



Buletin Jendela
Data dan Informasi Kesehatan

**Topik Utama**

GAMBARAN UMUM PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI INDONESIA

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI

Tulisan Terkait Topik Utama

TAHUN PENYELAMATAN PENGGUNA NARKOBA

Brigjen Pol. Ida Oetari Poernamasasi, S.AP
Direktur Penguatan Lembaga Rehabilitasi Instansi Pemerintah
Deputi Bidang Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional

PREVENSI SEKUNDER PEMAKAIAN ZAT ADIKTIF

Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc
Pusat Penelitian Kesehatan FKM UI
Dr. dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS
Deputi Terapi dan Rehabilitasi, BNN

PROGRAM WAJIB LAPOR PECANDU NARKOTIKA

Dra. Riza Sarasvita, M.Si, MHS
Kasubdit Bina P2M Napza, Rokok dan Alkohol
dr. Budi Raharjo, M. Epid
Kasie Bimbingan dan Evaluasi Subdit Bina P2M Napza, Rokok dan Alkohol

RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT

dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ,MKK
Direktur Rumah Sakit Ketergantungan Obat

Hari Anti Narkoba Internasional - 26 Juni
Pengguna Narkoba Dapat Dicegah dan Dapat Direhabilitasi



Kementerian Kesehatan RI

Daftar Isi



EDITORIAL

TOPIK UTAMA

Gambaran Umum Penyalahgunaan Narkoba 1

TULISAN TERKAIT TOPIK

Tahun Penyelamatan Pengguna Narkoba

Oleh: Brigjen Pol. Ida Oetari Poernamasasi, S.AP 16

Prevensi Sekunder Pemakaian Zat Adiktif

Oleh: Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, MSc
Dr. dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS 23

Program Wajib Lapor Pecandu Narkotika

Oleh: Dra. Riza Sarasvita, M.Si, MHS
dr. Budi Raharjo, M. Epid 29

Rumah Sakit Ketergantungan Obat

Oleh: dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK 42

Salam Redaksi



Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, akhirnya buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan ini dapat diterbitkan. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan kali ini mengangkat topik tentang Narkoba, karena tahun 2014 adalah Tahun Penyelamatan Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika serta merupakan wujud keprihatinan bangsa Indonesia akan kecenderungan peningkatan angka prevalensi penyalahgunaan narkotika di Indonesia khususnya bagi usia produktif. Karena masalah narkoba adalah masalah kita semua, maka perlu kita berantas.

Pada buletin ini juga terdapat artikel-artikel yang terkait dengan judul topik utama di atas di antaranya artikel Tahun Penyelamatan Pengguna Narkoba, Prevensi Sekunder Pemakaian Zat Adiktif, Program Wajib Lapor Pecandu Narkoba, Rumah Sakit Ketergantungan Obat.

Pada kesempatan ini kami ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan terbitnya buletin ini, semoga buletin ini dapat menjadi referensi dalam upaya pemberantasan narkoba di Indonesia.

Selamat membaca

Redaksi



Tim Redaksi

Pelindung

Sekretaris Jenderal Kemkes RI

Pengarah

Oscar Primadi

Penanggung Jawab

Didik Budijanto

Redaktur

Nuning Kurniasih

Penyunting

Rizka Astuti

Fetty Ismandari

Desainer Grafis / Lay Outer

Herman Naibaho

Yudha Noegraha

Kesekretariatan

Istiqomah

Khairani

Mitra Bestari

Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, MSc

dr. Parulian Sandy Noveria, MKK

dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ,MKK

Budy Santoso, S.Si

Ida Oetari Poernamasasi, S.AP

dr. Martines Heintje Polii

Dra. Riza Sarasvita, M.Si, MHS

dr. Budi Raharjo, M. Epid

Dr. dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS

Alamat Redaksi



Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9 Jakarta 12950
Telp. : 021-5221432, 021-5277167-68
Fax : 021-5203874, 021-5277167-68
Email : jendela_datinkes@depkes.go.id

Sekapur Sirih



Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Diketahui bahwa penyalahgunaan narkotika dari tahun ke tahun prevalensinya terus meningkat. Hasil survei yang dilakukan oleh BNN (Badan Narkotika Nasional) dan Puslitkes (Pusat Penelitian Kesehatan) UI tahun 2008 diperoleh angka prevalensi mencapai 1,9% dan pada tahun 2011 meningkat hingga 2,2% atau lebih kurang 4 juta penduduk Indonesia usia 10 sampai dengan 60 tahun sebagai penyalah guna narkotika. Pada tahun 2011 data dari UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crime*) diperkirakan bahwa antara 167 juta sampai 315 juta atau 3,6% sampai dengan 6,9% penduduk dunia usia 15-64 tahun menggunakan narkotika minimal sekali dalam setahun. Perlu kita waspadai meningkatnya narkotika jenis baru (*New Psychoactive Substances, NPS*) di dunia, dimana saat ini terdapat 354 jenis *NPS* dan di Indonesia ditemukan 29 *NPS*.

Meningkatnya populasi penyalah guna narkotika membuat pemerintah perlu mengambil langkah yang tepat untuk menurunkan jumlah penyalah guna dan menyelamatkan penyalah guna narkotika. Upaya tersebut ditindaklanjuti dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika yang mengamanatkan pencegahan, perlindungan, dan penyelamatan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan narkotika serta menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalah guna dan pecandu narkotika, pada Pasal 54 disebutkan bahwa "korban penyalah guna dan pecandu narkotika wajib direhabilitasi".

Menurut Direktorat Bina Upaya Kesehatan, pada tahun 2010 tercatat pula sebanyak 434 pasien rawat inap di Rumah Sakit karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penggunaan alkohol. Dari jumlah tersebut, 32 pasien di antaranya meninggal dunia. Berdasarkan laporan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), pasien rawat inap mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dalam 5 tahun terakhir. Efek negatif narkotika dan meningkatnya jumlah penyalah guna mendesak pemerintah untuk lebih serius dalam penanggulangannya serta menentukan strategi yang tepat guna menanggulangi penyalahgunaan narkotika.

Dipilihnya topik "Narkoba" pada edisi ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi, serta permasalahan narkoba di Indonesia. Semoga informasi yang disajikan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pengambilan keputusan penanggulangan narkoba yang sesuai dengan *evidence based*, sehingga pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba menjadi lebih terarah. Tak lupa kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Buletin "Jendela Data dan Informasi Kesehatan" ini.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Jakarta, Juli 2014
Kepala Pusat Data dan Informasi
Kementerian Kesehatan RI

drg. Oscar Primadi, MPH



GAMBARAN UMUM PENYALAHGUNAAN NARKOBA di INDONESIA

Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI

Di sekitar kita saat ini, banyak sekali zat-zat adiktif yang sangat berbahaya bagi tubuh dan menjadi masalah bagi umat manusia di berbagai belahan bumi. Salah satunya dikenal dengan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) atau istilah yang populer dikenal masyarakat sebagai Narkoba (Narkotika dan Obat Berbahaya).

Seiring dengan perkembangan zaman narkoba hanya dipakai secara terbatas oleh beberapa komunitas di berbagai negara. Obat-obatan ini digunakan untuk tujuan pengobatan, diresepkan para dokter meskipun sudah diketahui efek sampingnya. Kemudian kasus ketergantungan meningkat sesudah ditemukannya *morphine* (1804) yang diresepkan sebagai anestetik, digunakan luas pada waktu perang di abad ke-19 hingga sekarang dan penyalahgunaan narkoba di berbagai negara menjadi sulit untuk dikendalikan hingga saat ini.

PERMASALAHAN NARKOBA DI INDONESIA

Pada tahun 1990-an ecstasy, shabu, dan heroin memasuki pasaran Indonesia. Penyebaran ini terus berkembang, masalah penyalahgunaan narkoba di Indonesia telah meluas dan sangat mengkhawatirkan, tidak saja di perkotaan, melainkan juga menjangkau ke perdesaan. Masalah penyalahgunaan narkoba merupakan masalah yang sangat kompleks yang memerlukan upaya penanggulangan secara komprehensif dengan melibatkan kerja sama multidisipliner, multisektor, dan peran serta masyarakat secara aktif yang dilaksanakan secara berkesinambungan, konsekuensi, dan konsisten. Meskipun dalam kedokteran sebagian besar narkoba masih bermanfaat bagi pengobatan, namun bila disalahgunakan atau digunakan tidak menurut indikasi medis atau standar pengobatan terlebih lagi bila disertai peredaran di jalur ilegal akan berakibat sangat merugikan bagi individu maupun masyarakat luas khususnya generasi muda. Indonesia saat ini tidak hanya sebagai transit perdagangan gelap serta tujuan peredaran narkoba, tetapi juga telah menjadi produsen dan pengekspor.

Untuk meningkatkan kualitas penanggulangan penyalahgunaan narkoba, diperlukan data dan informasi narkoba dan yang terkait. Data dan informasi narkoba ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pengambilan keputusan penanggulangan narkoba yang sesuai dengan *evidence based*, sehingga pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkoba menjadi lebih terarah.

Keterbatasan cakupan sumber data ini masih ditambah dengan kelemahan dari segi kelengkapan dan kualitas data. Dengan gambaran yang disajikan ini, diharapkan para pembaca dan pengambil kebijakan menilai kecenderungan masalah penyalahgunaan narkoba untuk dapat mengambil langkah-langkah pencegahan dan penanggulangan yang diperlukan sesuai kenyataan di institusi penanggulangan penyalahgunaan narkoba.

BESARAN KASUS PENYALAHGUNAAN NARKOBA DI INDONESIA

Data dan informasi mengenai narkoba di banyak negara masih sangat sulit diperoleh, sehingga jumlah penyalah guna adalah berupa perkiraan atau angka estimasi saja. Sama halnya dengan Indonesia, jumlah penyalah guna sangat sulit diketahui antara lain karena (1) sebagian besar penyalah guna tidak muncul ke permukaan, karena stigma yang ada di masyarakat, takut dilaporkan, dan berbagai sebab lainnya, (2) belum ada sistem pelaporan yang baku (pelaporan yang sifatnya baku hanya ada di Rumah Sakit) dan (3) penyalah guna yang datang ke pusat-pusat pengobatan dan rehabilitasi hanya sebagian kecil. (4) penyebaran penyalah guna tidak merata, diduga *urban – biased*, sehingga sulit untuk membuat *sampling*, (5) *Community – based survey* sangat sulit dilakukan, tetapi beberapa LSM sudah melakukan survei sejenis.

Data yang akurat mengenai besaran penyalah guna narkoba secara umum memang belum ada. Namun diperkirakan jumlah penyalah guna narkoba dan zat yang digunakan semakin berkembang. Setelah maraknya penggunaan *amphetamin* seperti *ecstasy* dan shabu pada awal tahun 1990-an, maka belakangan ini berkembang ke arah penggunaan heroin dalam bentuk putauw (putauw adalah salah satu jenis heroin dengan kadar lebih rendah yang berwarna putih/heroin kelas lima atau enam), kemudian berkembang pada akhir tahun 2003 mulai ditemukan penggunaan kokain dan jamur. Awalnya zat yang banyak digunakan masuk pada kelompok alkohol, psikotropika dan ganja, kemudian berkembang ke arah jenis zat yang digunakan melalui suntikan.

Ditinjau dari jenisnya, ketergantungan narkoba merupakan penyakit mental dan perilaku yang dapat berdampak pada kondisi kejiwaan yang bersangkutan dan masalah lingkungan sosial. Ditinjau dari sejumlah kasus, walaupun tidak ada data yang pasti mengenai jumlah kasus penyalah guna narkoba, namun diperkirakan beberapa tahun terakhir jumlah kasus penyalah guna narkoba cenderung semakin meningkat, bahkan jumlah yang sebenarnya diperkirakan sesuai dengan fenomena "gunung es" (*iceberg phenomena*), dimana jumlah kasus yang ada jauh lebih besar daripada kasus yang dilaporkan atau dikumpulkan. Masyarakat secara umum memandang masalah gangguan penggunaan narkoba lebih sebagai masalah moral daripada masalah kesehatan.

Gambar 1. Jumlah Kasus Narkoba Menurut Penggolongan Tahun 2008-2012



Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Jumlah kasus narkoba berdasarkan penggolongannya yang masuk dalam kategori narkotika terus mengalami peningkatan dalam 5 tahun terakhir sedangkan yang masuk dalam kategori psikotropika jumlah kasusnya kian menurun, hal ini terlihat jelas pada tahun 2009 jumlah kasus psikotropika 8.779 kasus dan tahun 2010 jumlah kasus psikotropika menurun secara signifikan menjadi 1.181 kasus.

Pada Tabel 1 berikut ini bahwa hampir seluruh provinsi di Indonesia dalam tiga tahun terakhir jumlah kasus narkoba cenderung meningkat, seperti di Provinsi Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara. Namun pada beberapa provinsi kasusnya juga menurun, hal ini terlihat pada Provinsi Jawa Barat, Kalimantan Tengah, Sumatera Utara. Bila dibandingkan lima provinsi terbesar (Provinsi DKI Jakarta, Sumatera Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatera Selatan) menurut jumlah kasus narkoba akan terlihat dalam gambar sebagai berikut.



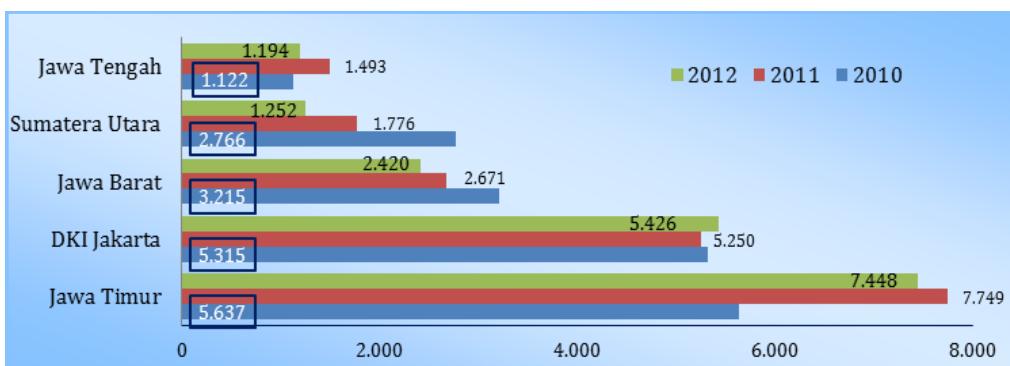
Tabel 1. Jumlah Kasus Narkoba Menurut Provinsi Tahun 2010 – 2012

No.	Provinsi	Tahun		
		2010	2011	2012
1.	Aceh	566	650	866
2.	Sumatera Utara	2.766	2.671	2.420
3.	Sumatera Barat	323	381	345
4.	Riau	488	601	650
5.	Kepulauan Riau	288	321	287
6.	Jambi	215	284	385
7.	Sumatera Selatan	824	1.049	990
8.	Bengkulu	122	130	129
9.	Lampung	510	535	647
10.	Bangka Belitung	126	191	180
11.	Banten	183	141	161
12.	DKI Jakarta	5.315	5.250	5.426
13.	Jawa Barat	3.215	1.776	1.252
14.	Jawa Tengah	1.122	1.493	1.194
15.	DI Yogyakarta	262	281	254
16.	Jawa Timur	5.637	7.749	7.448
17.	Kalimantan Barat	205	260	242
18.	Kalimantan Selatan	534	887	1.188
19.	Kalimantan Timur	600	624	591
20.	Kalimantan Tengah	732	325	333
21.	Bali	792	887	862
22.	Nusa Tenggara Barat	133	144	162
23.	Nusa Tenggara Timur	235	868	147
24.	Sulawesi Selatan	413	521	645
25.	Sulawesi Tenggara	302	388	528
26.	Sulawesi Tengah	145	189	209
27.	Sulawesi Utara	415	1.007	1.022
28.	Gorontalo	19	13	12
29.	Maluku	72	56	40
30.	Maluku Utara	34	33	24
31.	Papua	85	91	88
Jumlah		26.678	29.796	28.727

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

*Sebelum tahun 2013, data Provinsi Sulawesi Barat masih tercatat di Provinsi Sulawesi Selatan dan data Provinsi Papua Barat tercatat di Provinsi Papua.

Gambar 2. Lima Provinsi Terbesar Jumlah Kasus Narkoba Tahun 2010 - 2012



Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Provinsi Jawa Timur dalam tiga tahun terakhir masih menempati urutan pertama jumlah kasus narkoba berdasarkan provinsi. Begitu pula menurut jumlah tersangka narkoba, Provinsi Jawa Timur menempati urutan pertama dan mengalami peningkatan dari tahun 2010 – 2012 (6.395 tersangka di tahun 2010 meningkat menjadi 8.142 tersangka di tahun 2012). Beberapa provinsi mengalami peningkatan jumlah tersangka dari tahun 2010 - 2012 antara lain Aceh (peningkatan 392 tersangka), Sulawesi Utara (peningkatan 789 tersangka), dan Kalimantan Selatan (peningkatan 802 tersangka). Data tersebut disajikan dalam Tabel 2 berikut.

Tabel 2. Jumlah Tersangka Narkoba Menurut Provinsi Tahun 2010 – 2012

No.	Provinsi	Tahun		
		2010	2011	2012
1.	Aceh	779	847	1.171
2.	Sumatera Utara	3.717	3.515	3.277
3.	Sumatera Barat	490	558	503
4.	Riau	677	855	980
5.	Kepulauan Riau	364	399	378
6.	Jambi	347	409	587
7.	Sumatera Selatan	1.102	1.416	1.282
8.	Bengkulu	162	181	181
9.	Lampung	784	820	1.000
10.	Babel	168	250	238
11.	Banten	277	217	218
12.	DKI Jakarta	6.538	6.429	6.713
13.	Jawa Barat	4.108	2.447	1.719
14.	Jawa Tengah	1.342	1.746	1.352
15.	DI Yogyakarta	327	360	340
16.	Jawa Timur	6.395	8.637	8.142
17.	Kalimantan Barat	293	345	304
18.	Kalimantan Selatan	814	1.234	1.616
19.	Kalimantan Timur	864	971	887
20.	Kalimantan Tengah	889	399	397
21.	Bali	826	941	900
22.	Nusa Tenggara Barat	170	205	213
23.	Nusa Tenggara Timur	238	878	160
24.	Sulawesi Selatan	619	739	894
25.	Sulawesi Tenggara	322	401	560
26.	Sulawesi Tengah	180	205	235
27.	Sulawesi Utara	418	1.106	1.207
28.	Gorontalo	19	13	16
29.	Maluku	81	68	44
30.	Maluku Utara	47	38	27
31.	Papua	140	103	99
Jumlah		33.497	36.732	35.640

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

* Sebelum tahun 2013, data Provinsi Sulawesi Barat masih tercatat di Provinsi Sulawesi Selatan dan data Provinsi Papua Barat tercatat di Provinsi Papua.

Problem yang sangat mengancam saat ini adalah efek penggunaan narkoba melalui jarum suntik terhadap timbulnya HIV/AIDS. Di Thailand, pola HIV/AIDS dimulai dari penggunaan jarum suntik oleh penyalah guna narkoba atau disebut juga dengan *IDU* (*Injecting Drug User*), tapi di Indonesia pola HIV/AIDS dimulai dari seks, kemudian berkembang dalam 10 tahun terakhir pemakaian narkoba melalui jarum suntik menjadi salah satu pola penyebab timbulnya HIV/AIDS. Hal ini merupakan sebuah fenomena *second explosion of HIV/AIDS epidemic*.



Di kalangan pengguna narkoba suntik, infeksi HIV berkisar antara 50% sampai 90%. Dengan demikian dewasa ini masalah infeksi HIV tidak hanya berkaitan erat dengan hubungan seks yang tidak aman tapi amat erat hubungannya dengan penggunaan narkoba suntik. Penggunaan narkoba suntik biasanya dilakukan dengan cara tidak terbuka sehingga tidak mudah memperkirakan penggunaan narkoba suntik di Indonesia. Jumlah dan persentase kasus AIDS pada pengguna narkoba suntik (*IDU*) menurut provinsi sampai dengan Desember 2012 dapat dilihat pada Tabel 3 berikut.

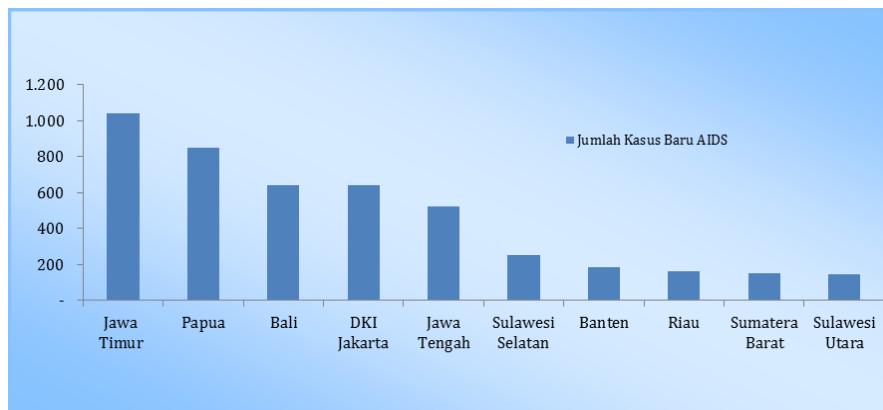
Tabel 3. Jumlah dan Persentase Kasus AIDS pada Pengguna Narkoba Suntikan (*IDU*)
Menurut Provinsi sampai dengan Desember 2013

No	Provinsi	Jumlah Kasus Baru AIDS	Jumlah Kasus Baru AIDS pada IDU	Persentase Kasus Baru AIDS pada IDU	Jumlah Kasus Kumulatif AIDS	Jumlah Kasus Kumulatif AIDS pada IDU	Persentase Kasus Kumulatif AIDS pada IDU
1	Aceh	47	3	6,38	165	32	19,39
2	Sumatera Utara	-	-	-	1.301	222	17,06
3	Sumatera Barat	150	0	0	952	327	34,35
4	Riau	163	14	8,59	992	163	16,43
5	Jambi	79	0	0	437	213	48,74
6	Sumatera Selatan	-	-	-	322	107	33,23
7	Bengkulu	5	0	-	160	70	43,75
8	Lampung	94	13	13,83	423	143	33,81
9	Kepulauan Bangka Belitung	59	3	5,08	303	56	18,48
10	Kepulauan Riau	7	0	0	382	28	7,33
11	DKI Jakarta	640	0	0	7.477	244	3,26
12	Jawa Barat	33	2	6,06	4.131	2.493	60,35
13	Jawa Tengah	524	8	1,53	3.339	283	8,48
14	DI Yogyakarta	134	2	1,49	916	193	21,07
15	Jawa Timur	1.038	65	6,26	8.725	1.464	16,78
16	Banten	188	50	26,60	1.042	295	28,31
17	Bali	641	4	0,62	3.985	421	10,56
18	Nusa Tenggara Barat	77	0	0	456	32	7,02
19	Nusa Tenggara Timur	76	0	0	496	7	1,41
20	Kalimantan Barat	-	-	-	1.699	283	16,66
21	Kalimantan Tengah	11	0	0	97	11	11,34
22	Kalimantan Selatan	72	0	0	334	25	7,49
23	Kalimantan Timur	-	-	-	332	39	11,75
24	Sulawesi Utara	146	5	3,42	798	68	8,52
25	Sulawesi Tengah	81	4	4,94	190	13	6,84
26	Sulawesi Selatan	250	77	30,80	1.703	652	38,29
27	Sulawesi Tenggara	51	0	0	212	6	2,83
28	Gorontalo	14	0	0	68	8	11,76
29	Sulawesi Barat	3	0	0	6	1	16,67
30	Maluku	125	0	0	437	80	18,31
31	Maluku Utara	42	5	11,90	165	38	23,03
32	Papua Barat	9	0	0	187	5	2,67
33	Papua	849	2	0,24	10.116	6	0,06
Indonesia		5.608	257	4,58	52.348	8.028	15,34

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013

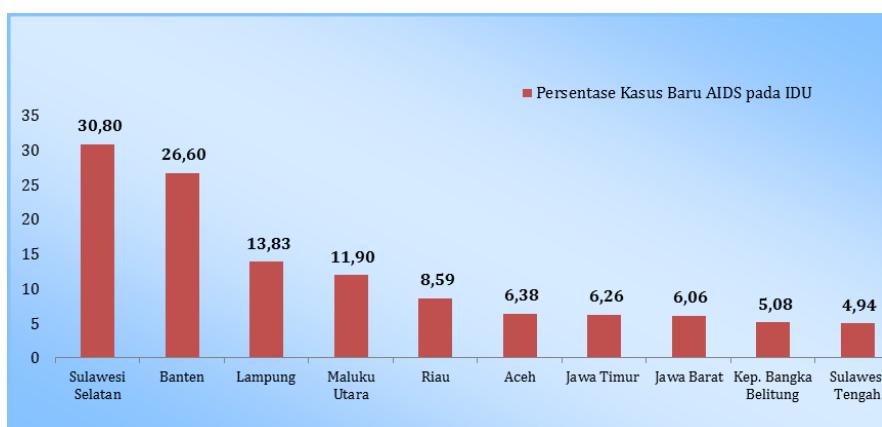
Provinsi Sulawesi Selatan menempati urutan pertama dalam jumlah dan persentase kasus AIDS pada pengguna narkoba suntikan (*IDU*), ditemukan 77 kasus baru AIDS pada *IDU* dari 250 kasus baru AIDS (30,80%). Diikuti Provinsi Jawa Timur ditemukan 65 kasus baru AIDS pada *IDU* dari 1.038 kasus baru (6,26%) dan Provinsi Banten ditemukan 50 kasus baru AIDS pada *IDU* dari 188 kasus baru (26,60%).

Gambar 3. Sepuluh (10) Besar Jumlah Kasus Baru AIDS di Indonesia sampai dengan Desember 2013



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012

Gambar 4. Sepuluh (10) Besar Persentase Kasus Baru AIDS pada Pengguna *IDU* di Indonesia sampai dengan Desember 2013



Sumber : Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012

Gambar 5. Jumlah dan Persentase Penyalah Guna Narkoba di RSKO yang Mengidap HIV+ Tahun 2009 - 2013



Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014



Berdasarkan data pengunjung pasien RSKO dalam lima tahun terakhir mengalami peningkatan jumlah dan persentase pasien penyalah guna narkoba yang mengidap HIV⁺.

KARAKTERISTIK PENYALAH GUNA NARKOBA

1. Gambaran Morbiditas dan Mortalitas

Menurut Direktorat Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 tercatat sebanyak 6.854 pasien kunjungan rawat jalan di rumah sakit karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penggunaan opioida. Dari jumlah tersebut, 4,89% pasien di antaranya merupakan kasus baru. Data jumlah pasien rawat jalan di rumah sakit karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penggunaan yang berhubungan dengan narkoba disajikan pada Tabel 4 berikut.

Tabel 4. Rekapitulasi Data Morbiditas Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Indonesia Tahun 2010

Golongan Sebab Sakit	Kasus Baru Menurut Golongan Umur (tahun)						Jumlah Kasus Baru			Jumlah Kunjungan
	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+	LK	PR	Jumlah	
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol	-	17	202	307	102	35	439	224	663	1.211
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioida	-	1	67	159	90	18	213	122	335	6.854
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabinoida	-	2	65	54	40	14	110	65	175	422
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan sedativa atau hipnotika	-	-	26	32	20	2	49	31	80	266
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain	-	-	20	44	19	24	49	58	107	199
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulansia	-	1	55	126	31	1	98	116	214	339
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan halosinogenika	-	3	4	26	31	-	37	27	64	100
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan tembakau	-	1	13	22	16	3	28	27	55	142
Gangguan mental dan perilaku akibat zat pelarut yg mudah menguap, atau zat multipel &	-	5	130	187	110	11	313	130	443	717

Sumber : SIRS, Bina Upaya Kesehatan, 2010

* Jumlah rumah sakit 1523 dengan laporan RL2A 445 laporan (29,22%) dan laporan RL2B 432 laporan (28,37%)

Sementara itu, dari sumber yang sama, pada tahun 2010 tercatat pula sebanyak 434 pasien rawat inap di rumah sakit karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penggunaan alkohol. Dari jumlah tersebut, 32 pasien di antaranya meninggal dunia. Data jumlah pasien rawat inap di rumah sakit karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penggunaan narkoba disajikan pada Tabel 5 berikut.

Tabel 5. Rekapitulasi Data Morbiditas dan Mortalitas Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Indonesia Tahun 2010

Golongan Sebab Sakit	Pasien Keluar (Hidup+Mati) Menurut Golongan Umur (tahun)						Jumlah Pasien Keluar			Jmlh Pasien Keluar Mati
	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+	LK	PR	Jumlah	
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol	-	17	135	203	64	15	256	178	434	32
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioida	-	2	14	56	9	10	66	25	91	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabinoida	-	-	9	11	17	3	22	18	40	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan sedativa atau hipnotika	1	2	10	86	2	4	18	87	105	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain	-	-	2	18	17	8	21	24	45	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulansia	-	-	5	12	3	-	6	14	20	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan halosinogenika	-	-	2	1	2	5	4	6	10	-
Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan tembakau	-	-	16	18	-	-	14	20	34	-
Gangguan mental dan perilaku akibat zat pelarut yg mudah menguap, atau zat multipel &	6	4	44	52	27	16	86	63	149	4

Sumber : SIRS, Bina Upaya Kesehatan, 2010

* Jumlah rumah sakit 1523 dengan laporan RL2A 445 laporan (29,22%) dan laporan RL2B 432 laporan (28,37%)

Menurut laporan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO), pasien rawat inap mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dalam 5 tahun terakhir. Data jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap di RSKO tahun 2009 - 2013 disajikan pada Tabel 6 berikut.

Tabel 6. Jumlah Pasien Menurut Jenis Perawatan di RSKO Tahun 2009 - 2013

Jenis Perawatan	2009	2010	2011	2012	2013
Rawat Jalan	240	119	116	356	183
Rawat Inap	136	157	129	225	328

Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

Namun, semua data jumlah kasus tersebut belum dapat menggambarkan jumlah penyalah guna narkoba yang sebenarnya, hanya menggambarkan jumlah yang berkunjung ke fasilitas kesehatan. Sedangkan data yang berasal dari masyarakat tidak mudah didapatkan, perlu penelitian atau survei yang membutuhkan dana, tenaga, dan sarana yang lebih besar.



2. Gambaran Penyalah Guna Narkoba Menurut Zat yang Digunakan

Pada umumnya, jenis zat yang digunakan oleh para penyalah guna narkoba adalah (1) jenis yang tidak digunakan dalam dunia medis yaitu cannabis, kokain, heroin, dan *designer drug* lainnya, (2) jenis yang digunakan dalam dunia medis berupa golongan sedatif hipnotik dengan masa kerja pendek, dan (3) jenis yang relatif “bebas” diperjualbelikan yaitu alkohol. Zat yang tidak digunakan dalam pengobatan/medis, biasanya lebih banyak masuk melalui jalur tidak resmi (*illicit*).

Tabel 7. Jumlah Kasus Narkoba Menurut Jenis Tahun 2008 – 2012

No	Jenis	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012
1.	Ganja	8.459	8.722	7.096	5.913	6.476
2.	Heroin	1.534	797	661	603	486
3.	Hashish	5	3	9	3	7
4.	Kokain	7	2	5	3	8
5.	Kodein	2	0	0	0	0
6.	Morfir	1	0	0	0	0
7.	Ekstasi	2.094	1.404	856	782	856
8.	Shabu	6.522	7.652	9.270	11.819	11.247
9.	Daftar G	1.167	1.040	904	1.273	1.419
10.	Benzodiazepin	0	299	132	144	179
11.	Barbiturat	0	0	127	174	127
12.	Ketamin	0	0	13	10	4
13.	Miras	9.429	10.742	7.451	8.880	7.745

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Dari tabel di atas terlihat bahwa jenis narkoba yang banyak disalahgunakan adalah ganja, shabu, ecstasy, Daftar G dan miras (minuman keras). Jumlah kasus penyalahgunaan shabu mengalami peningkatan dalam lima tahun terakhir dan penyalahgunaan ecstasy mengalami penurunan.

Sedangkan pasien yang dirawat di RSKO dalam lima tahun terakhir, terbanyak adalah penyalahgunaan zat opioida, seperti tersaji pada tabel di bawah ini.

Tabel 8. Jumlah Pasien Menurut Penyalahgunaan Zat di RSKO Tahun 2009 - 2013

No	Penyalahgunaan Zat	2009	2010	2011	2012	2013
1.	Alkohol	4	3	6	1	6
2.	Opioda	344	249	219	532	409
3.	Ganja	8	11	5	14	16
4.	Sedatif Hipnotik	0	1	0	14	0
5.	Amphetamine	15	11	7	18	57
6.	Benzodiazepin	5	1	3	1	18
7.	Multiple	0	0	5	1	5

Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

3. Gambaran Penyalah Guna Narkoba Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

Pada bagian ini disajikan gambaran penyalah guna narkoba menurut kelompok umur dan jenis kelamin berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan dari Badan Narkotika Nasional (BNN) – POLRI, Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) dan Direktorat



Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan. Namun, data penyalah guna narkoba yang diperoleh dari sumber yang berbeda tersebut belum dikelompokkan dengan pengelompokan umur yang sama, sehingga dalam interpretasi data tidak dapat dibandingkan secara langsung.

a. Penyalah Guna Narkoba Menurut Kelompok Umur

Menurut Badan Narkotika Nasional, antara tahun 2008 - 2012 jumlah tersangka narkoba berdasarkan kelompok umur tercatat jumlah terbesar pada kelompok >29 tahun. Data tersebut disajikan dalam Tabel 9 berikut.

Tabel 9. Jumlah Tersangka Menurut Kelompok Umur Tahun 2008 - 2012

No.	Kelompok Umur (tahun)	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012
1.	<16	133	113	88	117	132
2.	16 – 19	2.001	1.731	1.515	1.774	2.106
3.	20 – 24	6.441	5.430	4.993	5.377	5.478
4.	25 – 29	10.136	9.757	8.939	11.718	10.339
5.	>29	26.000	21.374	17.962	17.746	17.585

Sumber: Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Sedangkan menurut data RSKO antara tahun 2009 - 2013 tercatat jumlah terbesar pada kelompok 30 - 34 tahun. Data tersebut disajikan dalam Tabel 10 berikut.

Tabel 10. Jumlah Pasien Narkoba di RSKO Menurut Kelompok Umur Tahun 2009 - 2013

No.	Kelompok Umur (tahun)	Tahun				
		2009	2010	2011	2012	2013
1.	<15	1	1	4	11	0
2.	15 - 19	14	9	6	47	54
3.	20 - 24	35	19	14	53	87
4.	25 - 29	126	84	49	91	60
5.	30 - 34	128	93	169	195	120
6.	> 34	72	70	3	184	190

Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

Dalam kurun waktu 4 tahun terakhir secara berturut-turut jumlah terbesar pasien narkoba ada pada kelompok 30 - 34 tahun yakni tahun 2009 sebanyak 128 pasien (34,04%), tahun 2010 sebanyak 93 pasien (33,7%), tahun 2011 sebanyak 169 pasien (68,98%), tahun 2012 sebanyak 195 pasien (33,56%). Namun pada tahun 2013 dari 328 pasien rawat inap RSKO karena gangguan mental dan perilaku yang disebabkan penyalahgunaan narkoba, lebih dari sepertiganya (36,6%) adalah pasien kelompok umur >34 tahun. Ini menunjukkan antara tahun 2012 dan 2013 terjadi pergeseran proporsi terbesar penyalah guna narkoba dari kelompok umur 30 – 34 tahun menjadi kelompok umur >34 tahun. Pergeseran ini tentunya masih perlu diamati lagi perkembangannya pada tahun-tahun berikutnya.

Besarnya proporsi penyalah guna narkoba pada kelompok umur dewasa perlu mendapat perhatian lebih, khususnya dalam hal pencegahan penyalahgunaan narkoba, yang harus dilakukan tidak saja oleh pemerintah melainkan juga oleh masyarakat khususnya keluarga. Orang dewasa bisa dengan mudahnya memperoleh obat baik di tempat umum seperti warung maupun di tempat-tempat tertentu seperti diskotik.



b. Penyalah Guna Narkoba Menurut Jenis Kelamin

Menurut data dari Badan Narkotika Nasional, tercatat sebagian besar penyalah guna narkoba adalah laki-laki. Data tersebut disajikan dalam Tabel 11 berikut.

Tabel 11. Jumlah Tersangka Narkoba Menurut Jenis Kelamin Tahun 2008 – 2012

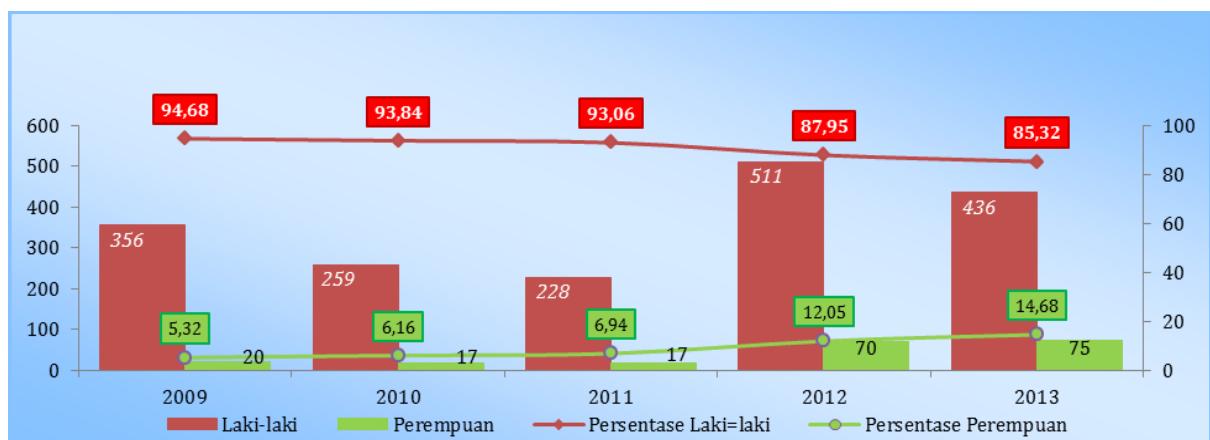
No.	Kewarga-negaraan	Jenis Kelamin	Tahun									
			2008		2009		2010		2011		2012	
			Jumlah	%								
1.	WNI	LK	41.257	92,48	35.193	91,90	30.503	91,50	32.892	89,94	32.255	90,80
		PR	3.356	7,52	3.102	8,10	2.835	8,50	3.679	10,06	3.269	9,20
2.	WNA	LK	88	89,80	93	84,55	132	83,02	138	85,71	103	88,79
		PR	10	10,20	17	15,45	27	16,98	23	14,29	13	11,21

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Dari data tersebut terlihat bahwa baik WNI maupun WNA jumlah dan proporsi tersangka narkoba didominasi laki-laki yaitu selalu di atas 80%. Dalam kurun waktu 2008 - 2012 jumlah tersangka narkoba WNI proporsi terendah laki-laki yaitu pada tahun 2011 (89,94%) dan tertinggi pada tahun 2008 (92,48%). Bila dilihat proporsinya pada tahun 2011 terjadi penurunan namun pada tahun 2012 proporsinya naik menjadi 90,80%. Sedangkan pada jumlah tersangka WNA proporsi terendah laki-laki yaitu pada tahun 2010 (83,02%) dan tertinggi pada tahun 2008 (89,80%). Bila dilihat proporsinya memang pada tahun 2010 terjadi penurunan dari 84,55% pada tahun 2009 menjadi 83,02% pada tahun 2010, kemudian naik lagi 85,71% pada tahun 2011, terus naik lagi menjadi 88,79% pada tahun 2012. Sama halnya dengan jumlah tersangka WNI perempuan, pada WNA perempuan cenderung terjadi kenaikan dalam kurun waktu 2008 - 2012.

Pada data RSKO jumlah pasien mengalami peningkatan dalam kurun waktu 2009 - 2013 baik pasien laki-laki maupun pasien perempuan. Proporsi pasien laki-laki juga lebih besar seperti disajikan dalam Gambar 6 berikut.

Gambar 6. Jumlah dan Proporsi Pasien Narkoba di RSKO Menurut Jenis Kelamin Tahun 2009-2013



Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

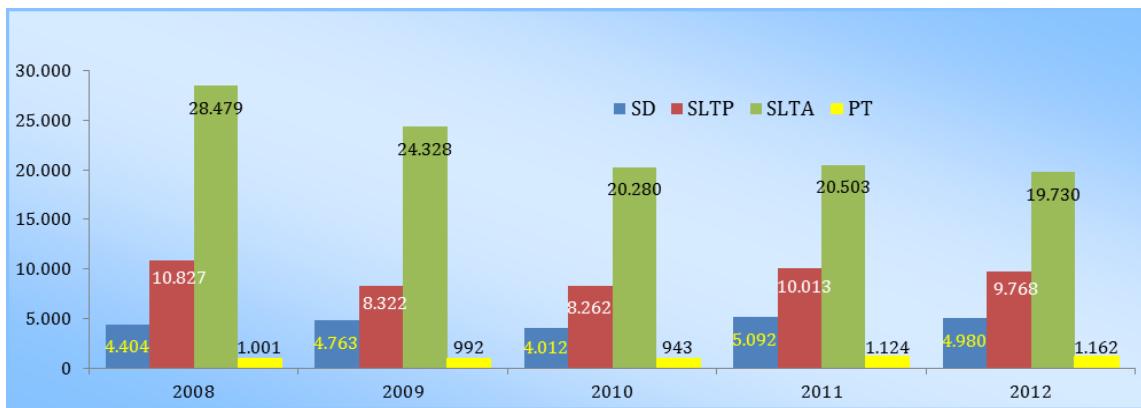
4. Gambaran Penyalah Guna Narkoba Menurut Status Sosial

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan dari berbagai sumber, pada bagian ini disajikan gambaran penyalah guna narkoba menurut status sosial. Status sosial yang dimaksudkan adalah tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

a. Penyalah Guna Narkoba Menurut Tingkat Pendidikan

Berdasarkan data BNN dalam kurun waktu 2008 - 2012 tercatat bahwa proporsi terbesar jumlah tersangka narkoba berlatar belakang pendidikan SLTA, diikuti SLTP, SD dan PT/Perguruan Tinggi. Datanya dapat dilihat pada Gambar 7 berikut.

Gambar 7. Jumlah Tersangka Narkoba Menurut Tingkat Pendidikan Tahun 2008 – 2012



Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Sedangkan menurut laporan RSKO, proporsi terbesar pasien rawat jalan dan rawat inap penyalah guna narkoba yang dirawat di RSKO pada kurun waktu tahun 2009 - 2013 adalah berlatar belakang pendidikan SLTA, kemudian diikuti S1 dan D3. Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap akibat penyalahgunaan narkoba di RSKO menurut tingkat pendidikan tahun 2009 – 2013 disajikan pada Tabel 12 berikut.

Tabel 12. Jumlah Pasien Narkoba di RSKO Menurut Tingkat Pendidikan Tahun 2009 - 2013

No.	Tingkat Pendidikan	Tahun				
		2009	2010	2011	2012	2013
1.	SD	4	0	0	18	14
2.	SLTP	18	22	11	57	39
3.	SLTA	206	156	143	340	298
4.	D3	67	40	29	61	46
5.	S1	81	58	58	105	113
6.	>S1	0	0	4	0	1

Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

Data tersebut menunjukkan tingkat pendidikan penyalah guna narkoba yang terbanyak adalah SLTA. Namun demikian besarnya proporsi penyalah guna narkoba yang berpendidikan SLTA dan S1 tersebut bukan berarti mereka semua masih sekolah, bisa saja sebagian dari mereka itu tidak lagi berada di lingkungan sekolah atau kampus, melainkan sudah bekerja di berbagai sektor atau bahkan sebagian dari mereka mungkin pengangguran. Untuk melengkapi gambaran ini, perlu pula dilihat menurut jenis pekerjaan, yang akan diuraikan pada subbagian berikutnya.



b. Penyalah Guna Narkoba Menurut Jenis Pekerjaan

Berdasarkan data BNN sebagian besar jumlah tersangka narkoba menurut jenis pekerjaan dalam kurun waktu 2008 - 2012 adalah pekerja swasta diikuti wiraswasta, pengangguran, dan buruh. Data tersebut disajikan dalam Tabel 13 berikut.

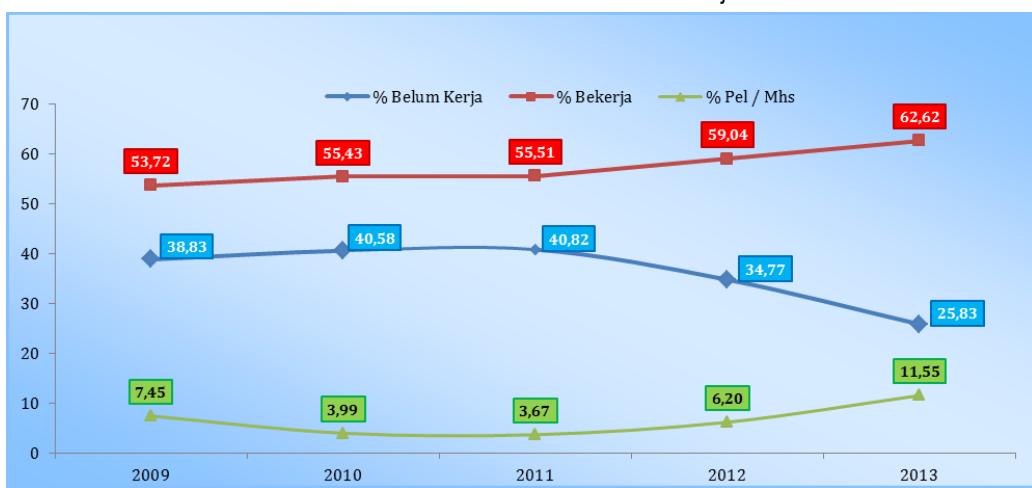
Tabel 13. Jumlah Tersangka Narkoba Menurut Jenis Pekerjaan Tahun 2008 – 2012

No	Jenis Pekerjaan	Tahun				
		2008	2009	2010	2011	2012
1.	PNS	210	250	251	337	320
2.	Polri/TNI	273	307	227	294	287
3.	Swasta	17.588	14.550	13.943	17.444	16.071
4.	Wiraswasta	14.631	11.258	7.480	7.730	7.545
5.	Petani	639	780	902	1.079	1.388
6.	Buruh	3.580	3.598	3.944	3.525	4.025
7.	Mahasiswa	647	653	518	611	710
8.	Pelajar	654	635	531	605	695
9.	Pengangguran	6.489	6.374	5.701	5.107	4.599

Sumber : Badan Narkotika Nasional dan POLRI, 2013

Proporsi terbesar pasien narkoba di RSKO adalah pasien bekerja. Dalam kurun waktu 2009 – 2013 proporsi pasien yang bekerja cenderung meningkat yaitu pada tahun 2009 sebesar 53,72% (202 orang), tahun 2010 sebesar 55,43% (153 orang), tahun 2011 sebesar 55,1% (136 orang), tahun 2012 sebesar 59,04 (343 orang), dan tahun 2013 sebesar 62,62% (320 orang). Meskipun dalam angka absolut tahun 2010 dan tahun 2011 menurun namun proporsinya tetap meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Data tersebut disajikan dalam Gambar 8 berikut.

Gambar 8. Jumlah Pasien Narkoba di RSKO Menurut Jenis Pekerjaan Tahun 2009 - 2013



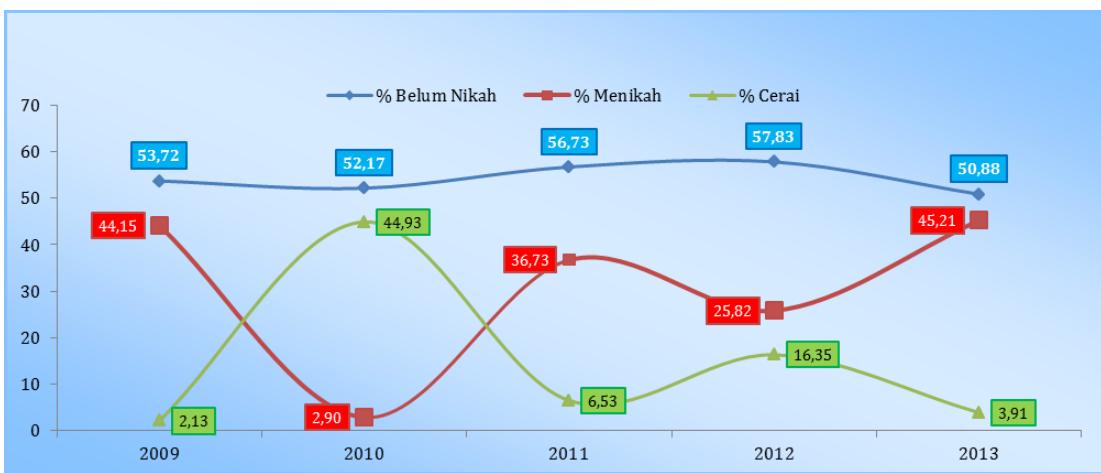
Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

Dari faktor ekonomi, keuntungan yang berlipat dari bisnis narkoba menyebabkan semakin maraknya bisnis ini di negeri kita. Dalam satu hari seorang pengedar bisa mendapatkan uang yang sangat banyak karena harga narkoba itu mahal. Di samping faktor keuntungan, faktor sulitnya mendapatkan pekerjaan dan gaya hidup yang serba konsumtif juga merupakan faktor penyebab yang mendorong seseorang menjadi pengedar narkoba dan atau sekaligus sebagai pengguna.

c. Penyalah Guna Narkoba Menurut Status Perkawinan

Berdasarkan laporan RSKO, sebagian besar (50% - 57%) pasien rawat jalan dan rawat inap penyalah guna narkoba di RSKO pada tahun 2009 – 2013 adalah pasien penyalah guna narkoba yang belum nikah dan hanya sebagian kecil saja yang berstatus nikah kawin dan cerai. Proporsi pasien yang belum kawin secara berurutan dari tahun 2009 sampai dengan 2013 sebesar 53,72%, 52,17%, 56,73%, 57,83%, dan 50,88%. Data pasien rawat jalan dan rawat inap penyalah guna narkoba di RSKO menurut status perkawinan tahun 2009 – 2013 disajikan pada Gambar 9 berikut.

Gambar 9. Jumlah Pasien Narkoba di RSKO Menurut Status Perkawinan Tahun 2009 - 2013



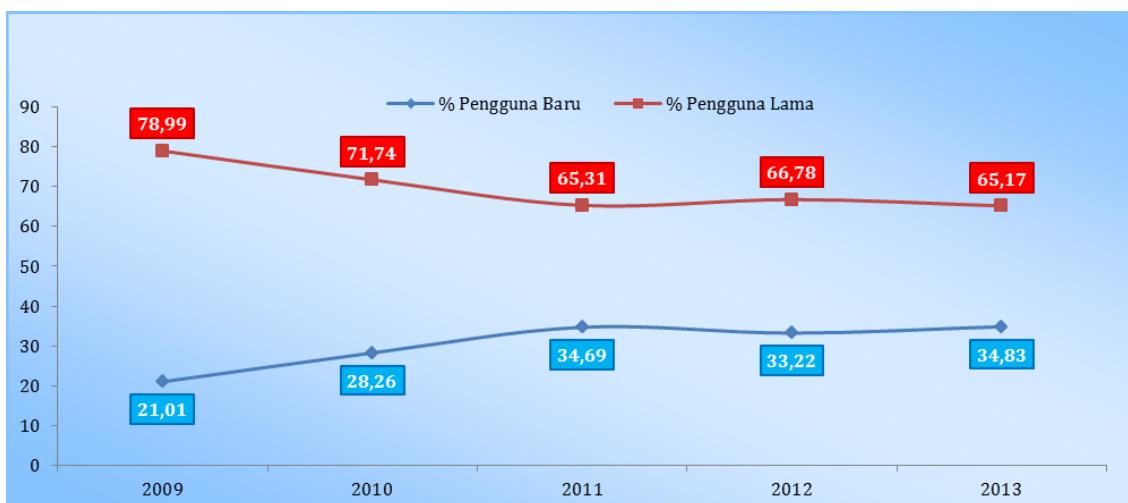
Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

d. Penyalah Guna Narkoba Menurut Status Penggunaan Narkoba

Data yang digunakan untuk menggambarkan penyalah guna narkoba menurut status penggunaan (pengguna lama atau pengguna baru).

Berdasarkan data dari RSKO, penyalah guna narkoba dalam kurun waktu lima tahun antara tahun 2009 - 2013 separuhnya adalah penyalah guna lama, selebihnya adalah penyalah guna baru. Pada tahun 2009 dari 376 penyalah guna narkoba 78,99% merupakan penyalah guna lama, sedangkan tahun 2013 penyalah guna lama persentasenya menurun menjadi 65,17%. Data ini menunjukkan bahwa ada peningkatan yang sangat tajam pada persentase penyalah guna baru. Jumlah penyalah guna narkoba menurut status penggunaan pada tahun 2009 – 2013 disajikan pada Gambar 10 berikut.

Gambar 10. Jumlah Pasien Narkoba di RSKO Menurut Status Penggunaan Tahun 2009 - 2013

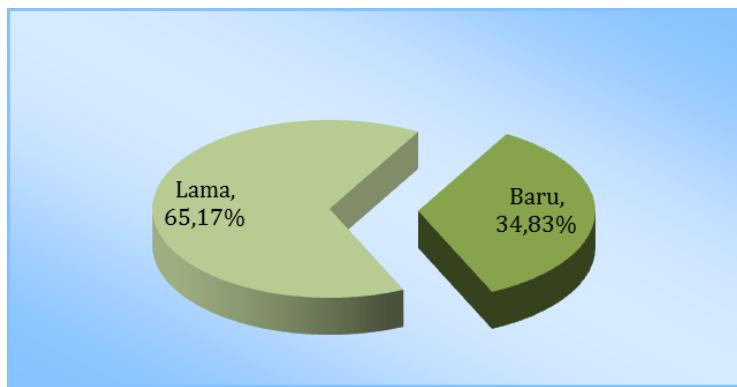


Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014



Berdasarkan laporan RSKO tahun 2013, sebagian besar (65,17%) pasien rawat jalan dan rawat inap penyalah guna narkoba di RSKO adalah pasien penyalah guna narkoba dengan status pengguna lama. Proporsi penyalah guna narkoba di RSKO menurut status penggunaan pada tahun 2013 disajikan pada Gambar 11 berikut.

Gambar 11. Proporsi Penyalah Guna Narkoba di RSKO Menurut Status Penggunaan Tahun 2013



Sumber : Rumah Sakit Ketergantungan Obat, 2014

Sebagian dari penyalah guna lama ini kemungkinan besar adalah penyalah guna narkoba yang kambuhan. Penyalah guna kambuhan biasanya sudah berhenti mengkonsumsi narkoba tetapi kemudian kembali lagi menjadi pengguna narkoba. Kambuh atau *relapse* akan narkoba merupakan suatu tantangan yang tak terpisahkan dari proses panjang menuju kesembuhan penuh. Kendati mantan penyalah guna sudah dapat lepas dari ketergantungan narkoba untuk jangka waktu tertentu, tetapi kecenderungan untuk menggunakan zat-zat tersebut masih akan terasa. Itu merupakan musuh dalam selimut yang jarang tampak, bahkan bisa terlupakan. Namun, sugesti tersebut bisa dipicu secara mendadak dan tak terkendalikan, bila situasi batin orang mulai kacau. Berdasarkan hal tersebut, banyak ahli berpendapat bahwa sugesti untuk kambuh adalah bagian dari penyakit ketergantungan.



TAHUN PENYELAMATAN PENGGUNA NARKOBA

Brigjen Pol. Ida Oetari Poernamasasi, S.AP

Direktur Penguatan Lembaga Rehabilitasi Instansi Pemerintah
Deputi Bidang Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional

"Mereka sudah kehilangan masa lalu dan masa kininya, jangan sampai mereka kehilangan masa depannya"
Presiden Republik Indonesia- Dr. Susilo Bambang Yudhoyono

LATAR BELAKANG

Kejahatan narkoba merupakan kejahatan luar biasa (*extraordinary crime*) karena dampaknya sangat luar biasa terhadap ketahanan nasional mengingat berkenaan dengan keberlangsungan generasi bangsa. Kejahatan narkoba juga merupakan kejahatan terorganisir dan *transnational crime* karena memang melibatkan organisasi atau jaringan baik nasional maupun internasional. Oleh karena itu perang terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba dilakukan oleh seluruh negara di dunia. Richard Nixon tahun 1971 mendeklarasikan perang dengan narkoba dan sampai saat ini belum selesai. Mantan Menteri Kesehatan Australia tahun 2011 menyatakan memiliki 40 tahun pengalaman dalam perang melawan narkoba dengan pendekatan hukum dan ternyata gagal. Demikian juga di Indonesia, penegakan hukum yang sangat kuat telah dilakukan sampai saat ini namun belum mampu menyelesaikan penyalahgunaan narkoba, bahkan konsumennya cenderung meningkat. Produksi narkoba meningkat, setiap tahun diperkirakan 900 ton opium dan 375 ton heroin keluar dari Afganistan, melewati Balkan, dan Eurasian, termasuk Cina, India, dan Rusia. Di Indonesia penegakan hukum terhadap penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba dilakukan secara *massive*. Hasil sitaan tahun 2011 barang bukti ATS (*Amphetamine Type Stimulants*) meningkat 66% atau sebesar 123 ton dibandingkan tahun 2010 yang hanya 74 ton (data Puslitdatin BNN).

Dari sisi *demand* atau permintaan, diketahui bahwa penyalahgunaan narkoba dari tahun ke tahun prevalensinya tidak pernah turun. Hasil survei yang dilakukan oleh BNN dan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes UI) tahun 2008 diperoleh angka prevalensi mencapai 1,9% dan pada tahun 2011 meningkat hingga 2,2% atau lebih kurang 4 juta penduduk Indonesia usia 10 sampai dengan 60 tahun sebagai penyalah guna narkoba. Pada tahun 2011 data dari UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crime*) diperkirakan bahwa antara 167 juta sampai 315 juta atau 3,6% sampai dengan 6,9% penduduk dunia usia 15-64 tahun menggunakan narkoba minimal sekali dalam setahun. Yang perlu kita waspadai adalah meningkatnya narkoba jenis baru (*New Psychoactive Substances, NPS*) di dunia saat ini terdapat 354 jenis *NPS* dan di Indonesia ditemukan 29 *NPS*. Kebutuhan *NPS* ini diperkirakan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kebutuhan akan narkoba.

TANTANGAN TUGAS

1. Kebijakan Nasional

Dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika yang mengamanatkan pencegahan, perlindungan, dan penyelamatan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan narkotika serta menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalah guna dan pecandu narkotika, pada Pasal 54 disebutkan bahwa "korban penyalah guna dan pecandu narkotika wajib direhabilitasi". Amanat undang-undang tersebut sesuai dengan konsep penyalahgunaan narkotika dari segi kesehatan, namun belum dilakukan secara maksimal.

Korban penyalah guna dan pecandu narkoba memerlukan pelayanan rehabilitasi. Jika dilihat dari segi kesehatan, penyalah guna dan pecandu narkoba merupakan suatu penyakit otak kronis yang dapat mengalami kekambuhan. Penyalahgunaan narkoba disebut sebagai penyakit karena memenuhi kriteria sebagai berikut, memiliki *etiological agent/ agen penyebab* yaitu zat psikoaktif (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya), memiliki tanda dan gejala, serta menyebabkan perubahan struktur fungsi tubuh yang berakibat terjadinya kelainan fungsi, terutama fungsi otak sehingga dapat ditegakkan diagnosis seperti halnya penyakit yang lain sesuai dengan pengklasifikasian penyakit dalam ICD-10. Maka setiap korban penyalah guna dan pecandu narkoba berhak mendapatkan perawatan rehabilitasi.

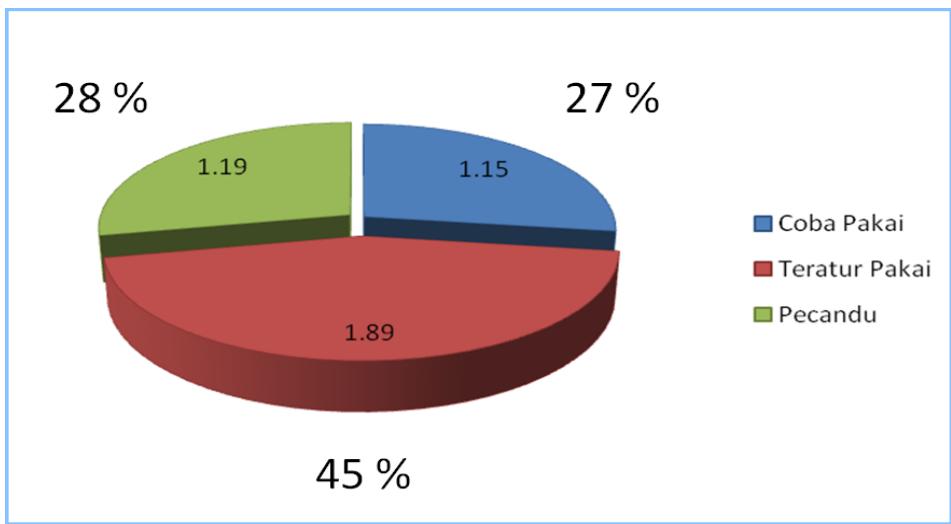
2. Tingginya Angka Prevalensi

Dari hasil Survei Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia Tahun 2011 yang merupakan kerjasama antara Badan Narkotika Nasional dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, diketahui bahwa angka prevalensi penyalah guna narkoba (yang menggunakan narkoba dalam setahun terakhir sebelum survei) pada populasi usia 10-59 tahun telah mencapai 2,2% atau sekitar 4,2 juta orang. Kemudian menurut tingkat ketergantungan penggunaan narkoba (adiksi) diklasifikasikan



pengguna coba pakai sebesar 27% atau sekitar 1,15 juta orang, pengguna teratur pakai (3 hari dalam 1 minggu) sebesar 45% atau sekitar 1,89 juta orang, dan pecandu sebesar 28% atau 1,19 juta orang seperti terlihat pada grafik berikut ini.

Gambar 1. Jumlah Penyalah Guna Narkoba Menurut Tingkat Ketergantungan Tahun 2011 (Juta Jiwa)



Sumber: Survei Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia Tahun 2011, BNN – Puslitkes UI

Sedangkan menurut waktu penggunaannya, penyalah guna narkoba bisa diklasifikasikan menjadi penyalah guna narkoba pernah pakai selama hidup sebesar 5,9% atau sekitar 11 juta orang dan penyalah guna pernah pakai 1 tahun terakhir sebesar 2,2% atau sekitar 4 juta orang.

Kecenderungan peningkatan jumlah dan prevalensi ini karena meningkatnya jumlah permintaan (*demand*), di sisi lain penangkapan narkoba yang dilakukan oleh penegak hukum belum signifikan dapat mengurangi pasokan narkoba (*supply*). Hal ini dapat diketahui dari hasil penelitian BNN tahun 2011, dimana dapat digambarkan jumlah narkoba yang disita, estimasi kebutuhan dan perkiraan yang lolos sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Narkoba Disita, Estimasi Kebutuhan dan Perkiraan yang Lolos Tahun 2011

No	Jenis Narkoba	Estimasi Kebutuhan 2011	Sitaan 2011	%	Perkiraan yang Lolos	%
1.	Ganja	487 ton	245,2 ton	50,4 %	241,8 ton	49,6 %
2.	Shabu	49.800 kg	234,5 kg	0,5 %	49.565,5 kg	99,5 %
3.	Ekstasi	148 juta butir	882.800 butir	0,6%	147.117.286 butir	99,4%
4.	Heroin	1.870 .000 kg	27.413 kg	1,5%	1.842.587 kg	98,5%
5.	Kokain	33.000 gram	176,17 gram	0,6%	32.823,83 gram	99,4%

Sumber : Hasil Penelitian BNN dan Puslitkes UI tahun 2011

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa penegakan hukum semata belum dapat menurunkan jumlah kebutuhan narkoba karena diperkirakan masih banyak yang lolos, hal ini dipengaruhi berbagai faktor termasuk faktor geografis Indonesia dengan pantai yang panjang sehingga memungkinkan masuknya narkoba.

3. Minimnya Tempat Rehabilitasi

Penyalah guna narkoba secara keseluruhan memerlukan perawatan rehabilitasi sesuai dengan tingkat ketergantungan berikut:

- Ringan dengan kriteria pengguna coba-coba, pengguna rekreasional, dan pengguna situasional. Pada tingkat ini orang



- secara situasional dapat menggunakan untuk mencari kesenangan atau bersosialisasi;
- b. Sedang dengan kriteria pengguna narkoba yang dilakukan secara terus menerus dengan penggunaan teratur 3 hari per minggu baik satu atau lebih jenis narkoba;
 - c. Berat adalah pengguna paling parah dan berbahaya dengan dosis tinggi secara rutin atau setiap hari (bisa beberapa kali dalam sehari) dan menimbulkan efek psikis dan psikologis.

Sementara itu terbatasnya tempat rehabilitasi bagi penyalah guna yaitu hanya mampu merehabilitasi 18.000 orang per tahun, termasuk tempat rehabilitasi yang dimiliki oleh BNN sebanyak 4 tempat rehabilitasi dengan kapasitas 1.300 orang.

4. Paradigma Masyarakat Indonesia dan Aparat Penegak Hukum

Mindset masyarakat terhadap penyalah guna narkoba, yaitu masyarakat belum punya budaya merehabilitasi secara sukarela karena stereotype bahwa keluarga yang kena narkoba merupakan **aib**. Masyarakat masih belum berani melapor karena takut ditangkap dan masih berpendapat bahwa pemerintahan akan memberikan efek jera, padahal sebaliknya di lapas merupakan tempat meningkatkan kualitas. Secara empiris penegak hukum masih memiliki budaya pemidanaan lebih menonjol dihadapkan dengan pemidanaan dengan rehabilitasi, padahal Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika sudah mengatur rehabilitasi adalah alternatif lain dari hukuman penjara. Dampaknya lapas dan rutan mengalami *over capacity*, di mana 50%-60% penghuni WBP (Warga Binaan Pemasyarakatan) adalah kasus narkoba. Kondisi ini tidak memungkinkan untuk dilakukan pemisahan antara WBP kasus narkoba yang berperan sebagai kurir, bandar maupun sebagai korban penyalahgunaan narkoba. Proses rehabilitasi di dalam lapas belum memungkinkan untuk dilakukan karena keterbatasan petugas, ruang dan masih disinyalir masih ada peredaran gelap narkoba dalam lapas.

UPAYA DALAM RANGKA DIMULAINYA TAHUN PENYELAMATAN PECANDU DAN KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA

Dimulainya tahun penyelamatan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika tahun 2014 merupakan wujud keprihatinan bangsa Indonesia akan kecenderungan peningkatan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia khususnya bagi usia produktif. Adapun tujuan tahun penyelamatan pecandu dan korban penyalah guna narkoba yaitu:

- 1. Mendorong pengguna narkoba dan keluarganya secara sukarela melaporkan diri kepada Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) untuk memperoleh perawatan atau rehabilitasi sehingga dapat pulih dan tidak kambuh kembali;
- 2. Mendorong aparat penegak hukum dalam memproses pengguna narkoba lebih berorientasi pada penghukuman rehabilitasi (*maatregel*);
- 3. Meningkatnya jumlah penyalah guna dan/atau pecandu narkoba memperoleh perawatan atau rehabilitasi medis dan sosial, selanjutnya melalui program pasca rehabilitasi mantan penyalah guna dan/atau pecandu narkoba minimal selama 2 (dua) tahun tidak kambuh kembali;
- 4. Meningkatnya jumlah tersangka dan/atau terpidana yang mengikuti Program Rehabilitasi, dilanjutkan Program Pasca Rehabilitasi.

Upaya yang dilakukan adalah dengan cara:

1. **Merubah paradigma baru Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN) yaitu keseimbangan antara penindakan dan rehabilitasi**

Mencermati kondisi penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba ini maka BNN sebagai koordinator P4GN di Indonesia mendorong kepada seluruh masyarakat, kementerian dan lembaga adanya paradigma baru penanganan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba yaitu keseimbangan antara penindakan/ *supply reduction* dan rehabilitasi/ *demand reduction* atau keseimbangan antara pendekatan hukum dan pendekatan kesehatan. Artinya pemberantasan kepada para pengedar, bandar dan produsen narkoba secara masif dan tegas sedangkan kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba dilakukan rehabilitasi sebagai bentuk pendekatan kesehatan, karena pada dasarnya para pecandu adalah orang yang sakit dan memiliki hak untuk dipulihkan. Paradigma ini secara jelas dicantumkan dalam UU Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika yaitu di dalamnya diatur penegakan hukum dengan ancaman hukuman yang berat, sebagaimana diatur dalam pasal 111-148. Penegakan hukum yang dilakukan tidak hanya kasus penyalahgunaan narkoba, juga dilakukan penegakan hukum atas aset yang diperoleh maupun yang dibelanjakan dari hasil penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba berupa pengenaan tindak pidana pencucian uang. Di sisi lain undang-undang ini sangat humanis yaitu dengan diaturnya rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba sebagaimana diatur dalam pasal 54-58, pasal 103, dan pasal 127 serta mengamanatkan kepada negara untuk melaksanakan rehabilitasi kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba.



Dalam hal upaya *supply reduction*, BNN telah melakukan penegakan hukum kepada jaringan narkoba dengan hasil tangkapan seperti yang ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 2. Jumlah Barang Bukti Narkoba yang Berhasil Disita Tahun 2012

No.	Barang Bukti	Jumlah
1	Shabu	76.254,55 gram
2	Kokain	858,40 gram
3	Heroin	14,41 kg
4	Ekstasi	1.420.685 butir
5	Ganja	315,34 kg

Sumber : Data dari Dep. Pemberantasan BNN tahun 2012

Di samping kasus narkoba juga dilakukan penegakkan hukum untuk Tindak Pidana Pencucian Uang (TPPU) dengan hasil seperti dalam tabel berikut.

Tabel 3. Jumlah Barang Bukti Kasus TPPU Tahun 2012

No.	Barang Bukti	Nilai (Rp.)
1	Dalam Bentuk Uang	15.006.622.713,-
2	Harga Bergerak	4.500.000.000,-
3	Harta Tidak Bergerak	11.506.622.713,-
Jumlah		31.006.622.713,-

Sumber : Data dari Departemen Pemberantasan, BNN, tahun 2012

Implementasi dari perubahan paradigma dimaksud adalah:

- a. Program Depenalisis

Kerangka kerja depenalisis adalah pengguna narkoba/pecandu narkoba adalah perbuatan yang dilarang oleh undang-undang (pasal 127 UU Nomor 35 Tahun 2009), namun apabila melaksanakan kewajibannya untuk melaporkan diri ke IPWL untuk mendapatkan perawatan maka dapat lepas dari tuntutan pidana. Apabila yang bersangkutan kambuh dan tertangkap sebanyak dua kali maka tidak dituntut pidana (pasal 128 UU Nomor 35 Tahun 2009). IPWL yang dimaksud di sini adalah institusi penerima wajib lapor yang dikelola sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan dan Menteri Sosial. Program depenalisis ini lebih didorong kepada masyarakat (mengintensifkan) untuk secara sukarela datang ke IPWL karena ingin mendapatkan pemulihan dari ketergantungan narkoba melalui program rehabilitasi. Harapannya jika masyarakat yang jumlahnya sesuai dengan hasil penelitian 1,19 juta orang yang memerlukan rehabilitasi, secara sukarela datang ke IPWL maupun dengan cara dipaksa (proses hukum) diperkirakan akan menurunkan *demand* atau konsumsi narkoba. Harapannya peredaran narkoba untuk dikonsumsi akan turun.

Keberhasilan dari pelaksanaan Program Depenalisis tergantung dari intensifnya sosialisasi, edukasi dan fasilitasi pelaksanaan wajib lapor bagi pecandu narkoba dengan sasaran pelajar dan mahasiswa, kalangan pekerja, keluarga, dengan harapan meningkatnya pecandu yang datang ke IPWL untuk dilakukan asesmen dan mendapatkan rencana terapi rehabilitasi.

- b. Dekriminalisasi

Kerangka kerja dekriminalisasi (menurut European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) adalah pengguna narkoba/pecandu adalah perbuatan yang dilarang oleh undang-undang (pasal 127), namun pilihan hukumannya tidak



dihukum pidana, melainkan direhabilitasi (pasal 103). Persyaratannya telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 dan aturan pelaksanaannya.

Dekriminalisasi penyalahgunaan narkoba merupakan model penghukuman nonkriminal sebagai salah satu paradigma hukum modern, yang bertujuan menekan suplai narkoba ilegal, dan diharapkan mempercepat penyelesaian masalah narkoba di Indonesia karena akan mengurangi angka pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba yang ditangkap dan harus menjalani proses hukum serta diputus hukuman rehabilitasi. Sedangkan kepada pecandu yang merangkap pengedar yang mendapat putusan hukuman penjara juga diberikan rehabilitasi di lembaga pemasyarakatan (lapas).

Program ini digulirkan mengingat jumlah pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba dihukum penjara. Pembenjaraan yang dilakukan bukan memberikan efek jera, karena para bandar, pengedar dan korban penyalahgunaan narkoba ditempatkan dalam lapas yang sama karena kondisi lapas yang tidak memungkinkan memilah warga binaan sesuai dengan tindak pidana yang diputus oleh hakim. Dampaknya lapas menjadi *over capacity*, berdasarkan data SMS Laporan dan SDP (Sistem Database Pemasyarakatan) Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia per 28 April 2014 dijelaskan seperti dalam tabel di bawah ini.

Tabel 4. Distribusi Napi dan Tahanan Narkoba di Indonesia (per 28 April 2014)

Napi	Jumlah	%	
		dari Napi Narkoba	dari Seluruh Napi dan Tahanan
Napi Narkoba	48.087		
Produsen	945	1,97	0,58
Bandar	5.293	11,00	3,23
Pengedar	21.229	44,15	12,94
Penadah	2.294	4,77	1,40
Pengguna	18.326	38,11	11,17
Tahanan narkoba	19.699		
Napi + tahanan narkoba	67.786		41,32
Jumlah napi dan tahanan di seluruh Indonesia	164.066		

Sumber: SMS Laporan dan SDP, Ditjenpas Kementerian Hukum dan HAM

Dari data di atas, berarti, 41,32% dari napi dan tahanan seluruh Indonesia berlatar belakang tindak pidana narkoba dan di antara seluruh napi dan tahanan, 11,17 % adalah narapidana pengguna.

Untuk implementasi pelaksanaan pasal 127 Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 maka Mahkamah Agung, Kejaksaan Agung, Kepolisian, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial dan BNN menandatangani Peraturan Bersama Nomor 01 Tahun 2014 tentang Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika dalam Lembaga Rehabilitasi pada tanggal 11 Maret 2014. Adapun tujuan ditandatangani peraturan bersama ini adalah:

- Mewujudkan koordinasi dan kerjasama secara optimal penyelesaian permasalahan narkotika dalam rangka menurunkan jumlah pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika melalui program pengobatan, perawatan dan pemulihan dalam penanganan pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika sebagai tersangka, terdakwa atau narapidana.
- Menjadi pedoman teknis dalam penanganan pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika sebagai tersangka, terdakwa, atau narapidana untuk menjalani rehabilitasi medis dan/atau rehabilitasi sosial.



Peraturan bersama ini mempersyaratkan untuk membentuk Tim Asesmen Terpadu agar seseorang yang ditangkap oleh penegak hukum dapat diketahui ketergantungannya terhadap narkotika dan diketahui pula peran yang bersangkutan dalam tindak pidana narkotika yang dilakukan, yaitu sebagai korban penyalahgunaan narkotika atau sebagai pengedar /bandar atau sebagai pecandu yang merangkap pengedar/bandar. Tim Asesmen Terpadu ini adalah tim yang terdiri dari tim dokter/medis (meliputi dokter dan psikolog) dan tim hukum (meliputi POLRI, BNN, Kejaksaan dan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia) yang ditetapkan oleh pimpinan satuan kerja setempat berdasarkan Surat Keputusan Kepala Badan Narkotika Nasional, Badan Narkotika Provinsi, Badan Narkotika Kabupaten/Kota.

Tim Asesmen Terpadu memiliki kewenangan untuk melakukan analisis peran seseorang yang ditangkap/tertangkap tangan apakah seseorang tersebut sebagai korban penyalahgunaan narkotika/pecandu atau pengedar narkotika atas permintaan penyidik, menentukan kriteria tingkat keparahan penggunaan narkotika sesuai dengan jenis kandungan yang dikonsumsi, situasi dan kondisi ketika ditangkap pada tempat kejadian perkara, dan merekomendasi rencana terapi dan rehabilitasi terhadap pengguna narkotika.

Selain itu Tim Asesmen Terpadu memiliki tugas untuk melakukan analisis terhadap seseorang yang ditangkap dan/atau tertangkap tangan dalam kaitan peredaran gelap narkotika; asesmen dan analisis medis, psikososial, serta merekomendasi rencana terapi dan rehabilitasi seseorang.

Dengan adanya Tim Asesmen Terpadu, perlu adanya mekanisme dalam penilaian pecandu narkotika dan korban penyalahgunaan narkotika sebagai tersangka dan/atau terdakwa dalam penyalahgunaan narkotika yang sedang menjalani proses penyidikan, penuntutan, dan persidangan di pengadilan sehingga dapat diberikan pengobatan, perawatan dan pemulihan pada lembaga rehabilitasi medis dan/atau lembaga rehabilitasi sosial.

Program yang telah dan sedang dilaksanakan BNN dalam mendukung pelaksanaan dari peraturan bersama ini:

- a. Menyusun Peraturan Kepala BNN Nomor 11 Tahun 2014 tentang Tata Cara Penempatan Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika dalam Lembaga Rehabilitasi.
- b. Menyusun Petunjuk Teknis Pelaksanaan Tim Asesmen Terpadu.
- c. Melaksanakan *pilot project* di 16 (enam belas) kota sebagai awal tindak lanjut pelaksanaan peraturan bersama di pusat dan daerah.
- d. Memberikan dukungan anggaran untuk pelaksanaan Tim Asesmen Terpadu dan pelaksanaan rehabilitasi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika dalam proses hukum (sebelum putusan).
- e. Mempersiapkan dan mengalokasikan balai rehabilitasi yang ada saat ini untuk dapat memberikan pelayanan rehabilitasi yang dalam proses hukum ataupun pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika yang sudah mendapatkan putusan (dengan perbandingan pecandu yang dapat dilayani di balai rehabilitasi BNN yang semula mayoritas pecandu sukarela beralih secara bertahap ke pecandu narkotika dalam proses hukum).

Peraturan bersama ini selanjutnya ditindaklanjuti oleh kementerian dan lembaga terkait dalam peraturan bersama, khususnya dalam:

- a. Pembentukan Tim Asesmen Terpadu (TAT);
- b. Mekanisme penempatan pecandu selama proses hukum;
- c. Mekanisme penempatan pecandu setelah putusan hakim.

2. Menyediakan tempat rehabilitasi bagi pecandu dan penyalahgunaan narkotika

Pasal 54 Undang-Undang Narkotika Nomor 35 Tahun 2009 mengamanatkan kepada negara untuk melakukan rehabilitasi kepada pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika, dengan demikian negara wajib menyediakan sumber daya manusia, program rehabilitasi dan fasilitas rehabilitasi. Saat ini lembaga rehabilitasi yang dikelola oleh pemerintah dan masyarakat hanya mampu menyediakan lebih kurang 18.000 orang per tahun, sedangkan kebutuhan untuk rehabilitasi sebagaimana hasil penelitian dari BNN dan Puslitkes UI tahun 2011 diperkirakan untuk 1,19 juta orang yang memerlukan rehabilitasi baik rehabilitasi rawat jalan maupun rawat inap serta rehabilitasi yang ada di dalam lapas dan rutan. Bagaimana untuk mengatasinya, diperlukan kerjasama yang kuat dan terus menerus oleh pemerintah dalam hal ini BNN, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial, Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta komponen masyarakat. Diharapkan di seluruh provinsi dan kabupaten/kota paling tidak tersedia satu tempat rehabilitasi yang diinisiasi oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota untuk memberikan pemulihan kesehatan kepada warganya sendiri. Tidak semua provinsi/kabupaten/kota memiliki rumah sakit jiwa, oleh karena itu jika memungkinkan rumah sakit yang ada disediakan tempat rehabilitasi bagi mereka.



Saat ini Menteri Kesehatan dan BNN sedang mendorong untuk memasukkan pembiayaan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika yang tidak mampu dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

KESIMPULAN

1. Tahun 2014 merupakan tahun perubahan dalam proses penanganan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba yang selama puluhan tahun lebih mengutamakan penindakan/*supply reduction*. Oleh karena itu diperlukan perubahan paradigma baru P4GN kepada masyarakat luas dan penegak hukum yang sejalan dengan kebijakan internasional dari *UNODC* yaitu keseimbangan antara penindakan (*supply reduction*) dengan rehabilitasi (*demand reduction*).
2. Badan Narkotika Nasional mencanangkan tahun 2014 sebagai tahun penyelamatan bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika, sesuai tema Hari Anti Narkoba Internasional (HANI) tahun ini yaitu “*Drugs User Disorder are Preventable and Treatable*”. Jadi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba dapat dicegah dan direhabilitasi, hal tersebut dalam implementasinya menjadi jawaban atas tantangan yang dalam permasalahan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba dalam hal penanganan *demand reduction* pada saat ini.
3. Diperlukan kerjasama yang sinergis dari berbagai komponen masyarakat dan instansi pemerintah dari tingkat pusat dan daerah untuk melakukan rehabilitasi bagi pecandu dan korban penyalahgunaan narkoba sebagai wujud dari pemberian hak sehat kepada mereka.



Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, MSc

Pusat Penelitian Kesehatan

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia



Dr. dr. Diah Setia Utami, Sp.KJ, MARS

Deputi Terapi dan Rehabilitasi Narkoba, BNN, Jakarta

ABSTRAK

Pemakaian zat adiktif atau napza atau narkoba dikenali termasuk juga masalah kesehatan masyarakat. Angka prevalensi pernah pakai di tingkat rumah tangga di Indonesia ditemukan 2,4% dan selama satu tahun terakhir 0,6%. Karena dampak pemakaian zat adiktif sangat negatif, baik secara sosial maupun ekonomi, maka patut dilakukan pencegahan, baik pada tingkatan primer, sekunder, maupun tersier. Tulisan ini berfokus pada kajian pustaka terkait pencegahan sekunder, yaitu mencegah agar mereka yang pernah menggunakan zat adiktif atau sudah masuk pada tahap pemakai sosial atau yang teratur pakai tidak berlanjut ke tahap ketergantungan. Disimpulkan bahwa deteksi dini dan penanganan segera dapat difokuskan kepada anak remaja baik di sekolah maupun luar sekolah. Agar pencegahan lebih efektif, patut dipertimbangkan pendekatan berbasis gender.

PENDAHULUAN

Pemakaian zat adiktif ditengarai merupakan masalah kesehatan masyarakat juga. Diketahui bahwa zat adiktif atau narkoba atau napza adalah zat psikoaktif yang bekerja pada SSP (Susunan Syaraf Pusat) dan berpengaruh terhadap proses mental (Ghodse, 2002). Zat adiktif akan mengakibatkan seseorang yang mengkonsumsinya menjadi senang atau hilang rasa nyeri (Doweiko, 2002). Namun yang patut dicatat adalah adanya proses neuroadaptasi yaitu beradaptasinya sel syaraf terhadap pasokan zat adiktif karena struktur kimia yang serupa antara neurotransmitter dengan zat tersebut. Efek lebih jauh adalah terjadinya toleransi yaitu diperlukan jumlah zat yang lebih dari biasanya guna memberikan efek yang diharapkan, yang kemudian akan menimbulkan gejala putus obat ataupun intoksikasi (Doweiko, 2002; Diaz, 1997).

Bila zat adiktif digunakan dengan benar di bawah pengawasan medis, maka efeknya dimaksud sebagai terapi. Tetapi bila zat itu dikonsumsi oleh seseorang di luar maksud medis dan atau penelitian, hal tersebut dapat disebut sebagai salah guna ("drug/substance abuse") yaitu penggunaan yang persisten atau sporadis berlebih dan inkonsisten dengan atau tak berhubungan dengan pemakaian medis yang diterima. Hal ini menuntun pada definisi zat adiktif yang dikembangkan oleh WHO yaitu menjadi zat psikoaktif yang dipakai dan menyebabkan kerusakan kesehatan, baik mental maupun fisik (*harmful use*) (Ghodse, 2002). Dalam *DSM IV (Diagnostic Statistical on Mental Disorders)* yang dimaksud dengan penyalahgunaan adalah apabila individu menggunakan zat psikoaktif sedikitnya dalam satu bulan dengan pola yang menetap.

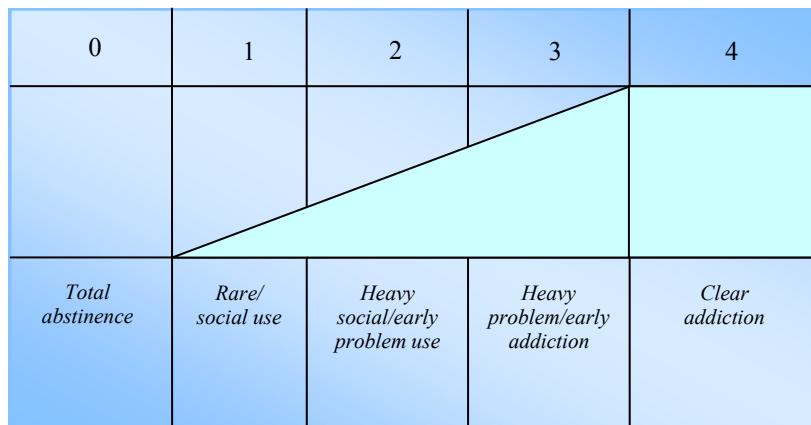
Ditinjau dari segi hukum, ditengarai ada zat adiktif yang lisit, yaitu diterima oleh masyarakat, misalnya rokok serta alkohol diterima di beberapa komunitas. Sedangkan zat adiktif yang ilisit adalah yang tidak diperbolehkan oleh masyarakat atau negara. Di Indonesia, saat ini hal tentang zat adiktif diatur dalam Undang-Undang Narkotika Nomor 35 Tahun 2009 (tentang narkoba ilisit) dan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 (terdapat pasal tentang rokok). Prevalensi pernah pakai zat adiktif di tingkat rumah tangga penduduk di Indonesia ditemukan 2,4% (PPKUI-BNN, 2010). Survei yang sama mengungkap bahwa prevalensi pakai zat adiktif dalam satu tahun terakhir sebesar 0,6%. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat orang yang sudah pernah mencoba pakai namun tidak berlanjut, tapi ada yang terus berlanjut.

KONTINUM PENYALAHGUNAAN ZAT ADIKTIF

United Nations Office on Drugs and Crime atau *UNODC* (2003) mengutarakan bahwa progres alamiah pemakaian zat adiktif ditandai dengan tahapan yang berurutan (*sequential stages*). Ditambahkan oleh Doweiko (2002) bahwa kontinum pemakaian zat adiktif mempunyai dua kutub tetap, yaitu abstinensi dan adiksi. Tahapan di antaranya tidak mempunyai titik potong yang tetap, tapi kontinum dan dinamik. Doweiko juga menekankan bahwa pemakaian zat adiktif, baik sosial, teratur, atau bermasalah,



Gambar 1. Kontinum Pemakaian Narkoba

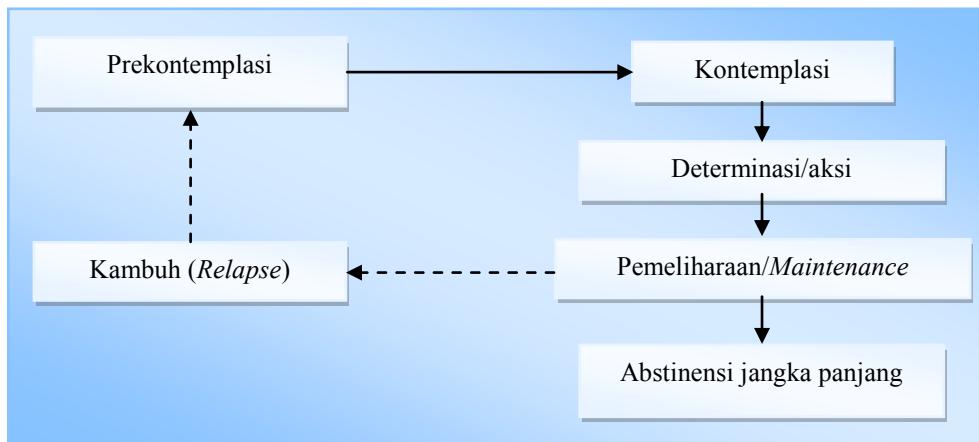


Sumber: Doweiko. 2002, Concept of chemical dependency, Wadsworth Group, California, USA.hal. 12.

sampai adiksi, merupakan perilaku, bukan kondisi. Selanjutnya Doweiko mengemukakan juga bahwa kontinum pemakaian zat adiktif berawal dari mencoba menggunakan (*experimental use*), diikuti dengan menggunakan sesekali (*rare use*) karena lingkungan teman atau kerabat disebut penggunaan sosial (*social use*), dan dapat berlanjut menjadi biasa menggunakan (*habitual use*), yang sering mendatangkan masalah terkait pemakaian zat tersebut (*problematic use*) dan akhirnya menjadi kecanduan atau adiksi. Hal terakhir terjadi karena sel syaraf beradaptasi terhadap adanya zat adiktif, sehingga pengguna zat membutuhkan dosis yang lebih tinggi, dan kemudian menjadi tergantung, baik psikis dan atau fisik (Doweiko, 2002; WHO, 2004). Secara rinci kontinum ini digambarkan pada Gambar 1.

Terdapat pula satu model lain tentang kontinum pemakaian zat adiktif yang mirip dengan teori Doweiko yaitu *Transtheoretical* atau teori tahap perubahan yang dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente di tahun 1992 (Gambar 2). Teori ini menguraikan kontinum dimulai dari prekontemplasi, kontemplasi, preparasi, aksi atau kegiatan, pemeliharaan (*maintenance*), dan kambuh (*relapse*). Teori perubahan ini menjadi dasar *motivational interviewing* serta *motivational enhancement therapy* yang merupakan dua macam gaya konseling agar timbul motivasi intrinsik yang diperlukan untuk perubahan perilaku (Rastegar

Gambar 2. Teori Perubahan (Prochaska dan DiClemente, 1992)

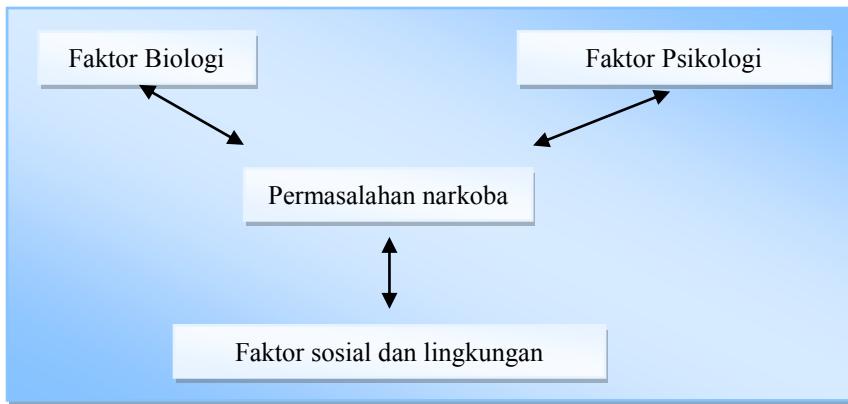


Sumber: Rastegar, D.A., Fingerhood , M.J.. 2002, Addiction Medicine: An Evidence-Based Handbook, Lippincot Williams dan Wilkins, Philadelphia. hal. 11

dan Fingerhood, 2002; Hamilton, King dan Ritter, 2004). Tahapan perubahan di atas tidak selalu berjalan sesuai dengan alur, seringkali ketika individu sudah masuk ke tahap kontemplasi atau preparasi dapat kembali ke tahap prekontemplasi dengan berbagai sebab. Faktor yang mempengaruhi dapat berasal dari internal individu atau lingkungan luar. Untuk melewati tahapan



Gambar 3. Model Bio-psiko-sosial pada Permasalahan Narkoba



Sumber: Blume, AW. 2005. *Treating Drug Problem*. John Wiley and Son. New Jersey. Hal. 21.

tersebut individu mempunyai kemampuan berubah atau motivasi yang berbeda sehingga waktu yang dibutuhkan juga berbeda. Pemakaian zat adiktif yang berkemungkinan menyebabkan ketergantungan dapat dianalisis melalui teori bio-psiko-sosial, dimana dijelaskan bahwa faktor biologis, psikologis dan sosial dapat menjadi penyebab maupun akibat dari pemakaian zat adiktif (Blume, 2005) sebagaimana diperlihatkan pada Gambar 3.

Efek penyakit bio-psiko-sosial tersebut di masyarakat di antaranya mencakup juga beban umum akibat penyakit (*global burden of disease*) yang diukur dengan *Disability Adjusted Life Years (DALY)*, yaitu menghitung beban akibat kematian dini dan tahun hidup dengan kecacatan. WHO (2004) melaporkan beban pada masyarakat dunia sebesar 8,9% disebabkan tembakau, alkohol dan narkoba ilisit lain. Dengan mengesampingkan kenyataan bahwa prevalensi merokok pada penduduk usia lebih dari 10 tahun di Indonesia cukup tinggi yaitu sebesar 66% pada laki-laki dan 5% pada perempuan (Risksesdas, Kemenkes, 2007), serta estimasi besaran pemakaian zat adiktif ilisit (tidak termasuk rokok) sebesar 1,98%, studi PPKUI-BNN di tahun 2008 menghitung biaya sosial ekonomi akibat pemakaian narkoba ilisit di Indonesia sebesar 32,3 triliun rupiah per tahun (mencakup seluruh komponen termasuk biaya perawatan dan koreksi). Perhitungan beban penyakit di masyarakat di atas mencakup juga terjadinya adiksi dan komplikasi penyalahgunaan zat adiktif tersebut dalam periode satu tahun (PPKUI-BNN, 2008). Studi di tahun 2011 memperbaharui angka kerugian sosial ekonomi di Indonesia dalam setahun akibat pemakaian zat adiktif menjadi sebesar 44 triliun rupiah dengan estimasi prevalensi sebesar 2,2% (PPKUI-BNN, 2011). Namun mengingat perjalanan penyakitnya, terlihat bahwa adiksi akan menetap bertahun kemudian, dan akan melipatgandakan kemungkinan efek bahaya penyalahgunaan narkoba ilisit tersebut (WHO, 2004). Jelaslah mencegah terjadinya adiksi narkoba dapat berarti mengurangi beban karena penyakit tersebut di masyarakat.

Hal lain yang perlu digarisbawahi adalah telaah berbagai hasil studi tentang pemakai narkoba, yang mayoritas berasal dari kalangan remaja dan dewasa muda, dan mereka mulai merokok di masa remaja. Pengakuan para pemakai narkoba ilisit di studi tahun 2008 mengungkap bahwa rata-rata mereka mulai merokok di usia 14 tahun pada laki-laki dan 15 tahun pada perempuan, dan dilanjutkan mengkonsumsi alkohol di sekitar usia 15 tahun pada laki-laki dan 17 tahun pada perempuan, serta narkoba ilisit lain di usia rata-rata 16 tahun pada laki-laki dan 17 tahun juga pada perempuan (Sabarinah, 2009). Kemungkinan untuk berlanjut memakai narkoba ilisit lain (termasuk alkohol) setelah merokok juga telah dilaporkan oleh Ismail (2006), di mana besarnya risiko untuk memakai narkoba bila remaja merokok adalah empat kali dibandingkan bila remaja tidak merokok. Beberapa studi menemukan pula bahwa mengkonsumsi rokok bersamaan dengan zat adiktif lain ternyata akan memperlama pemakaian narkoba (Rohsenow et al., 2005; Bechtholt dan Mark, 2002). Penelitian pada tikus percobaan yang dilakukan oleh Bechtholt dan Mark (2002) mendukung hal tersebut di mana ditemukan bahwa nikotin (dalam rokok) akan meningkatkan pemakaian kokain. Selain itu Doweiko (2002) berpendapat bahwa pemakaian zat lebih dari satu macam, terutama zat yang bekerja dengan mekanisme yang hampir sama, dapat menyebabkan toleransi silang (*cross tolerance*) yaitu kebutuhan zat berdosis lebih tinggi untuk mendapatkan efek yang sama. Jadi merokok kemungkinan dapat menjadi salah satu faktor penyulit berhentinya pemakaian narkoba ilisit.

Terkait dengan berbagai temuan di atas, mengingat remaja adalah pemakai mayoritas, baik memulai merokok maupun memakai zat adiktif lain, maka intervensi prevensi dapat ditujukan kepada kelompok remaja. Berdasarkan definisi WHO, remaja



ada di usia antara 10 sampai 18 tahun. Sebagian besar dari mereka berada di sekolah. Data dari Kementerian Pendidikan menunjukkan di tahun 2008, *Gross Enrolment Ratio* di tingkat SMP sebesar sekitar 80%, sedangkan di tingkat SMA adalah berkisar antara 50% sampai 60%. BPS di tahun 2009 melaporkan bahwa di antara penduduk usia 15 sampai 19 tahun, 5%-nya masuk ke dalam kelompok angkatan kerja. Dengan demikian terlihat ada proporsi remaja yang berusia 16 sampai 18 tahun yang tidak berada di sekolah ataupun masuk ke angkatan kerja. Mencegah pemakaian zat adiktif, baik merokok maupun pemakaian narkoba ilisit lain, dapat difokuskan sebagian besar di sekolah, dan sebagian lain di luar sekolah.

PREVENSI SEKUNDER

Upaya menanggulangi permasalahan pemakaian zat adiktif/narkoba ditujukan sesuai dengan tahapan kontinum pemakaian zat itu sendiri. Terdapat konsep pencegahan, mulai dari primer, sekunder dan tersier yang dapat diterapkan pada penyakit ini (Hamilton, King dan Ritter, 2004). Pencegahan primer adalah mencegah seseorang yang sebelumnya tidak memakai zat adiktif untuk tidak mencoba atau memakai teratur. Pencegahan sekunder adalah mencegah seseorang yang sudah menggunakan agar tidak masuk ke dalam kelompok berisiko dan tidak menjadi tergantung atau adiksi. Pencegahan tersier adalah mereduksi bahaya yang timbul dari masalah-masalah penyalah guna narkoba dan adiksi, termasuk tindakan terapi dan rehabilitasi, sampai seminimal mungkin menggunakan atau bahkan tidak menggunakan sama sekali.

Tabel 1. Tahapan Perubahan

Tahapan	Pemakai zat adiktif	Upaya penanganan
Pre-kontemplasi	Pemakai tak berfikir tentang berhenti	Membentuk hubungan dengan pemakai. Mencoba meningkatkan kesadaran akan akibat pemakaian zat adiktif
Kontemplasi	Pemakai sadar bahwa ada masalah, dan dia berfikir serius untuk melakukan sesuatu	Memunculkan alasan untuk berubah. Memperkuat efikasi/kemampuan diri untuk berubah
Preparasi	Pemakai harus memutuskan untuk mengadakan perubahan dan bermaksud melakukan tindakan dalam 30 hari ke depan	Melakukan pemeriksaan penuh (<i>full assessment</i>) terhadap pemakai, dan membantu memutuskan langkah terbaik untuk berubah.
Aksi/tindakan	Pemakai mengubah perilakunya dan atau lingkungannya untuk keluar atau berhenti, atau paling tidak secara serius mengurangi mengkonsumsi zat adiktif	Menolong pemakai untuk mempelajari keterampilan dan mengembangkan strategi untuk hidup bebas tanpa narkoba. Dukungan sangat diperlukan selama tahapan ini.
Pemeliharaan	Individu sudah abstinen dan ingin terus berhenti pakai	Menolong individu untuk mengembangkan gaya hidup sehat dan mengenali serta menggunakan strategi untuk mencegah kambuh.
Kambuh	Sesudah mencoba abstain, pemakai mungkin kembali mengkonsumsi zat adiktif. Ini dapat terjadi kapan saja, dan memindahkan individu mundur ke tahap sebelumnya	Mempersiapkan pemakai terlebih dulu untuk memahami tahapan ini. Menolong untuk menggambarkan apa penyebab kambuh dan membantu memperbaikinya kontemplasi dan menerapkan rencana aksi lebih efektif.

Sumber: ESCAP 2000; Swadi 2000 (dikutip dari UNODC, 2003 hal.6)

Melihat besaran dan akibat pemakaian zat adiktif, meliputi rokok, alkohol dan narkoba ilisit di Indonesia, maka upaya pencegahan merupakan langkah prioritas, termasuk pencegahan sekunder. Menurut UNODC (2003), upaya pencegahan dengan berbagai penanganan dapat disesuaikan dengan tingkatan pemakaian zat adiktif tersebut sebagaimana terkutip di Tabel 1.

Berdasarkan konsep lima tingkat pencegahan penyakit (Leaval & Clark, 1958), pencegahan sekunder meliputi langkah diagnosis dini (*early detection*) dan penanganan segera (*prompt treatment*). UNODC (2003) menyatakan bahwa deteksi dini merupakan langkah krusial pada kelompok individu yang berisiko tinggi. Upaya ini dianjurkan untuk dilakukan dalam tatanan pelayanan kesehatan primer. Orang yang dapat membantu mendeteksi pemakaian zat adiktif di antaranya adalah keluarga, teman, sebaya, tetangga, atau bahkan penemu kasus di tatanan publik di lapangan misalnya petugas kesehatan, pekerja sosial, polisi, dan petugas hukum lain.



Salah satu upaya pengenalan dini kasus adalah dengan penjangkauan (*outreach*), yang menggapai pemakai zat adiktif/narkoba yang tidak kontak dengan fasilitas pelayanan penyalahgunaan zat adiktif/narkoba. UNODC (2003) mengutarakan beberapa pokok penting dalam penjangkauan ini yaitu:

1. Merupakan pendekatan yang fleksibel dan tidak konvensional, di luar lingkungan sosial dan formal kesehatan;
2. Meningkatkan akses, motivasi, dan dukungan bagi pemakai zat adiktif;
3. Menggapai pemakai zat adiktif yang tidak dalam penanganan, meningkatkan rujukan untuk penanganan, dan mereduksi perilaku pemakaian zat adiktif ilisit (UNODC, 2003: hal.9).

Mengingat bahwa pemakaian zat adiktif/narkoba sangat berbeda prevalensi maupun pola pemakaianya pada laki-laki dan perempuan, maka baik upaya deteksi dini maupun penjangkauan seyogyanya mempertimbangkan faktor gender ini. Berdasarkan analisis data sekunder di Indonesia, terungkap bahwa kepada laki-laki dapat lebih ditekankan pendekatan individu, sedangkan pendekatan kelompok maupun keluarga terlihat lebih memberikan hasil pada perempuan pemakaian zat adiktif/narkoba (Sabarinah, 2009).

BEBERAPA CONTOH UPAYA PREVensi SEKUNDER

Prinsip prevensi sekunder pemakaian zat adiktif sebagaimana dijelaskan di atas dapat dielaborasi dan dikembangkan sesuai dengan kondisi lokal. Untuk mendeteksi dini pemakai zat adiktif, upaya dapat dikembangkan dengan merujuk ke studi yang berbasis sekolah misalnya yang dilakukan oleh Walter dan Neighbors (2005). Kepada pelajar, dilakukan penggalian masalah dengan mengumpulkan (*feedback*) melalui surat menyurat, internet ataupun wawancara motivasi temu-muka (*face-to-face motivational interview*).

Deteksi dini dan penjangkauan selain dapat dilaksanakan di tatanan sekolah juga di luar sekolah, misalnya dengan kegiatan pendidikan sebaya (*peer education*), keterampilan sosial (*social skill*). Penguatan komite sekolah (yang melibatkan pihak guru dan orangtua pelajar), dengan berkegiatan seperti memberikan pelatihan kepada orang tua untuk terampil sebagai orang tua (*parenting skill*) sehingga pemantauan pencapaian akademis maupun kegiatan remaja dapat dilakukan oleh kedua pihak. UNICEF sejak tahun 2004 telah mengembangkan program serupa yang disebut sebagai pendidikan keterampilan hidup (*life skills education*) berbasis sekolah, serta pendidikan sebaya (*peer education*) untuk kaum muda di luar sekolah. Keduanya ditujukan terutama menghadapi permasalahan seks premarital. Program ini sedang diuji coba di Provinsi Papua dan evaluasi sementara menunjukkan bahwa pendekatan ini masih memerlukan penyempurnaan terlebih pada yang berbasis sekolah (Ariawan, Damayanti, Marsum, 2007). Riset operasional serupa dapat diterapkan untuk masalah pemakaian zat adiktif termasuk rokok dan narkoba ilisit.

Sebagai contoh penjangkauan, di Australia ada empat macam model penjangkauan yaitu (UNODC, 2003, halaman 9):

1. Model penjangkauan satelit di lingkungan tempat kaum muda beraktivitas;
2. Model terpisah dari fasilitas dan mobil (berpindah-pindah), di situasi dalam area cakupan pelayanan fasilitas kesehatan;
3. Model pekerja jalanan (*street work model*) yang dipakai bila tidak ada petugas dari kaum muda yang menjangkau di jalanan;
4. Penjangkauan asertif, biasanya diselenggarakan oleh organisasi yang memang mengkhususkan pada penanganan pemakaian zat adiktif/narkoba ini.

MEMBANGUN KEMITRAAN

Mengacu kepada teori bio-psiko-sosial, maka dalam penerapan prevensi sekunder seperti contoh di atas, terlihat perlunya dibangun kemitraan dengan berbagai pihak pemangku kepentingan (*stakeholder*), misalnya pemangku dari lingkungan sekolah, kampus atau tempat kerja, maupun yang ada di luar lingkungan akan tetapi mempunyai kontribusi cukup bermakna sebagai contoh tukang parkir, penjaja makanan, tempat kos dan masyarakat sekitar.

Dalam membangun kemitraan, terkandung unsur partisipasi aktif, komitmen dan kesabaran serta kerja sama membuat perubahan atau perbaikan dalam pencegahan penggunaan zat adiktif. Kegiatan dilakukan dalam program mencakup juga mobilisasi masyarakat. Contohnya program yang diterapkan oleh BNN dengan melaksanakan "Lomba Kampung Bebas Narkoba" (Media Indonesia, 30 April 2010), atau kegiatan tertentu seperti bersih lingkungan memperingati Hari Kemerdekaan 17 Agustus. Modal penting dalam membangun kemitraan adalah rasa ikut memiliki dan perasaan sebagai komunitas yang berdaya, bertanggung jawab dan mandiri dalam mengatasi masalah-masalah narkoba di lingkungannya.



KESIMPULAN

Mengingat pemakaian zat adiktif juga mencakup pemakaian rokok (dengan prevalensi tinggi) dan narkoba ilisit, maka upaya prevensi sekunder dengan deteksi dini dan penanganan segera merupakan hal penting yang dapat dilakukan oleh berbagai pihak. Remaja yang mayoritas menghabiskan separuh waktunya di sekolah dapat digapai oleh upaya yang berbasis sekolah. Untuk remaja yang tidak sekolah dapat diterapkan upaya deteksi dini dan penjangkauan dengan menggunakan organisasi yang sudah ada di komunitas. Pendekatan pada deteksi dini maupun penjangkauan hendaknya berbasis gender.

PUSTAKA ACUAN

- Ariawan, I., Damayanti R., dan Marsum. 2007, *Life Skill Education and HIV Related Behaviors among Junior High School Students in Papua and Papua Barat*. PPKUI , Depok.
- Bechtholt, A.J. dan Mark G.P. 2002, "Enhancement of Cocaine Seeking Behavior by Repeated Nicotine Exposure in Rats", *Psychopharmacology*. Vol. 162. hal 172-185.
- Blume, AW. 2005. *Treating Drug Problem*. John Wiley and Son. New Jersey. Hal. 21.
- BPS. 2009, Statistik Indonesia 2009.
- Depdiknas RI. 2008, *Indikator Pendidikan di Indonesia 2007/2008*. Kantor Pusat Riset dan Pengembangan untuk Statistik Pendidikan. Departemen Pendidikan Nasional, Jakarta.
- Dekpes. 2008, *Riset Kesehatan Dasar - RISKESDAS 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Doweiko, H. 2002, *Concepts of Chemical Dependency*. Wadsworth. USA.
- Ghodse, H. 2002, *Drugs and Addictive Behavior, a Guide Treatment*. 3rd ed. Cambridge University Press, UK.
- Hamilton, M., King, T. dan Ritter, A. 2004, *Drug Use in Australia*, 2nd ed. Oxford University Press, Melbourne.
- Ismail, A. 2006, *Hubungan Riwayat Merokok terhadap Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia, Tahun 2006*. [Tesis] Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- PPKUI-BNN. 2008, *Studi Kerugian Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba Tahun 2008*. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Depok.
- PPKUI-BNN. 2010, *Studi Penyalahgunaan Narkoba di Tingkat Rumah Tangga Tahun 2010*. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Depok.
- PPKUI-BNN. 2011, *Studi Kerugian Ekonomi Akibat Penyalahgunaan Narkoba Tahun 2011*. Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Depok.
- Rastegar, D.A. dan Fingerhood, M.I. 2005, *Addiction Medicine: An evidence-Based Handbook*. Lippincot William & Wilkins, Philadelphia.
- Rohsenow, D.J. et al. 2005, "Nicotine and other Substance Interaction Expectancies Questionnaire: Relationship of Expectancies to Substance Use", *Addictive Behaviors* Vol.30, hal.629-641.
- Sabarinah. 2009, *Dimensi Gender Kelangsungan Pemakaian Narkoba: Penelitian di 17 Provinsi di Indonesia Tahun 2008*. [Disertasi] Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- UNICEF. 2004, *Government of Indonesia-UNICEF Cooperation Programme HIV/AIDS: Prevention and Care through Life Skills Education and Peer Education among Young People in Papua Province, 2004 –2006*. United Nations Children's Fund, Jakarta
- UNODC. 2003, *Adolescent Substance Use: Risk and Protection*. United Nations, New York.
- WHO. 2004, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. World Health Organization, Geneva.
- Walter S.T. dan Neighbors, C . 2005, "Feedback Interventions for College Alcohol Misuse: What, Why and for Whom?". *Addictive Behaviors* Vol. 30. hal.1168-1182.



Dra. Riza Sarasvita, M.Si, MHS

Kasubdit Bina P2M Napza, Rokok dan Alkohol



dr. Budi Raharjo, M. Epid

Kasie Bimbingan dan Evaluasi
Subdit Bina P2M Napza, Rokok dan Alkohol

International Classification of Diagnosis 10 (ICD -10) memasukkan gangguan penggunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif) sebagai salah satu penyakit di dalam rumpun gangguan mental dan perilaku dengan kode klasifikasi F10 – F19. Gangguan penggunaan Napza barangkali adalah satu-satunya penyakit yang penderitanya (pecandu) diwajibkan oleh undang-undang untuk melakukan lapor diri. Apa yang menjadi latar belakang hal tersebut? Bagaimana pelaksanaan program wajib lapor tersebut di lapangan? Simak artikel berikut ini.

MENGAPA PECANDU HARUS LAPOR DIRI?

Undang-Undang Narkotika Nomor 35 Tahun 2009 pasal 54 mewajibkan para pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika untuk menjalani rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial, sementara pasal 55 mewajibkan mereka atau keluarganya untuk melaporkan diri kepada pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), rumah sakit atau lembaga rehabilitasi medis / sosial yang ditunjuk pemerintah guna mendapatkan perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Artinya, kewajiban lapor diri menurut Undang-Undang bukan sekedar lapor, melainkan agar pecandu menjalani perawatan melalui program rehabilitasi.

Lalu mengapa para pecandu ini perlu menjalani perawatan melalui program rehabilitasi? Fakta global menunjukkan bahwa jumlah pecandu yang menjalani terapi rehabilitasi sangatlah kecil. Pada negara-negara maju seperti Amerika Serikat, proporsi orang dengan gangguan penggunaan Napza yang menjalani perawatan sekitar 11 – 14%. Sementara pada negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, tidak lebih dari 5% (*UNODC*, 2012). *American Society of Addiction Medicine (ASAM)* menyebutkan bahwa adiksi adalah penyakit kronis primer pada sistem penguatan di otak, motivasi, memori dan sirkuit-sirkuit terkait lainnya. Disfungsi pada sirkuit-sirkuit ini akan menyebabkan perubahan biologis, psikologis, sosial dan spiritual seseorang. Orang dengan gangguan penggunaan Napza dapat pulih dan berfungsi secara mental, psikologis dan sosial. Namun demikian pemulihan ini perlu diupayakan terus menerus, selain menjalani terapi rehabilitasi, juga menerapkan teknik-teknik pencegahan kekambuhan. Jadi, program wajib lapor diharapkan dapat meningkatkan proporsi pecandu yang menjalani perawatan sehingga dapat meminimalisasi dampak buruk penggunaan Narkotika dan dapat meningkatkan pola hidup sehat pecandu dan korban penyalahgunaan Narkotika.

Istilah ‘wajib lapor’ selama ini sangat berkonotasi pada hukum. Mewajibkan penderita penyakit gangguan penggunaan Narkotika untuk lapor (sekalipun) pada fasilitas kesehatan tentu bukanlah perkara mudah. Untuk itu diperlukan peraturan yang bersifat lebih teknis guna memperjelas pelaksanaan di lapangan. Pada tahun 2011 diterbitkanlah Peraturan Pemerintah Nomor 25 tentang Wajib Lapor Pecandu Narkotika. Peraturan ini mengatur tata cara pelaksanaan wajib lapor bagi pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika di Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL). Salah satu yang diatur adalah tata laksana asesmen untuk mengetahui kondisi pecandu narkotika yang meliputi aspek medis dan aspek sosial. Asesmen dilakukan dengan cara wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik dan psikis terhadap pecandu narkotika.

BAGAIMANA PELAKSANAAN PROGRAM WAJIB LAPOR?

Guna memudahkan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan wajib lapor disusun Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 37 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 293/Menkes/SK/VIII/2013 tentang Institusi Penerima Wajib Lapor. Dalam peraturan ini dimuat tata cara pelaksanaan wajib lapor beserta tatacara dan besaran pengajuan klaim atas pelaksanaan wajib lapor, sekalipun penetapan 274 fasilitas kesehatan sebagai IPWL. Jumlah IPWL ini diprediksi akan bertambah setiap tahunnya, seiring dengan kebutuhan dan kesiapan di lapangan.



Rangkaian layanan wajib lapor meliputi:



Dari diagram di atas terlihat bahwa wajib lapor bukan hanya datang untuk melaporkan diri semata-mata, melainkan menjalani asesmen komprehensif, yang mengkaji derajat permasalahan seseorang dalam hal:

1. Riwayat medis,
2. Dukungan hidup,
3. Riwayat penggunaan Napza
4. Riwayat legal
5. Riwayat keluarga dan sosial
6. Status psikiatrik

Asesmen atas 6 domain di atas akan menentukan rencana terapi rehabilitasi apa yang paling sesuai bagi orang tersebut. Kemudian diharapkan pasien dapat sungguh-sungguh menjalani program terapi rehabilitasi sesuai dengan rencana terapi yang telah disusun sebelumnya.

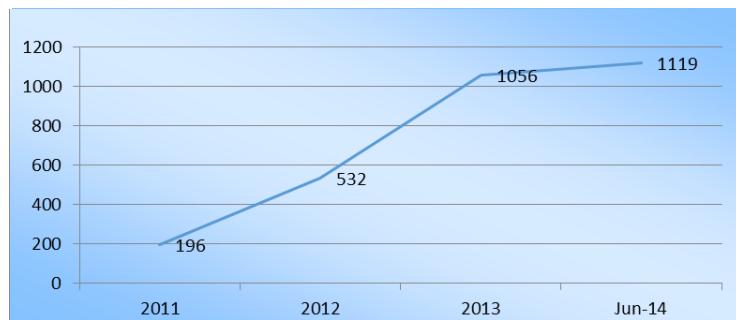
Mengingat kemampuan penatalaksanaan asesmen, terapi dan rehabilitasi gangguan penggunaan Napza bukan merupakan kompetensi dokter umum, perawat, maupun tenaga kesehatan lain (kecuali dokter spesialis kedokteran jiwa), maka diperlukan adanya upaya peningkatan ketrampilan secara khusus. Untuk itu Direktorat Bina Kesehatan Jiwa mengembangkan modul Asesmen Dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Napza yang terakreditasi Pusdiklat Aparatur Negara. Modul ini telah diterapkan secara luas sejak 2011. Selain itu juga telah dikembangkan modul Konseling Dasar Adiksi bersama-sama dengan Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung, yang awalnya ditujukan guna menambah ketrampilan para konselor di bidang HIV-AIDS dalam hal gangguan penggunaan Napza dan kemudian juga digunakan secara luas pada tenaga kesehatan lainnya.

KESIAPAN SDM, SARANA DAN PROGRAM

1. Sumber Daya Manusia

Sejak 2011 sampai bulan Juni 2014 telah dilakukan peningkatan ketrampilan terhadap petugas kesehatan sebanyak 1119 orang yang terdiri pelatih modul asesmen 147 orang, petugas asesmen 831 orang, pelatih modul konseling adiksi 20 orang dan petugas konseling adiksi 28 orang. Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, peningkatan ketrampilan ini telah digunakan secara luas, tidak hanya melalui APBN Kementerian Kesehatan tetapi juga APBD beberapa Dinas Kesehatan Provinsi / Kabupaten / Kota, APBN Badan Narkotika Nasional, serta lembaga donor.

Gambar 1. Jumlah Kumulatif Petugas Terlatih



Sumber: Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

Petugas kesehatan yang dilatih adalah mereka yang bekerja pada IPWL yang telah ditetapkan dan diusulkan oleh Pimpinan instansi masing-masing. Latar belakang mereka adalah psikiater, dokter umum, perawat, psikolog klinis, sarjana psikologi, dan sarjana kesehatan masyarakat, bergantung pada ketersediaan tenaga di IPWL tersebut.



2. Sarana Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL)

Gambar 2. Institusi Penerima Wajib Lapor



Sumber: Iklan Layanan Masyarakat Modalitas Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza,
Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

Sampai tahun 2013 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/VIII/2013 telah ditetapkan 274 Puskesmas, Rumah Sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis sebagai IPWL yang terdiri dari 15 UPT (Unit Pelaksana Teknis) Kementerian Kesehatan dan 259 Puskesmas, Rumah Sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis milik Lintas Sektor, Pemerintah Daerah dan Swasta yang tersebar di 33 Provinsi termasuk 46 RS Bhayangkara milik Kepolisian RI. Dengan diusulkannya RS Bhayangkara sebagai IPWL membuat capaian IPWL pada tahun 2013 jauh melebihi target yaitu 274 IPWL dari target yang harus dicapai sebesar 210 IPWL.

Gambar 3. Sebaran IPWL di Indonesia Tahun 2013



Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/VIII/2013

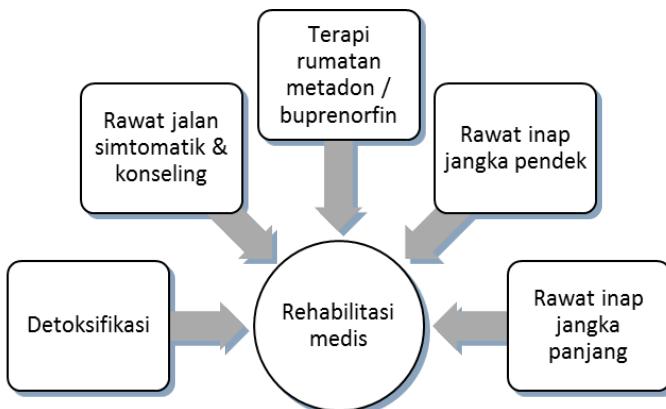
3. Program Rehabilitasi Medis

Dari Gambar 4 berikut ini menunjukkan bahwa terapi rehabilitasi medis bisa dilakukan secara rawat jalan maupun rawat inap. Rawat jalan dapat berupa rumatan maupun non rumatan (simptomatis dan konseling). Rawat inap terdiri dari rawat inap jangka pendek maupun jangka panjang termasuk layanan detoksifikasi. Macam-macam terapi rehabilitasi tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 yaitu:



- a. Rawat Jalan Rumatan (Metadon/ Buprenorfin) untuk pecandu heroin/opiate;
- b. Rawat Jalan Non Rumatan (terapi simptomatis dan psikososial) untuk pengguna ganja, shabu, ekstasi tanpa komplikasi fisik/psikiatris;
- c. Rawat Inap Jangka Pendek atau Panjang untuk pengguna atau pecandu dengan komplikasi fisik/psikiatris.

Gambar 4. Diagram Rehabilitasi Medis



Sumber: Modul Asesmen dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika, Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

Semua IPWL minimal dapat melayani terapi simptomatis dan konseling dasar adiksi Napza. Beberapa fasilitas pelayanan kesehatan baik berupa Puskesmas, klinik lapas/ rutan maupun Rumah Sakit dapat memberikan layanan rumatan metadon. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat melayani Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 227/ MENKES/SK/VII/2013 adalah terdiri dari 20 Rumah Sakit pengampu, 57 Rumah Sakit dan Puskesmas satelit, serta 9 satelit lapas/rutan. Pada tahun 2014 ini terdapat tambahan 7 Rumah Sakit dan Puskesmas satelit serta 1 satelit lapas/rutan yang sudah diaktifkan dan masih dalam proses untuk mendapatkan penetapan melalui Keputusan Menteri Kesehatan.

Gambar 5. Meeting Morning dalam Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza



Sumber: Iklan Layanan Masyarakat Modalitas Terapi dan Rehabilitasi Gangguan Penggunaan Napza, Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

Layanan rehabilitasi medis rawat inap untuk pengguna atau pecandu narkotika saat ini baru dapat dilayani di 21 Rumah Sakit Jiwa. Meskipun demikian untuk merawat pengguna narkotika yang sedang dalam proses atau telah diputus oleh pengadilan baru dapat dilakukan di 17 Rumah Sakit Jiwa. Hal ini mengingat untuk merawat pengguna, penyalahguna atau korban penyalahguna narkotika yang sedang dalam proses atau telah diputus oleh pengadilan memerlukan persyaratan tertentu terutama mengenai fasilitas pengamanan.



IMPLEMENTASI PROGRAM WAJIB LAPOR

Dalam prakteknya, program wajib lapor tidak hanya melayani pecandu Narkotika, melainkan juga mereka yang mengalami gangguan penggunaan Psikotropika, Alkohol dan Zat Adiktif lainnya. Hal ini sejalan dengan fakta bahwa pecandu banyak yang menggunakan lebih dari satu jenis zat. Setidaknya data di bawah ini menunjukkan 14.7% menggunakan lebih dari satu jenis zat dalam 30 hari terakhir dan sekitar 25% memiliki riwayat menggunakan lebih dari satu jenis zat seumur hidupnya.

Tabel 1. Persentase Penggunaan Napza Pasien Wajib Lapor 2011 - 2013

No	Jenis Napza	30 hari terakhir (%)	Sepanjang Hidup (%)
1	Alkohol	29,01	68,98
2	Heroin	17,38	68,73
3	Metadon / Buprenorfirin	46,23	51,41
4	Opiat lain / Analgesik	6,23	12,88
5	Barbiturat	1,84	3,47
6	Sedatif / Hipnotik	23,46	31,08
7	Kokain	0,7	6,26
8	Amfetamin	30,75	59,73
9	Kanabis	28,0	61,14
10	Halusinogen	1,06	6,73
11	Inhalan	1,62	4,03
12	Lebih dari 1 Zat	14,69	25,3

Sumber: Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

Dalam perkembangannya pula proses asesmen untuk menentukan rencana terapi tidak hanya dilakukan terhadap pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika yang melakukan wajib lapor, tetapi juga diperlukan bagi pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika yang masih dalam proses hukum maupun telah menjalani ketetapan hukum sebagai warga binaan. Hal ini terjadi karena adanya perkembangan kebijakan yang belakangan ini mengarah pada upaya diversi untuk mendekriminalisasi pecandu Narkotika, sebagaimana yang termaktub dalam Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia, Kepala Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia, Nomor 01/PB/MA/III/2014, 03 Tahun 2014, 11 Tahun 2014, 03 Tahun 2014, PER-005/A/JA/O3/2014, 1 Tahun 2014, Perber/01/III/2014/BNN tentang Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi.

Dekriminalisasi berupaya untuk mengalihkan pemenjaraan bagi pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika dan mendorong dilakukannya terapi rehabilitasi, baik rehabilitasi medis maupun sosial. Kebijakan ini didasarkan pada dua hal, yaitu pertama, fakta di lapangan bahwa Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan) sudah mengalami kelebihan kapasitas tempat warga binaan, dimana sekitar 60% warga binaan merupakan narapidana terkait Narkotika baik sebagai bandar, pengedar maupun pengguna dan korban penyalahgunaan Narkotika. Pada rapat pembahasan reformasi lapas tanggal 18 Maret 2014 di Kantor Kementerian Koordinasi Politik dan Keamanan disampaikan bahwa dari 42.066 narapidana narkotika dan psikotropika terdapat 15.200 pengguna (36,13%) yang mestinya mendapat terapi rehabilitasi (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2014). Kedua, fakta bahwa pemenjaraan tidak merubah perilaku pengguna ke arah yang positif.

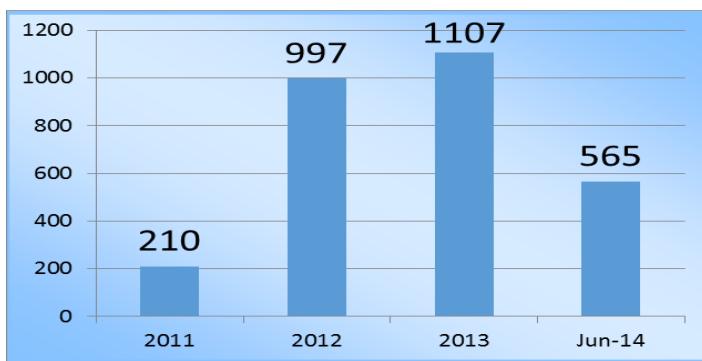
Bericara mengenai implementasi layanan wajib lapor, sangat disadari bahwa program ini tidak serta merta berjalan dengan lancar. Ada beberapa tantangan yang berasal dari sisi pasien, dari sisi penyedia layanan, hingga sisi perbedaan pandangan lintas sektor. Dari sisi pasien, tidak banyak orang yang menggunakan Napza menyadari adanya masalah akibat perlakunya tersebut. Selain itu kalaupun mereka menyadari perlunya mencari perawatan, terdapat kekhawatiran sejauh mana kerahasiaan mereka terjamin. Dari sisi penyedia layanan, sekalipun telah dilakukan pelatihan, masih banyak petugas yang tidak merasa percaya diri dalam tatalaksana gangguan penggunaan Napza. Selain itu mekanisme klaim yang ditetapkan Kementerian Kesehatan yang dianggarkan secara khusus dirasakan memerlukan banyak persyaratan dan membuat enggan melakukan pengklaiman. Sementara dari sisi perbedaan pandangan lintas sektor, pemberlakuan wajib lapor ini pada prakteknya tidak serta merta membantu seorang pecandu terbebas dari pemidanaan sekalipun yang bersangkutan menjadi tersangka hanya karena barang bukti penggunaan pribadi.



Hingga bulan Juni 2014, dari 274 IPWL yang ada, baru 44 IPWL yang telah melakukan klaim kepada Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, Kemenkes RI. Walaupun demikian jumlah IPWL yang aktif melayani pada kenyataannya dapat lebih dari 44, mengingat sebagian dari IPWL melakukan klaim ke Pemerintah Daerah melalui Jamkesda.

Dari segi banyaknya kasus yang diklaim sejak tahun 2011 terdapat peningkatan dari waktu ke waktu, sebagaimana tergambar pada grafik berikut ini:

Gambar 6. Jumlah Klaim Wajib Lapor



Sumber: Dit. Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan

UPAYA PENINGKATAN LAYANAN WAJIB LAPOR

1. Salah satu upaya untuk dapat memperoleh penyamaan persepsi dan menindaklanjuti peraturan bersama adalah dengan melakukan rapat koordinasi/seminar/sosialisasi/*focus group discussion (FGD)* lintas sektor antara lain melibatkan unsur dari kepolisian, kejaksaan, pengadilan, BNN, dan lembaga swadaya masyarakat maupun komunitas korban Napza. Beberapa daerah yang sudah dilakukan sosialisasi peraturan bersama yang diinisiasi oleh Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia dan difasilitasi oleh BNN adalah Provinsi DKI Jakarta, Bali, Kalimantan Barat dan DI Yogyakarta. Dengan adanya penyamaan persepsi maka terjadi kesamaan cara pandang dan prosedur dalam memperlakukan pecandu narkotika. Para pecandu memperoleh kepastian hukum bahwa bila mereka melapor ke IPWL dan melakukan rehabilitasi sesuai dengan rencana terapi tidak akan ditangkap oleh aparat penegak hukum selama memenuhi peraturan perundungan.
2. Komunitas pecandu seperti Persaudaraan Korban Narkotika Indonesia (PKNI) dan LSM lainnya perlu dirangkul dan dilibatkan agar dapat memberikan informasi yang benar tentang program wajib lapor kepada pecandu Napza. Komunitas-komunitas inilah yang dapat mendekati dan menjangkau pecandu. Mereka perlu diyakinkan bahwa melakukan wajib lapor dan mengakses layanan di IPWL akan memberikan manfaat yang baik bagi mereka. Pecandu tidak perlu ragu dan takut lagi akan kerahasiaan mereka bila melakukan wajib lapor.
3. Sejak akhir tahun 2012 dikembangkan software - selanjutnya disebut SINAPZA (Sistem Informasi Napza) - terkait manajemen data Napza yang semakin kompleks mulai dari IPWL, klaim wajib lapor, pelaporan data Napza, dan metadon. Dengan adanya software ini diharapkan lebih menghemat waktu dan memudahkan dalam penyusunan dan pengintegrasian laporan. Pelaporan data masing-masing IPWL dilakukan dalam bentuk enkripsi sehingga kerahasiaan data terjamin. Hanya petugas tertentu yang punya akses untuk membuka data ini, bahkan antar IPWL juga tidak bisa membuka data yang dikirim oleh IPWL lain meskipun mempunyai perangkat lunak yang sama. Dengan adanya SINAPZA pelaporan dan klaim wajib lapor di tahun 2014 diharapkan dapat lebih mudah dan cepat karena dilakukan secara *web-based* dan tidak diperlukan *photocopy* dokumen pelengkap klaim. Hal ini akan menghemat pengeluaran IPWL dan lebih ramah lingkungan. IPWL yang belum mendapat pelatihan tidak dapat menerapkan SINAPZA sehingga pelaporan dan proses klaim masih dilakukan secara manual. Diharapkan untuk waktu yang akan datang dapat dilakukan pelatihan penggunaan SINAPZA pada semua IPWL agar pelaporan dan proses klaim dapat dilakukan melalui SINAPZA.
4. Pada daerah dengan prevalensi kasus penggunaan Napza yang tinggi perlu dilakukan advokasi, monitoring dan bimbingan teknis terhadap IPWL. Hal ini perlu dilakukan mengingat kompleksnya permasalahan penanganan pecandu Napza apalagi bila terkait masalah hukum. Petugas pelaksana perlu selalu diberikan motivasi dan pembekalan informasi terbaru agar lebih percaya dalam melakukan penanganan pecandu Napza. Pemerintah daerah maupun pimpinan institusi perlu diingatkan tentang keberadaan IPWL agar petugas pelayanan IPWL memperoleh hak-hak sesuai dengan kewajiban yang telah dilakukan.


DAFTAR INSTITUSI PENERIMA WAJIB LAPOR (IPWL) TAHUN 2013

(Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/VIII/2013)

Provinsi	No.	Instansi
Aceh	1	RSJ Provinsi Aceh
	2	RSUD Cut Nyak Dien
	3	RSUD Jantho
	4	Puskesmas Kuta Baru
	5	Puskesmas Johan Pahlawan I
	6	Puskesmas Kota Malaka
	7	Puskesmas Langsa Barat (Seuriget)
	8	Puskesmas Banda Raya Kota Banda Aceh
	9	Puskesmas Kota Alam Banda Aceh
	10	Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh
	11	Puskesmas Indrapuri
	12	Puskesmas Mutiara
	13	Puskesmas Bandar Baru
	14	Puskesmas Kuala
	15	Puskesmas Peureulak
	16	Puskesmas Bandar Pusaka
	17	Puskesmas Gunung Meriah
	18	Puskesmas Alur Sungai Pinang
	19	Puskesmas Meureubo
	20	Puskesmas Kopelma
	21	Puskesmas Baiturrahman
	22	Puskesmas Jeulingke
Bali	23	RSUP Sanglah
	24	BPKJ Provinsi Bali / RSJ Provinsi Bali
	25	Puskesmas Kuta I
	26	Puskesmas Tabanan III
	27	Puskesmas Abiansemal I
	28	Puskesmas Ubud I
	29	Puskesmas Ubud II
	30	Rumah Sakit Bhayangkara Trijata Polda Bali
Bangka Belitung	31	RSJ Sungai Liat
	32	RSUD Depati Hamzah
	33	RSUD Sejiran Setason
	34	RSUD Bangka Tengah
	35	RSUD Toboali Kabupaten Bangka Selatan
	36	RSUD Tanjung Pandan
	37	RSUD Belitung Timur
	38	RSUD Kabupaten Belitung



Banten	39	RSUD Tangerang
	40	RSUD Serang
	41	Puskesmas Cibodasari Banten
	42	Puskesmas Jalan Emas
	43	Puskesmas Cipondoh
	44	Puskesmas Ciputat
	45	Puskesmas Curug
Bengkulu	46	RSJKO Bengkulu
	47	RSUD M. Yunus Kota Bengkulu
	48	RSUD Hasanuddin Damrah Manna
	49	RSUD Mukomuko
	50	RSUD Rejang Lebong
	51	RSUD Arga Makmur
	52	RS Bhayangkara Bengkulu
Daerah Istimewa Yogyakarta	53	RSUP Dr. Sardjito
	54	Rumah Sakit Ghrasia
	55	Puskesmas Umbul Harjo I
	56	Puskesmas Gedong Tengen
	57	Puskesmas Banguntapan II
	58	RSUD Kota Yogyakarta
	59	Rumah Sakit Bhayangkara Daerah Istimewa Yogyakarta
DKI Jakarta	60	RSKO Jakarta
	61	RSJ Soeharto Heerdjan
	62	RSUP Fatmawati
	63	RSKD Duren Sawit
	64	Puskesmas Tanjung Priok
	65	Puskesmas Gambir
	66	Puskesmas Tebet
	67	Puskesmas Jatinegara
	68	Puskesmas Tambora
	69	Puskesmas Koja
	70	Puskesmas Cengkareng
	71	Puskesmas Kemayoran
	72	Puskesmas Senen
	73	Puskesmas Kramat Jati
	74	Puskesmas Grogol Petamburan
	75	Puskesmas Johar Baru
	76	Poliklinik Badan Narkotika Nasional
	77	Puskesmas Cilandak
	78	RSUPN Cipto Mangunkusumo



	79	Puskesmas Penjaringan
	80	Puskesmas Palmerah
	81	Puskesmas Duren Sawit
	82	Puskesmas Tanah Abang
	83	Puskesmas Kepulauan Seribu Selatan
	84	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto
	85	Rumah Sakit Bhayangkara Selapa Jakarta
Gorontalo	86	RSUD Prof. dr. H. Aloe Saboe
	87	Rumah Sakit Bhayangkara Gorontalo
Jambi	88	RSJD Provinsi Jambi
	89	RSUD Rd. Mattaher Provinsi Jambi
	90	RSUD H. Hanafie Kabupaten Bungo
	91	RSUD KH Daud Arief
	92	Puskesmas Tanjung Pinang Kota Jambi
	93	RSUD Hamba Muara Bulian
	94	Puskesmas Penerukan Batang Hari
	95	Rumah Sakit Bhayangkara Jambi
Jawa Barat	96	RSUP Hasan Sadikin
	97	RSUD Tasikmalaya
	98	RSUD Syamsudin Sukabumi
	99	RSJD Provinsi Jawa Barat
	100	Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor
	101	RSUD Kota Bekasi
	102	RSUD Gunung Jati Cirebon
	103	Puskesmas Sukmajaya Depok
	104	Puskesmas Bogor Timur
	105	Puskesmas Salam Kota Bandung
	106	Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido Sukabumi
	107	Puskesmas Sukarabayu Subang
	108	Puskesmas Pondok Gede Bekasi
	109	Puskesmas Sukabumi Kota Sukabumi
	110	Puskesmas Sarijadi Bandung
	111	Puskesmas Garuda Bandung
	112	Puskesmas Kedung Badak
	113	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Secapa Sukabumi
	114	Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Kelapa Dua
	115	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung
	116	Rumah Sakit Bhayangkara Bogor
	117	Rumah Sakit Bhayangkara Indramayu
Jawa Tengah	118	RSUP dr. Kariadi
	119	RSUD dr. Muwardi Solo
	120	RSUD dr. Margono Purwokerto



	121	RSJ Soejarwadi Klaten
	122	RSJD Amino Gondokusodo Semarang
	123	RS RA Kartini Jepara
	124	RSJ Soeroyo Magelang
	125	Puskesmas Manahan Solo
	126	Puskesmas Poncol Semarang
	127	Puskesmas Sidorejo Salatiga
	128	Puskesmas Cilacap Selatan
	129	Puskesmas Parakan
	130	RSJD Surakarta
	131	RSUD Banyumas Kabupaten Banyumas
	132	RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan
	133	RSUD Kabupaten Wonogiri (RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso
	134	RSUD Kabupaten Sukoharjo
	135	RS Bhayangkara Akpol Semarang
	136	RS Bhayangkara Semarang
	137	RSU dr. Soetomo
	138	RSJ Menur
	139	RSUD dr. Syaiful Anwar Malang
	140	RSUD dr. Soedono Madiun
	141	RSJ Radjiman Wedyodiningrat Lawang
	142	RSUD Soebandi Jember
	143	Puskesmas Manukan Kulon
	144	Puskesmas Jagir
	145	Puskesmas Kendal Sari Malang
	146	Puskesmas Gondanglegi Malang
	147	RSUD Haji Surabaya
	148	Rumah Sakit Bhakti Dharma Husada Surabaya
	149	RSUD Gambiran Kediri
	150	RSUD Blambangan
	151	RSUD Sidoarjo
	152	RSUD Nganjuk
	153	RSUD Ngawi
	154	RSUD dr. Moh. Saleh Kota Probolinggo
	155	Puskesmas Bangil
	156	Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Gasum Porong
	157	Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Brimob Watukosek
	158	Rumah Sakit Bhayangkara HS. Samsoeri Mertojoslo
	159	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Kediri
	160	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Nganjuk
	161	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Tulung Agung
	162	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Lumajang



	163	Rumah Sakit Bhayangkara Bondowoso
	164	Rumah Sakit Bhayangkara Wahyu Tutuko Bojonegoro
	165	Rumah Sakit Bhayangkara Moh. Dahlan
	166	Rumah Sakit Bhayangkara Hasta Brata Batu Malang
Kalimantan Barat	167	RSUD Soedarso Pontianak
	168	RSK Provinsi Kalimantan Barat
	169	RSJ Singkawang
	170	Puskesmas Sungai Ayak
	171	Puskesmas Sosok
	172	Puskesmas Singkawang Tengah
	173	Puskesmas Darajuanti - Sintang
	174	Puskesmas Lumur Kabupaten Bengkayang
	175	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Pontianak
	176	RSJ Sambang Lihum
Kalimantan Selatan	177	Puskesmas Pekauman
	178	RSUD Ulin Banjarmasin
	179	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Banjarmasin
	180	RSUD Banjarbaru
	181	RSUD Ratu Zalecha Martapura
	182	RSUD Pembalah Batung
	183	RSUD H. Badaruddin Tanjung
	184	RSUD H. Boejasin Pelaihari
	185	RSSU H. Moch Ansari Saleh
	186	Puskesmas Gedang Hanyar
	187	Puskesmas Cempaka
	188	Puskesmas Sungai Pandan
	189	BPKJ Kalawa Atei
	190	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Palangkaraya
Kalimantan Timur	191	RSKD Atma Husada Mahakam
	192	RSUD AW Syahanie Samarinda
	193	RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo
	194	UNITRA Butterfly
	195	RSU Tarakan
	196	Rumah Sakit Bontang
	197	Rumah Sakit Parikesit Tenggarong
	198	Klinik Narkotika Kota Tarakan
	199	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Balikpapan
Kepulauan Riau	200	RSUD Kota Batam / RSUD Embung Fatimah
Lampung	201	RSJ Lampung
	202	RSU Abdoel Moeloek
	203	Puskesmas Kedaton
	204	Puskesmas Sukaraja



TULISAN TERKAIT TOPIK

	205	Puskesmas Rajabasa Indah
	206	Puskesmas Metro
	207	Puskesmas Kotabumi II
	208	RS Bhayangkara Polda Lampung
Maluku	209	RSKD Promal /RSKD PROV MALUKU
	210	RS Bhayangkara Ambon
Maluku Utara	211	RSUD dr. H. Chasan Boesoirie Ternate
	212	Rumah Sakit Bhayangkara Ternate
NTB	213	RSJ Provinsi NTB
	214	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Mataram
NTT	215	Rumah Sakit Prof. Yohanes Kupang
	216	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Kupang
Papua	217	RSJ Abepura
	218	RS Bhayangkara Tk. IV Jayapura - Papua
Papua Barat	219	RSUD Sorong
Riau	220	RSU Petala Bumi
	221	RSJ Tampan
	222	Rumah Sakit Bhayangkara Pekanbaru
	223	RS Bhayangkara Tk. IV Dumai – Riau
Sulawesi Barat	224	RSUD Prof. Sulawesi Barat
Sulawesi Selatan	225	RSK Dadi Makasar
	226	RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo
	227	RSUD Andi Makassau Pare-pare
	228	Puskesmas Kasikasi
	229	Puskesmas Jumpandang Baru
	230	Puskesmas Jongaya
	231	RSUD Salewangang Maros
	232	RSUD H. Andi Sulthan Daeng Raja Bulukumba
	233	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Mappa Oudang
Sulawesi Tengah	234	RSJ Palu (RSJ Madani)
	235	Rumah Sakit Bhayangkara Palu
	236	RSUD Undata Palu
	237	RSUD Anutapura
Sulawesi Tenggara	238	RSJ dr. Suprapto Hardjo Husodo
	239	Rumah Sakit Bhayangkara Tk. IV Kendari
Sulawesi Utara	240	RSUP Prof.Dr. R.D Kandou Manado
	241	RSJ Prof. dr. V.L. Ratumbuysang
	242	Rumah Sakit Bhayangkara Manado
	243	RSUD Bitung
	244	Puskesmas Kakaskasen
	245	Puskesmas Tumiting
	246	Puskesmas Tatelu



Sulawesi Utara	240	RSUP Prof.Dr. R.D Kandou Manado
	241	RSJ Prof. dr. V.L. Ratumbuysang
	242	Rumah Sakit Bhayangkara Manado
	243	RSUD Bitung
	244	Puskesmas Kakaskesen
	245	Puskesmas Tuminting
	246	Puskesmas Tatelu
	247	Puskesmas Koya
	248	Puskesmas Tareran
Sumatera Barat	249	RSJ HB Saanin Padang
	250	RSUP M. Jamil Padang
	251	Puskesmas Perkotaan Bukittinggi
	252	RSUD dr. Achmad Mochtar
	253	Puskesmas Biaro
	254	Puskesmas Guguk Panjang
	255	Puskesmas Andalas
	256	Puskesmas Seberang Padang
	257	Puskesmas Payolansek Kec. Payakumbuh Barat
Sumatera Selatan	258	Rumah Sakit Bhayangkara Padang
	259	Puskesmas Kutaraya
	260	Rumah Sakit dr. Ernaldi Bahar
	261	Puskesmas Prabumulih Timur
	262	RSUP M. Hoesin Palembang
Sumatera Utara	263	Rumah Sakit Bhayangkara TK. IV Palembang
	264	RSUP H. Adam Malik
	265	Puskesmas Tanjung Morawa
	266	RSJ Medan
	267	RSU dr. Pirngadi Medan
	268	Puskesmas. Paya Lombang, Kab. Serdang Bedagai
	269	Puskesmas Stabat, Kab. Langkat
	270	Puskesmas Kesatria, Kota Pematang Siantar
	271	Puskesmas Bromo, Kota Medan
	272	RSUD. Dr. Djasamen Saragih, Kota Pematang Siantar
	273	RS Bhayangkara Tk. II Medan
	274	RS Bhayangkara Tebing Tinggi Sumut



RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT

dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK

Direktur Rumah Sakit Ketergantungan Obat

Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta, pada tanggal 3 Juli merayakan ulang tahun ke-42 tahun. Awal perjalanan dimulai pada tahun 1971, diilhami oleh keadaan dunia yang menyerukan "Perang terhadap Narkotika", maka Gubernur DKI Jakarta kala itu, Ali Sadikin, mendirikan Badan Koordinasi Penanggulangan Narkotika (Bakorlantik). Salah satu agendanya adalah mendirikan sebuah rumah sakit yang khusus menangani masalah penyalahgunaan narkotika. Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta, dr. Herman Susilo, MPH atas instruksi Gubernur, mulai menjajaki pendirian rumah sakit yang dimaksud. Menyadari bahwa masalah penyalahgunaan narkotika merupakan salah satu masalah kejiwaan, dr. Herman Susilo menghubungi Prof. Dr. Kusumanto Setyonegoro, Kepala Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI dan Kepala Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Jiwa Universitas Indonesia.

Dengan instruksi Gubernur DKI Jakarta, dibentuklah *Drug Dependence Unit (DDU)* untuk merawat korban penyalahgunaan zat yang peresmiannya dilakukan pada tanggal 12 April 1972. *DDU* terletak di kompleks Rumah Sakit Fatmawati Cilandak. Pasien pertama, seorang perempuan dengan ketergantungan morfin diterima pada tanggal 3 Juli 1972, sehingga tanggal tersebut dijadikan hari berdirinya RSKO. Secara bertahap *DDU* yang dipimpin oleh Letkol (CKM) dr. Erwin Widjono, psikiater, dilengkapi sarana dan prasarana. Pada mulanya *DDU* hanya menitikberatkan pelayanan pada perawatan untuk pelepasan racun saja (detoksifikasi) dalam ruang perawatan detoksifikasi.

Drug Dependence Unit kemudian berkembang menjadi Lembaga Ketergantungan Obat (LKO), pada tahun 1974 dengan tujuan utama untuk penanganan ketergantungan obat yang bersifat komprehensif dan bersifat jangka panjang meliputi bidang preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dengan perubahan menjadi LKO, program pelayanan yang diberikan menjadi lebih bervariasi, tidak lagi hanya detoksifikasi, tetapi juga pelayanan rawat jalan, rehabilitasi (resosialisasi), epidemiologi (*research*) dan laboratorium.

Pada tahun 1978 status LKO ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C dengan nama Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) yang merupakan rumah sakit milik Departemen Kesehatan RI, sebagai unit pelaksana fungsional dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 138/SK/Menkes/IV/1978.

Pelayanan rawat jalan saat itu ditujukan bagi mereka yang memakai atau menyalahgunakan obat pada taraf permulaan atau menyalahgunakan obat dalam taraf sedang (moderat). Pada tahun 1981, pelayanan rawat jalan ini ditingkatkan menjadi Unit Rawat Jalan dengan kemampuan untuk memberikan layanan pemeriksaan, diagnosis, pengobatan dan perawatan secara fisik, psikologis, dan psikososial untuk pasien dengan berbagai taraf penyalahgunaan zat. Pada unit ini juga melayani pembuatan Surat Bebas Narkotik (SBN).

Rehabilitasi adalah fasilitas yang diberikan untuk memberikan bimbingan bagi mereka dalam jangka panjang karena kondisi ketergantungan merupakan penyakit kronik yang mudah kambuh kembali (*chronic relapsing disease*). Untuk ini diperlukan adanya fasilitas bagi mereka yang memerlukan bimbingan jangka panjang dengan supervisi/*follow up* berjangka panjang pula.

Selain melayani pasien, Lembaga Ketergantungan Obat/Rumah Sakit Ketergantungan Obat juga menjadi tempat latihan, khususnya untuk praktik pendidikan keahlian psikiatri, psikologi, sosial dan profesi lainnya (hakim, petugas medis dan perawat).

Jumlah tempat tidur yang semula 4 tempat tidur ruang isolasi (ruang tempat merawat untuk detoksifikasi) dan 9 tempat tidur di ruangan bebas (rehabilitasi) pada tahun 1987 ditingkatkan menjadi masing-masing 10 tempat tidur untuk setiap ruangan. Kemudian pada tahun 1997 berkembang menjadi 30 tempat tidur dan ditingkatkan lagi menjadi 40 tempat tidur termasuk ruang rawat VIP, kelas 1 dan kelas 2.



Sejalan dengan kunjungan pasien yang meningkat serta rencana pengembangan pelayanan, dirasakan terbatasnya lahan di lokasi RS Fatmawati. Maka melalui permohonan kepada Gubernur DKI Jakarta, RSKO mendapat ijin prinsip penggunaan lahan seluas 1,5 ha di Cibubur sesuai Surat Gubernur DKI Jakarta Nomor 3397/1.711.5 tanggal 11 Nopember 1999. Berdasarkan ijin prinsip tersebut, RSKO membuat *master plan* untuk pembangunan pengembangan RSKO yang terletak di Kelurahan Cibubur Kotamadya Jakarta Timur .

Pada tahun 2000 RSKO telah terakreditasi tahap pertama melalui Surat Keputusan Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor YM.00.03.2.2.1951 tertanggal 23 Mei 2000 yang meliputi bidang Administrasi Manajemen, Pelayanan Medik, Pelayanan Gawat Darurat, Rekam Medik dan Keperawatan.

Perubahan kelembagaan yang semula Rumah Sakit kelas C menjadi kelas B non Pendidikan berdasarkan SK Menkes Nomor 732/MENKES/SK/VI/2002 tanggal 14 Juni 2002. Pada bulan Oktober 2002 dilakukan *Soft Opening* pemanfaatan gedung yang berlokasi di Cibubur. Dengan dibukanya RSKO di Cibubur kapasitas menjadi 60 tempat tidur (20 tempat tidur di Cibubur dan 40 tempat tidur Fatmawati). Seiring dengan meningkatnya jumlah penderita gangguan yang berhubungan dengan zat dan penyakit terkait, maka kapasitas tempat tidur pada tahun 2004 ditingkatkan menjadi 100 tempat tidur. Sejak tahun 2004, pelayanan di Fatmawati berangsur mulai dipindahkan ke Cibubur. Mulai awal Juli 2007, sesuai dengan Surat Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI seluruh aktivitas RSKO di RS Fatmawati dipindahkan ke Cibubur. Lokasi RSKO yang terletak di Cilandak digunakan RSUP Fatmawati.

Rumah Sakit Ketergantungan Obat ditetapkan sebagai instansi pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor 281/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (Lima Belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan. Dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka RSKO diharapkan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktik bisnis yang sehat.

ARAH PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA

Pada tahun 2009-2013 dalam Rencana Strategis Rumah Sakit Ketergantungan Obat memiliki visi sebagai pusat layanan dan kajian nasional maupun regional dalam bidang gangguan yang berhubungan dengan zat. Untuk mencapai visi tersebut, maka ditetapkan misi rumah sakit, yaitu:

1. Melaksanakan upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif dalam bidang gangguan yang berhubungan dengan zat (GBZ) dan penyakit terkait serta memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum;
2. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga profesi serta masyarakat umum dalam bidang GBZ;
3. Melaksanakan penelitian dan pengembangan dalam bidang GBZ.

BUDAYA RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA

Budaya Rumah Sakit Ketergantungan Obat dikembangkan sejalan dengan misi organisasi yang dapat meningkatkan motivasi dan etos kerja dalam melaksanakan tugas, yaitu:

1. Memiliki sikap kerja profesional, berdisiplin tinggi, tangguh dan berwibawa;
2. Memberikan pelayanan yang bermutu dengan mengutamakan kepuasan pelanggan dengan sikap yang tanggap dan ramah;
3. Memiliki jiwa karsa.

TUGAS POKOK DAN FUNGSI RUMAH SAKIT KETERGANTUNAGN OBAT JAKARTA

Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 245/MENKES/PER/III/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan terhadap penyalahgunaan dan ketergantungan narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lainnya secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan lainnya serta melaksanakan upaya rujukan.

Dalam melaksanakan tugas RSKO menyelenggarakan fungsi:

1. Pelaksanaan upaya peningkatan kesehatan di bidang penanggulangan masalah ketergantungan obat;
2. Pelaksanaan upaya deteksi dini dan pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (Napza);
3. Pelaksanaan pelayanan penyembuhan dan penatalaksanaan penderita ketergantungan obat;



4. Pelaksanaan upaya rehabilitasi penderita ketergantungan obat;
5. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan;
6. Pelaksanaan pelayanan rujukan;
7. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di bidang penanggulangan penyalahgunaan Napza;
8. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang penanggulangan penyalahgunaan Napza;
9. Pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan jaringan informasi di bidang penanggulangan penyalahgunaan Napza;
10. Pelaksanaan administrasi umum dan keuangan.

PRODUK UNGGULAN RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA

1. Pelayanan Napza komprehensif : penerimaan awal (*initial intake*), detoksifikasi, rehabilitasi, pelayanan untuk komplikasi medik, dual diagnosis dan terapi rumatan metadon dan bufrenorfin yang merupakan ciri khas terapi *cafeteria* guna menjawab kebutuhan penerima layanan. Hal di atas dimaksud untuk menyeraskan kebutuhan pasien, keluarga dan masyarakat;
2. Sebagai pengampu layanan Program Rumatan Metadon;
3. Memberi pelatihan dan pendidikan bagi berbagai profesi di bidang pelayanan ketergantungan Napza (pelayanan akibat gangguan yang berhubungan dengan zat);
4. Menjadi bagian dari jejaring dunia melalui kolaborasi badan dunia (*WHO, United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, UNAIDS*) menyusun pedoman terapi dan pelatihan serta modulnya untuk kepentingan internasional, regional dan nasional;
5. Menjadi narasumber bagi pelatihan, pelayanan, dan penyusunan perencanaan terapi ketergantungan Napza dan HIV/AIDS;
6. Menjadi bagian jejaring pelayanan kesehatan HIV/AIDS dalam promosi, prevensi, terapi dan penelitian.

KEGIATAN PELAYANAN

Kegiatan Pelayanan RS KO saat ini meliputi pelayanan medis, penunjang medis, serta pendidikan dan penelitian, dengan rincian sebagai berikut:

1. Pelayanan Rawat Jalan terdiri:
 - a. Poli Napza
 - Program Non Rumatan.
 - Program Terapi Rumatan.
 - b. Poli Spesialis
 - Jiwa/Psikiatri
 - Penyakit Dalam
 - Syaraf
 - Kebidanan dan Penyakit Kandungan
 - Paru
 - Kulit dan Kelamin
 - Rehabilitasi Medik
 - c. Poli Umum
 - d. Poli Gigi
 - e. Poli Psikologi
 - f. *Medical Check Up*
2. Pelayanan Gawat Darurat terdiri:
 - a. Pelayanan Napza.
 - b. Pelayanan Psikiatri.
 - c. Pelayanan Umum.
3. Pelayanan Rawat Inap terdiri:
 - a. Ruang Perawatan Kelas VIP
 - b. Ruang Perawatan Kelas I.
 - c. Ruang Perawatan Kelas II.
 - d. Ruang Perawatan Kelas III.
 - e. Ruang Komplikasi Medik.
 - f. Ruang *High Care Unit (HCU)*.



4. Pelayanan Penunjang terdiri dari:
 - a. Laboratorium.
 - b. Farmasi.
 - c. Radiologi.
 - d. Gizi.
 - e. Pemulasaraan Jenazah.
5. Pelayanan Administrasi terdiri dari:
 - a. Pelayanan Informasi / Costumer Service.
6. Pelayanan pendidikan dan penelitian terdiri dari:
 - a. Pelatihan dan pendidikan.
 - b. Penelitian dan pengembangan.

Tugas dan fungsi RSKO terkait pelaksanaan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 adalah melaksanakan kegiatan rehabilitasi (pasal 54), menerima wajib lapor (pasal 55 ayat (1), dan ayat (2)), laboratorium pemeriksa (pasal 82 ayat (2) dan memberikan narkotika golongan II atau golongan III untuk kepentingan pengobatan (pasal 53). Untuk ini RSKO menjadi tempat pelatihan bagi petugas dalam penanggulangan penyalahgunaan Napza.

INSTITUSI PENERIMA WAJIB LAPOR

Ketentuan Wajib Lapor (Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009) lebih lanjut diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011. Wajib Lapor adalah kegiatan melaporkan diri yang dilakukan oleh pecandu narkotika yang sudah cukup umur atau keluarganya, dan/atau orang tua atau wali dari pecandu narkotika yang belum cukup umur kepada institusi penerima wajib lapor untuk mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) adalah pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan lembaga rehabilitasi sosial yang ditunjuk pemerintah. Rumah Sakit Ketergantungan Obat merupakan salah satu Institusi Penerima Wajib Lapor seperti yang tertulis dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1305/MENKES/SK/VI/2011.

Tujuan Wajib Lapor pencandu narkotika adalah untuk memenuhi hak pecandu narkotika dalam mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan. Yang dapat menerima wajib lapor adalah pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis. Adapun lembaga rehabilitasi sosial sebagai Institusi Penerima Wajib Lapor ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan bidang sosial. Syarat penerima wajib lapor adalah ketenagaan yang memiliki keahlian dan kewenangan di bidang ketergantungan narkotika dan sarana yang sesuai dengan standar rehabilitasi medis. Syarat ketenagaan sekurang-kurangnya memiliki pengetahuan dasar ketergantungan narkotika, keterampilan melakukan asesmen ketergantungan narkotika, konseling dasar, pelaksanaan terapi rehabilitasi berdasarkan jenis narkotika yang digunakan.

Asesmen yang dilakukan untuk mengetahui kondisi pecandu narkotika meliputi aspek medis dan aspek sosial dengan cara wawancara, observasi, serta pemeriksaan fisik dan psikis terhadap pecandu narkotika. Wawancara meliputi riwayat kesehatan, riwayat penggunaan narkotika, riwayat pengobatan dan perawatan, riwayat keterlibatan pada tindak kriminalitas, riwayat psikiatris, serta riwayat keluarga dan sosial pecandu narkotika.

Pada Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 pelaksana penerima wajib lapor mempunyai syarat memiliki pengetahuan dasar ketergantungan narkotika, ketrampilan melakukan asesmen ketergantungan narkotika, ketrampilan melakukan konseling dasar ketergantungan narkotika, pengetahuan pelaksanaan terapi rehabilitasi berdasarkan jenis narkotika yang digunakan.

Pelatihan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Ketergantungan Obat agar peserta terampil menggunakan Formulir Asesmen Wajib Lapor dan Rehabilitasi Medis seperti yang terlampir pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2171/MENKES/SK/X/2011. Kegiatan dipadukan bersama pemberian materi lain dalam rangkaian kegiatan Pelatihan Dasar Napza. Materi terdiri dari penegertian Napza atau zat adiktif dan tatalaksananya, modalitas terapi, konseling dasar Napza, asesmen, pengertian dini dan uji saring, epidemiologi HIV/AIDS dan dampaknya. Waktu yang dibutuhkan selama dua hari (16 JPL).

LABORATORIUM

Laboratorium pemeriksa cairan tubuh untuk mendeteksi adanya narkotika dan zat adiktif lainnya sebagai penunjang diagnosis penyalahgunaan zat (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 853/Menkes/SK/X/1993).

Dalam asesmen wajib lapor dan rehabilitasi medis (Peraturan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011) pemeriksaan urinalisis meliputi kanabis, opiat, amfetamin, benzodiazepin, kokain, barbiturat dan



alkohol. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2171/MENKES/SK/X/2011 tentang Tata cara Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika Tahun 2011, tes urin (urinalisis) untuk medeteksi ada/tidaknya narkotika dalam tubuh pecandu. Alat yang digunakan harus dapat mendeteksi setidaknya 4 (empat) jenis narkotika, yaitu opiat, ganja, metamfetamin dan *methylenedioxymethamphetamine (MDMA)*.

REHABILITASI

Rencana rehabilitasi merupakan kesepakatan antara pecandu narkotika, orang tua, wali atau keluarga pecandu narkotika dan pimpinan IPWL. Rehabilitasi adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika.

Proses rehabilitasi medis meliputi asesmen, penyusunan rencana rehabilitasi, program rehabilitasi rawat jalan atau rawat inap dan program pasca rehabilitasi. Rawat inap sesuai dengan rencana rehabilitasi yang telah disusun dengan mempertimbangkan hasil asesmen yang meliputi intervensi medis. Intervensi medis antara lain melalui program detoksifikasi, terapi simptomatis, dan/atau terapi rumatan medis, serta terapi penyakit komplikasi. Intervensi psikososial dilakukan melalui konseling adiksi narkotika, wawancara motivasional, terapi perilaku dan kognitif, dan pencegahan kekambuhan. Pelaksanaan rawat inap meliputi intervensi medis melalui program detoksifikasi, terapi simptomatis, dan terapi penyakit komplikasi. Intervensi psikososial antara lain melalui konseling individual, kelompok, keluarga atau vokasional.

Terkait putusan pengadilan yang diselenggarakan di fasilitas rehabilitasi medis milik pemerintah dilaksanakan melalui tahapan program rawat inap awal, program lanjutan dan program pasca rawat. Program rawat inap awal dilaksanakan minimal 3 (tiga) bulan untuk kepentingan asesmen lanjutan, serta penatalaksanaan medis untuk gangguan fisik dan mental. Program lanjutan meliputi rawat inap jangka panjang atau program rawat jalan yang dilaksanakan sesuai standar prosedur operasional. Program rawat jalan dilaksanakan sekurang-kurangnya dua kali seminggu dan dilakukan pemeriksaan urin berkala atau sewaktu.

Keamanan pecandu, penyalahgunaan narkotika yang sedang dalam proses peradilan yang sedang menjalani rehabilitasi medis menjadi tanggung jawab penyidik, penuntut umum atau hakim sesuai tingkat pemeriksaan perkara.

TERAPI RUMATAN

Dalam Pedoman Penyenggaraan Program Terapi Rumatan Metadon disebutkan bahwa proporsi kasus AIDS tahun 2006-2011 dari faktor risiko penggunaan Napza jarum suntik adalah sebanyak 34%. Pecandu opiat umumnya menggunakan dengan cara menyuntik yang tidak aman. Akibatnya sangat mudah terinfeksi seperti hepatitis dan HIV maupun infeksi yang mengenai tulang, sendi, jantung, jaringan lunak. Faktor penting dalam Program Terapi Rumatan Opioid adalah memilih farmakoterapi yang tepat untuk pasien. Profil farmakoterapi yang potensial untuk digunakan dalam terapi rumatan tersebut adalah:

1. Memiliki manfaat hanya dengan pemberian oral;
2. Waktu paruh biologis panjang (>24 jam);
3. Efek samping minimal, meskipun pemberian jangka panjang atau menahun;
4. Aman, tidak memiliki efek toksik atau reaksi yang tidak diinginkan yang berat;
5. Memiliki nilai efikasi yang cukup untuk sejumlah pasien dengan gangguan adiksi napza.

Di RSKO dilakukan terapi rumatan dengan metadon dan tablet kombinasi bufrenorfin dan naloksan. Penelitian menunjukkan bahwa pada kondisi terapi yang optimal, hasil terapi bufrenorfin-naloksan sebanding dengan metadon.

Keterbatasan ruangan dan tenaga untuk memberikan pelatihan, maka harus diatur jadwal serta kebutuhan materi apa yang dibutuhkan. Perencanaan yang baik sesuai dengan kebutuhan dan tahapannya sangat dianjurkan.



Buletin Jendela Epidemiologi

Volume I, Juli 2010
ISSN 2087 - 1546

FILARIASIS di Indonesia

Analisis Epidemiologi Deskriptif Filariasis di Indonesia oleh Dr. Yulianto Mulyawulan, M.S.
Pembukaan Ulat Masuk Penyebab Filariasis oleh Prof. Dr. dr. Parastutiawati, M.S.

Kebakaran Program Eliminasi Filariasis di Kalimantan Selatan oleh Dr. Drs. Tulusman, S.Pd.

Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Epidemiologi

Volume 2, Agustus 2010
ISSN 2087 - 1546

Demam Berdarah, Dengue

Analisis Epidemiologi Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi Nusa Tenggara Barat oleh Prof. Dr. dr. Lestari Falih Achmat, M.Pd., Ph.D.
Dampak Burden Disease pada DBD di Provinsi Nusa Tenggara Barat oleh Dr. dr. Yulianto Mulyawulan, M.S.
Faktor-faktor yang Berpengaruh Dampak Kepada Demam Berdarah Dan Dampak Pengembangan Pendidikan di Provinsi Nusa Tenggara Barat oleh Dr. dr. Rida Herawati, S.KM., M.Kes., dr. dr. H. Syaiful, M.Pd., dr. dr. Andi Adherwan, M.S.

Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume 3, September 2010
ISSN 2087 - 1546

Pneumonia Balita

Action Against Pneumonia in Child of Global Action Plan (GAP) oleh Dr. dr. Siti Fatimah, M.Pd.
Pengembangan Produk Anak dalam Rangka Percepatan Meningkatnya Kesehatan Anak oleh Dr. dr. Rina Dwi Herawati, M.Pd.
Pemantauan Penderita DBD (Old-Old Day) di Kabupaten Buleleng oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita di bantuan Dr. dr. Rida Herawati, S.KM., M.Kes., dr. dr. H. Syaiful, M.Pd., dr. dr. Andi Adherwan, M.S.

Epidemiologi MALARIA di Indonesia

Eliminasi Malaria pada Era Revitalisasi oleh Dr. dr. Endang J. Lelai, M.Pd.
Tata Laksana Malaria untuk Indonesia oleh Dr. Prof. Baturini, Sp.M(K)
Malaria dalam Kebijakan Kesehatan Nasional dan Pengembangan Otonomi Daerah oleh Drs. Drs. Eko Prayitno, Sp.M., M.Kes.

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume 4, Oktober 2010
ISSN 2088 - 270X

Situasi DIARE di Indonesia

Pengendalian Diare di Indonesia oleh Dr. dr. Sugiharto, M.Pd.
Morbiditas dan Mortalitas Diare pada Balita di Indonesia, Tahun 2000-2009 oleh Dr. dr. H. Syaiful, M.Pd.
Vaksin Rotovir untuk Pencegahan Diare pada Balita oleh Dr. dr. H. Syaiful, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume 5, November 2010
ISSN 2088 - 270X

SIKDA Generik

SIKDA Generik Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) Kabupaten Purworejo oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Inisiatif Pengembangan SIKDA Nasional oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Sistem Informasi Kesehatan Nasional Pengembangan SIKDA Nasional melalui Program Kolaborasi dengan Universitas Pendidikan Ganesha oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume 6, Desember 2010
ISSN 2088 - 270X

Tetanus

Peningkatan Waktu Masa Anteekspor Terhadap Buletin Dalam Melakukan Jamnas Kesehatan Masyarakat Kiri dan Kanan oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Analisis Data Laporan Malaria oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Evaluasi Jamnas Masa Anteekspor Untuk Mengidentifikasi Masalah dan Peluang Peningkatan Kesehatan Masyarakat oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume I, September 2012
ISSN 2088 - 270X

Tetanus Material & Neonatal

Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (NTNT) di Indonesia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Pentingnya Imunisasi untuk Mengelakkan Sakit Berat di bantuan Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) di Provinsi BALI oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Bukti dan Bantuan Untuk Mewujudkan Kesehatan Masyarakat oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume II, Oktober 2012
ISSN 2088 - 270X

Penyakit Tidak Menular

Gambaran Penyakit Tidak Menular Di Rumah Sakit Di Indonesia Tahun 2009 dan 2010 oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Sosial Determinan Dan Faktor Klikole Kordisivasi oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Upaya Pengendalian PTM Di Indonesia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Dalam Pengendalian Masalah Kesehatan Akibat Tembakau dan Penyebarluasan Tidak Menular oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume III, November 2012
ISSN 2088 - 270X

Topik Utama Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia

Tulisan Terkait Topik Utama Kesehatan Lanjut Usia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Tulisan Terkait Topik Utama Stimulasi Oh pada Kesehatan Lanjut Usia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.
Tulisan Terkait Topik Utama Perspektif Hukum dan HAM pada Kesehatan Lanjut Usia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan

Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan

Volume IV, Desember 2012
ISSN 2088 - 270X

Situasi Keluarga Berencana di Indonesia

Tujuan KB Paca Persalinan dalam Upaya Mendukung Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Tulisan Terkait Topik Utama Dampak Kegiatan 4.000 Rumah Kesehatan Terhadap Hubungannya dengan Penggunaan Alat KB Saat Ini di Indonesia oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Tulisan Terkait Topik Utama Pengaruh Pemberdayaan Perempuan dengan Fertilitas di Provinsi NTT dan Daerah Istimewa Yogyakarta oleh Dr. dr. Herry S. Gunturwita, M.Pd.

Kementerian Kesehatan RI

Dapat di unduh di www.kemkes.go.id



BANTULAH HELP ME SAYKAMI BILANG GOOD BYE NARKOBA

