan kepada saya untuk berdarma bakti dan meniti karir serta menimba pengalaman di

RSU Dr. Soetomo Surabaya. Khususnya bagi **H. Slamet Riyadi Yuwono, dr., DTM&H, MARS**, beserta para wakil direktur yang mengizinkan dan membantu mendirikan Poliklinik Terapi Rumatan Metadon RSU Dr. Soetomo Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya di bawah koordinator **Soetjipto, dr., Sp.KJ** saya ucapkan banyak terima kasih. Mudah-mudahan perjuangan kami dalam mewujudkan impian melaksanakan program-program Poli Rumatan Metadon dapat terlaksana dan lebih bermanfaat bagi penderita adiksi opioid beserta keluarganya.

Kepada guru-guru saya yang pertama kali menerima saya di bagian Psikiatri almarhum **Prof. Dr. Triman Prasadio, Sp.S., Sp.KJ** dilanjutkan **Prof. H. R. Daldiri Mangoendiwirjo, Sp.S., Sp.KJ(K)**; **Prof. W.F. Maramis, Sp.S., Sp.KJ(K)**; **Prof. Dr. Moeljono Notosoedirdjo, dr., Sp.S., Sp.KJ(K) MPH** saya ucapkan terima kasih atas jasa-jasanya yang telah memberi pengetahuan dan keterampilan di bidang Psikiatri. Begitu juga kepada yang terhormat almarhum **Prof. HRM Soejoenoes, Sp.S., Sp.KJ** terima kasih atas jasa-jasanya.

Untuk para senior saya, rekan atau staf di Departemen/SMF Psikiatri, PPDS I Psikiatri, seluruh para medis dan karyawan di bawah pimpinan **Prof. Fatimah Haniman, dr., Sp.KJ(K)** sebagai ketua departemen psikiatri dan **Didi Aryono B, dr., Sp.KJ** sebagai ketua SMF Psikiatri RSU Dr. Soetomo Surabaya serta para penderita beserta keluarganya saya ucapkan banyak terima kasih. Begitu pula saya ucapkan hal itu khususnya untuk rekan dan karyawan di Poli Rumatan Metadon RSU Dr. Soetomo Surabaya oleh karena jabatan yang saya dapat ini tidak lain adalah hasil kita bersama. Terima kasih atas kerja samanya selama ini.

Ucapan terima kasih saya ucapkan juga kepada guru-guru saya yang telah mendidik dan membimbing di Sekolah Rakyat Ambengan I dan Joh. Gabriel, Sekolah Menengah Pertama dan Sekolah Menengah Atas Santa Maria Surabaya, serta untuk semua dosen-dosen saya di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/

RSU Dr. Soetomo Surabaya oleh karena jasa-jasa mereka memberi saya pada kehidupan yang sangat mulia sebagai pendidik.

Pada kesempatan yang berbahagia ini perkenankanlah saya menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga dan penuh rasa hormat kepada kedua orang tua saya, almarhum ayahanda **M. Koesnoeljakin** dan Almarhumah ibu **Sri Astoeti** yang telah mengasuh, mendidik, dan membesarkan saya dan selalu memberi dorongan untuk menuntut ilmu setinggi mungkin. Budi baik dan pengorbanan beliau tidak pernah terbalas sampai akhir hayat saya, namun akan selalu saya panjatkan doa kepada Allah swt mengampuni segala dosa dan membalas budi baiknya dengan memberi tempat dan derajat yang tinggi di sisi-Nya. Kepada almarhum bapak mertua saya Bapak **R. Soemantri Sastromidjojo** dan ibu mertua saya Ibu **RR. Dhati Djaroch** yang telah banyak memberi nasihat dan bimbingan pada saya, saya haturkan terima kasih yang sedalam-dalamnya. Semoga arwah beliau diterima di sisi-Nya, sesuai dengan amal ibadahnya dan diampuni dosa-dosanya. Amin.

Kepada saudara-saudara saya yang tercinta, **Koentjoro Koesnoeljakin** dan **Siti Suherlin**; **Asti** dan **Hamzah**; serta Mbak **Mang** dan almarhum **Mas Moediono**; **Mas Maryanto** dan **Lakshmi**; **Mareto** dan **Tini**; **Nunuk** dan **Herman**; serta **Niesje** dan **Bagus** yang saya harapkan untuk dapat hadir dan turut berbahagia bersama saya sekeluarga, saya ucapkan terima kasih, mereka selalu mendampingi saya sekeluarga baik dalam suka maupun duka.

Kepada suami saya tercinta **Noniek (Margono)** yang telah lebih dari 30 tahun mendampingi dalam keadaan suka dan duka dengan penuh kesabaran dan ketelatenan, dari lubuk hati yang paling dalam saya sampaikan rasa cinta dan sayang serta rasa hormat dan terima kasih setulus-tulusnya. Ketulusanmu, kesetiaanmu, dan kesabaranmu selalu saya harapkan oleh karena dapat merupakan cahaya hidup kita sekeluarga untuk membentuk keluarga yang sakinah.

Demikian juga kepada anak-anak saya yang tercinta, **Triza** dan **Indra** serta **Rinda** dan **Djohan**, minta maaf apabila selama ini ibu terlalu sibuk sehingga timbul perasaan yang tidak menyenangkan dan terabaikan. Pesan ibu pada kalian pandai-pandailah bersyukur pada Allah swt terhadap semua yang telah diberikan-Nya pada kalian. Semoga kalian menjadi insan yang bertaqwa dan berguna bagi sesama, bangsa dan negara, serta Allah swt selalu melimpahkan taufik, hidayah, rahmat dan rahim serta barokah yang seluas-luasnya kepada kamu sekalian. Amin. Kehadiran cucu-cucu yang manis, Mas **Rayhan**; Mbak **Zahra**; dan **Adik Azle** menambah kebahagiaan kami sekeluarga, semoga kalian menjadi anak yang sholeh berguna bagi bangsa, negara, dan agama. Amin.

Saya ucapkan pula rasa terima kasih yang tidak terhingga kepada seluruh panitia pengukuhan yang dipimpin oleh saudara **H. Wijoto, dr., Sp.S**, begitu pula untuk tim Paduan Suara Universitas Airlangga serta kepada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya upacara ini berjalan dengan baik.

Akhir kata, kepada hadirin yang saya hormati, terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaannya meluangkan waktu, meringankan kaki untuk datang ke acara pengukuhan ini serta mendengarkan pidato ini dengan penuh kesabaran saya mohon maaf bilamana terdapat hal-hal yang menyebabkan bapak/ibu/hadirin kurang berkenan di hati. Semoga Allah swt melimpahkan rahmat dan karunia-Nya bagi kita semua. Amin.

Alhamdulillahillobbi'alamin.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarokatuh.

DAFTAR PUSTAKA

1. Al Bachri Husin. *Pro dan Kontra Terapi Substitusi Opioid*. Pelatihan Program Rumatan Metadon, Bali. November 2004.
2. Carroll KM and Onken LS. *Behavioral Therapies for Drug Abuse*. Amer J Psychiatry, 162, 1452-60, 2005.
3. Crome IB and Mython T. *Pharmacotherapy in dual diagnosis*. In Clinical Topics in Addiction, RC Psych Publications, Great Britain. 149-68, 2007.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia: *Standard Operating Procedure (SOP) untuk terapi Sustitusi Metadon*, 2005.
5. Luly J, O'Gara C, and Sessay M. *Is Methadone Too Dangerous for Opiate Addiction?* BMJ, 331, 1352-3, 2005.
6. Maisto SA, Galizio M, and Connors GJ. *Drug Use and Abuse*. Harcourt Brace College Publishers, third Ed, 1999.
7. Marion IJ. *Methadone Treatment at Forty Science & Practice Perspectives*, 25-33, Dec. 2005.
8. Margono HM. *Pengamatan Keluarga terhadap Perubahan Perilaku Anggota Keluarganya yang Mengikuti Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Studi Pendahuluan. PIDT PDSKJI, Palembang, Juli 2007.
9. Martin PR, Weinberg BA, Bealer BK. *Healing Addiction. An Integrated Pharmacopsychosocial Approach to Treatment*. John Wiley & Sons. USA, 2007.
10. National Evaluation Data Services (NEDS): *Methadone Treatment Outcomes in the National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES)*, June 1999, 20-51 Prepared by Greenfield L. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
11. Office of National Drug Control Policy (ONDCP): *Methadone. Drug Policy Information Clearing House*, April 2000.
12. PT Schering-Plough Indonesia Tbk. *Program Terapi dengan Buprenorfin*. Pelatihan untuk Dokter, Surabaya. September 2002.

13. Ratna Mardiaty. *Terapi Rumatan Metadon dan Pengurangann Dampak Buruk*. Pelatihan Program Rumatan Metadon, Bali, November 2004.
14. Sarasvita R. *Konseling dan Evaluasi Klinis dalam Program Rumatan Metadon*. Pelatihan Program Rumatan Metadon. Bali, November 2004.

