Konferensi Nasional Psikiatri Adiksi I

10-12 Oktober 2015

Hotel Atria, Malang

Penyelenggara : PDSKJI seksi Adiksi

Addiction Short Course Training and Its Extension to

Master Degree Program in Addiction Public Health

Shelly Iskandar

Bagian Psikiatri FK Universitas Padjadjaran/ RS Hasan Sadikin Bandung

Abstrak

Adiksi NAPZA merupakan salah satu penyakit yang paling menyita tenaga dan biaya dalam upaya terapinya. Penggunaan NAPZA juga menimbulkan kerugian yang amat besar baik untuk pengguna, keluarga maupun masyarakat luas. Di Indonesia, jumlah pengguna NAPZA terus meningkat bahkan diperkirakan mencapai sekitar lima juta orang atau 2.8% dari jumlah penduduk Indonesia menggunakan NAPZAdi tahun 2015. Walaupun telah banyak program intervensi yang disediakan tetapi angka cakupan program adiksi tersebut masih rendah. Cakupan yang rendah disebabkan oleh berbagai faktor seperti stigma dan diskriminasi oleh masyarakat dan tenaga kesehatan, kualitas layananan adiksi yang belum baik, dan kurang memadainya pendidikan adiksi bagi petugas kesehatan. Bagaimana seseorang mempersepsikan penyebab dan hal-hal penting dari adiksi; bagaimana adiksi memengaruhi status emosional, perilaku, dan hubungan dengan orang lain; apa yang akan dilakukan pasien dan orang-orang di sekitarnya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan adiksi akan bersifat unik dan berbeda antara orang yang satu dengan yang lain dan akan memengaruhi pemberian layanan pada pasien adiksi. Para pakar adiksi dari organisasi profesi, 6 Universitas (UI, UNPAD, UDAYANA, UNAIR, UGM dan ATMAJAYA), Kementrian Kesehatan, dan Badan Narkotika Nasional menyusun 7 modul

pelatihan yaitu : sejarah penggunaan dan aspek etikolegal zat psikoaktif; konsep adiksi dari sudut pandang bio-psiko-sosial; aspek neurofarmakologi zat psikoaktif; anamnesis, pemeriksaan fisik, rencana tindakan, penyakit infeksi; penatalaksanaan & farmakoterapi; keterampilan penanganan adiksi; monitoring & evaluasi. Pelatihan adiksi pada tenaga kesehatan yang bekerja di layanan adiksi ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman, persepsi, dan sikap terhadap adiksi dan juga meningkatkan keterampilan klinis. Lebih lanjut, pendekatan ilmu kesehatan masyarakat dalam mengatasi permasalahan adiksi juga perlu diterapkan agar upaya promotif dan preventif juga dapat dijalankan sejalan dengan upaya terapi dan rehabilitasi. Upaya memfasilitasi peserta pelatihan adiksi yang ingin juga mengembangkan kemampuannya dalam kesehatan masyarakat perlu dilakukan dengan proses pentransferan angka kredit sehingga mempercepat proses pendidikan para tenaga kesehatan tersebut.

1.1. Latar Belakang Penelitian

Penggunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA) menimbulkan kerugian yang amat besar baik untuk pengguna, keluarga maupun masyarakat luas. Walaupun efek dari adiksi NAPZA tersebut sangat merugikan, namun tetap banyak orang yang menggunakannya (1). Ringkasan eksekutif Survei Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia tahun 2011 (Kerugian Sosial dan Ekonomi) menunjukkan bahwa 3,7 juta sampai 4,7 juta orang atau sekitar 2,2% dari total seluruh penduduk Indonesia yang berisiko terpapar narkoba di tahun 2011. Penyalahguna tersebut, terdistribusi atas 27% coba pakai, 45% teratur pakai, 27% pecandu bukan suntik, dan 2% pecandu suntik. Prevalensi tersebut mengalami kenaikan dibandingkan tahun sebelumnya (2).

Estimasi kerugian biaya ekonomi akibat narkoba tahun 2011 lebih tinggi sekitar 49% dibandingkan tahun 2008 dengan total kerugian biaya sekitar Rp.48,2 trilyun. Kerugian biaya tersebut terdiri atas Rp. 44,4 trilyun kerugian biaya individual dan Rp. 3,8 trilyun adalah biaya sosial. Pada biaya individu, sebagian besar (39%) untuk biaya konsumsi narkoba. Biaya terbesar kedua adalah untuk pelayanan kesehatan saat pengguna narkoba mengalami gejala putus zat, penggunaan dosis berlebih, dan penyakit penyerta lainnya seperti HIV, Tuberculosis, dan lain-lain. Sedangkan pada biaya sosial sebagian besar (90%) diakibatkan oleh kerugian biaya akibat kematian karena narkoba (*premature death*) (2).

Di samping itu penggunaan NAPZA di Indonesia merupakan faktor pendorong terjadinya epidemi HIV melalui perilaku menyuntik berisiko(3) dan perilaku seksual berisiko (4). Sejak lebih dari satu dekade terakhir, Indonesia telah mengimplementasikan intervensi berbasis bukti yang telah menunjukkan efektivitasnya di negara lain untuk pencegahan dan terapi NAPZA dan HIV/AIDS. Angka cakupan program-program intervensi HIV juga masih rendah: sekitar 30%

dari pengguna NAPZA suntik di Indonesia yang mengakses layanan pertukaran jarum suntik dan hanya 1% yang mengakses layanan substitusi opioid, serta hanya 6% pengguna NAPZA suntik dengan HIV positif yang mengakses terapi antiretroviral (ART) (5, 6). Makalah ini akan membahas faktor-faktor yang berperan dalam rendahnya cakupan pelayanan adiksi dan peran pelatihan dan pendidikan dalam mengatasi permasalahan tersebut.

1.2. Faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya akses layanan adiksi

1.2.1 Stigma dan diskriminasi

Sampai saat ini, masyarakat pada umumnya memandang pengguna NAPZA sebagai seseorang yang lemah dan buruk serta tidak mau untuk mengendalikan perilaku dan pemenuhan kepuasan mereka (7, 8). Pengguna narkoba dan orang dengan HIV seringkali distigmatisasi karena mereka dihubungkan dengan perilaku immoral (9, 10). Stigma dan diskriminasi merupakan fenomena yang umum tidak hanya pada tingkat individu, tetapi juga di tingkat institusi dan keluarga (11, 12). Stigma dan diskriminasi merupakan sumber stres tambahan dari stres yang sudah ada akibat penyakit itu sendiri (9). Stigmatisasi yang tinggi mengarah pada pencarian pertolongan yang lebih rendah dan menjadi hambatan untuk terapi (13).

1.2.2 Keterampilan penyedia layanan adiksi yang masih rendah

Pengguna NAPZA tidak mau menggunakan layanan jika merasa tidak nyaman dengan petugas pemberi layanan dan kerahasiaan mereka tidak terjamin. Di samping itu minimalnya waktu yang diberikan oleh penyedia layanan untuk memberikan informasi menyebabkan pengetahuan pasien tentang kegunaan terapi, efek samping, dan konsekuensi dari ketidakpatuhan minum obat rendah dan dapat menyebabkan penghentian terapi yang mereka jalani (14, 15).

Kapasitas yang terbatas dari profesional yang terlatih baik, terbatasnya waktu konsultasi dengan dokter, dan kompetensi yang minimal dari penyedia layanan di bidang adiksi, terbatasnya pelayanan terintegrasi untuk masalah kesehatan fisik dan mental pada pengguna NAPZA, dan stigma terhadap pasien adiksi di pusat-pusat layanan merupakan permasalahan yang ditenggarai terjadi pada penyedia layanan yang menyebabkan cakupan program intervensi rendah (16-18).

Banyak penyedia layanan di Indonesia yang melihat pengguna NAPZA suntik sebagai sesorang yang lemah moral, orang jahat, orang yang tidak mau mengontrol perilakunya sehingga banyak diantara mereka yang tidak mau meresepkan terapi HIV ke pengguna NAPZA suntik (7, 8). Mereka menyuruh pasien mereka untuk menghentikan terapi adiksi (terapi substitusi opioid seperti metadon dan buprenorfin) sebagai syarat mendapatkan terapi HIV (19).

Hal ini menunjukkan pemahaman penyedia layanan tersebut tentang adiksi masih rendah. Penelitian telah menunjukkan peranan faktor biologis pada otak dan genetik berhubungan erat dengan adiksi (7, 20). Penyebab adiksi amat kompleks, meliputi faktor sosial, ekonomi, dan pendidikan, namun percobaan pada binatang, yang tidak terpengaruh oleh faktor-faktor tersebut, tetap menunjukkan pola perilaku adiksi seperti ketagihan, dan terus menerus mengkonsumsi NAPZA (1).

1.3. Upaya peningkatan layanan adiksi melalui pendidikan khusus adiksi di Indonesia

Kedokteran adiksi belum dikenal sebagai (sub) spesialisasi medis dan tidak ada kurikulum kedokteran adiksi khusus dalam pendidikan dokter dan pelatihan kedokteran adiksi masih sangat terbatas (21, 22). Sebuah penelitian terhadap sekitar 200 profesional yang bekerja di perawatan adiksi, sekitar 17% belum pernah menerima pelatihan adiksi. Sebagian besar dari

profesional pemberi layanan adiksi hanya mendapatkan pelatihan singkat mengenai terapi substitusi opioid, berupa pelatihan beberapa hari tentang peresepan dan pemberian metadon dan buprenorphine (17).

Hanya 30% profesional adiksi di Indonesia yang menganggap adiksi sebagai penyakit otak, sedangkan sekitar 70% menganggap terapi berbasis kepercayaan/ sebagai modalitas terapi yang paling sesuai (17). Kurangnya pengetahuan yang sesuai pada profesional yang berkerja dengan penasun yang terinfeksi HIV, disertai dengan stigmatisasi, mempengaruhi perilaku mereka dalam pemberian layanan bagi pasien dan membatasi tingkatan kualitas intervensi medis dan psikiatris dalam kelompok ini (23).

Modul pelatihan untuk tenaga kesehatan khusus perlu untuk dikembangkan dan diberikan. Sertifikasi khusus dari kementrian kesehatan harus didapatkan untuk dapat bekerja di terapi adiksi. Setiap institusi yang telah ditunjuk oleh kementrian kesehatan sebagai pusat terapi sebaiknya memiliki tenaga kesehatan yang memiliki sertifikat pelatihan tersebut.

Salah satu upaya pembuatan pelatihan adiksi bagi tenaga medis yang memberikan layanan adiksi dilakukan oleh Universitas Padjadjaran didukung oleh para pakar adiksi di berbagai instansi dan universitas. Setelah kesepakatan ide pengembangan kursus adiksi nasional pada Januari 2010, kalangan profesional adiksi kunci di seluruh Indonesia, mendorong diadakannya pertemuan konsensus pertama di bulan April 2010 di Surabaya. Tiga belas perwakilan dari pusat pengobatan adiksi nasional, badan narkotika nasional, kementrian kesehatan, organisasi profesional dan 5 Universitas Indonesia, UNPAD, UDAYANA, UNAIR, UGM dan ATMAJAYA membahas situasi adiksi dan menyepakati kebutuhan untuk membangun kapasitas sumber daya manusia adiksi, dan mendukung upaya UNPAD untuk mengembangkan jangka pendek nasional bukti- dan berbasis kompetensi obat adiksi.

Tindak lanjut kegiatan diatas adalah lokakarya 21-22 April 2010 yang diselenggarakan oleh UNPAD di Bandung, dibuka oleh sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), Dr. Nafsiah. Mboi dan difasilitasi oleh Prof. Cor de Jong dari Radboud University / NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction), ahli adiksi dari IMPACT (Integrated Management for Prevention and Control & Treatment of HIV/AIDS) dan Departemen Psikiatri FK UNPAD/ RSHS. Selama lokakarya ini dilakukan diskusi terkait kebutuhan untuk perawatan adiksi dan pengalaman pengembangan dan pembentukan program magister adiksi di Belanda. Termotivasi oleh hasil diskusi tersebut, kelompok kerja adiksi FK UNPAD, mengambil peran perencanaan pelatihan adiksi yang kemudian dinamakan Indonesian Short Course on Addiction Medicine (I-SCAN).

Berdasarkan penilaian kebutuhan pelatihan, kompetensi dan topik dari I-SCAN ditentukan. Dengan mempertimbangkan masukan dari para ahli, kerangka program pelatihan dikembangkan menjadi 7 modul pelatihan yang berlangsung selama 24 minggu dengan jumlah jam pelajaran sebesar 700 jam (1 jam pelajaran = 50 menit). Ketujuh modul tersebut adalah sebagai berikut:

1. Sejarah penggunaan dan aspek etikolegal zat psikoaktif
2. Konsep adiksi dari sudut pandang bio-psiko-sosial
3. Aspek neurofarmakologi zat psikoaktif
4. Anamnesis, pemeriksaan fisik, rencana tindakan, penyakit infeksi
5. Penatalaksanaan & farmakoterapi
6. Keterampilan penanganan adiksi
7. Monitoring & evaluasi

Pelaksanaan pelatihan ini masih terhambat karena biaya yang harus ditanggung mahasiswa peserta pelatihan terlalu besar. Sebagai bagian dari program Fakultas Kedokteran

UNPAD untuk membangun Jawa Barat ("UNPAD Nyaah Ka Jabar") maka Fakultas Kedokteran UNPAD memberikan beasiswa kepada perwakilan tenaga kesehatan dari 26 kota/ kabupaten di Jawa Barat untuk mengikuti program ISCAN ini. Diharapkan kegiatan ini dapat mulai terlaksana pada bulan November 2015. Peningkatan peran serta dan partisipasi dari lembaga dan instansi lain perlu terus ditingkatkan agar kualitas dan cakupan layanan adiksi dapat ditingkatkan.

1.4. Pendekatan ilmu kesehatan masyarakat dalam penanganan adiksi

Definisi klasik dari Proff. Winslow dari Universitas Yale tentang ilmu kesehatan masyarakat adalah: "ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk mendiagnosis dini, pencegahan penyakit, dan pengembangan aspek sosial yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang adekuat untuk menjaga kesehatannya" (24). Definisi ini menunjukkan bahwa pendekatan kesehatan masyarakat sangat penting dalam menanggulangi permasalahan adiksi. Keterampilan tenaga kesehatan dalam penanganan klinis untuk para pasien adiksi sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien adiksi dan keluarganya. Namun, upaya penanggulangan adiksi melalui pendekatan kuratif dan rehabilitatif tersebut tidaklah cukup dan perlu disertai dengan pendekatan promotif dan preventif yang terdapat dalam ilmu kesehatan masyarakat.

Usaha kesehatan masyarakat memiliki prinsip-prinsip dasar dalam pelaksanaannya yaitu :

1) Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan tindakan pencegahan (preventif) dari pada pengobatan (kuratif)

2) Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara-cara yang ringan biaya dan berhasil baik.

3) Dalam melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan pada masyarakat, baik sebagai pelaku (subyek) dan sasaran (obyek) atau dengan kata lain "suatu usaha dari, oleh dan untuk masyarakat".

4) Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku maka sasaran yang diutamakan adalah masyarakat yang terorganisir.

5) Ruang lingkup usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan masalah-masalah kesehatan masyarakat yang jika tidak segera diatasi akan menimbulkan dampak yang lebih besar.

Dalam upaya meningkatkan pendekatan komprehensif terhadap permasalahan adiksi seperti yang telah dijelaskan di atas, Departemen Psikiatri dan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedoketeran UNPAD bekerja sama untuk membuka program S2 Kesehatan Masyarakat dengan peminatan baru yaitu peminatan adiksi. Untuk memfasilitasi peserta yang ingin mengikuti kursus adiksi dan juga S2 Kesehatan Masyarakat maka sejumlah SKS yang ditempuh dalam kursus ISCAN dapat ditransfer ke S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan adiksi.

1.5. Kesimpulan

Upaya peningkatan layanan adiksi dan pendekatan kesehatan masyarakat perlu diterapkan untuk mengatasi permasalahan adiksi di Indonesia. Penerapan pelatihan dan pendidikan ilmu kesehatan masyarakat peminatan adiksi sebagai suatu langkah awal dan pertama di Indonesia perlu diuji coba dan dievaluasi.

Referensi

1. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langword JG. Substance abuse : a comprehensive text book. 4th ed: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.
2. Badan Narkotika Nasional. RINGKASAN EKSEKUTIF Survei Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia Tahun 2011 (Kerugian Sosial dan Ekonomi). 2011.
3. Laporan Situasi Perkembangan HIV&AIDS di Indonesia Tahun 2013. Jakarta: Ditjen PP&PL Kementerian Kesehatan RI, 2013.
4. Iskandar S, Basar AEP, Hidayat T, Siregar IMP, Pinxten L, Crevel van R, et al. The Risk Behavior Among Current & Former Injection Drug Users (IDUs) in Bandung, West Java, Indonesia. 2009.
5. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Hickman M, Mattick RP, Myers B, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet. 2010;375(9719):1014-28.
6. Mboi N. Number of OST Clinic. National AIDS Commission; 2010.
7. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. Science. 1997;278(5335):45-7.
8. Hyman SE. The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. Am J Bioeth. 2007;7(1):8-11.
9. Ahsan Ullah AK. HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Study of Health Care Providers in Bangladesh. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic). 2011;10(2):97-104.
10. Owolabi RS, Araoye MO, Osagbemi GK, Odeigah L, Ogundiran A, Hussain NA. Assessment of Stigma and Discrimination Experienced by People Living with HIV and AIDS Receiving Care/Treatment in University of Ilorin Teaching Hospital (UITH), Ilorin, Nigeria. J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic). 2012;11(2):121-7.

11. Paul N. Discrimination against people living with HIV/AIDS in India: educated persons as perpetrators. The Journal of infection. 2007;54(1):103-4.
12. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, et al. AIDS-related discrimination in Asia. AIDS care. 2005;17(4):413-24.
13. Sorsdahl KR, Mall S, Stein DJ, Joska JA. Perspectives towards mental illness in people living with HIV/AIDS in South Africa. AIDS care. 2010;22(11):1418-27.
14. Morrison A, Elliott L, Gruer L. Injecting-related harm and treatment-seeking behaviour among injecting drug users. Addiction. 1997;92(10):1349-52.
15. Neale J, Sheard L, Tompkins CN. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2007;2:31.
16. Utami DS. Identifikasi kebutuhan pelatihan di bidang napza bagi dokter umum dan perawat pada program diklat Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO). Jakarta: Indonesia; 2001.
17. Pinxten WJ, De Jong C, Hidayat T, Istiqomah AN, Achmad YM, Raya RP, et al. Developing a competence-based addiction medicine curriculum in Indonesia: the training needs assessment. Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse. 2011;32(2):101-7.
18. Irwanto, Hidajat LL, Tambunan RAI, Emmy, Lenggogeni S, Swandari P, et al. Research on health-seeking behaviours of injecting drug users in Bekasi. Jakarta: HIV/AIDS Research Center Atma Jaya Catholic University of Indonesia - Burnet Institute, 2010.
19. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. Lancet. 2010;376(9738):367-87.

20. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry. 2005;162(8):1403-13.
21. De Jong C, Luycks L, Delicat J-W. The master in addiction medicine program in the Netherlands. Substance Abuse. 2011;32(2):108-14.
22. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol-and drug-related disorders. Academic Medicine. 2001;7:410-8.
23. Ibrahim K, Haroen H, Pinxten L. Home-based care: a need assessment of people living with HIV infection in Bandung, Indonesia. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC. 2011;22(3):229-37.
24. Winslow CEA. The untilled field of public health. Modern Medicine. 1920;2:183.