

FAKULTAS PSIKOLOGI
Jl. Pawiyatan Luhur IV/1 Bendan Duwur Semarang 50234
Telp. (024) 8441555,8505003 (hunting) Fax.(024) 8415429 - 8445265
e-mail:unika@unika.ac.id http://www.unika.ac.id



SURAT TUGAS

Nomor : 1039A / D.5 / FP / I / 2019

Dekan Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata Semarang memberikan tugas kepada yang tersebut dibawah ini :

Nama : **Dra. Riza Sarasvita, M.Si, MHS, Ph.D**
Status : Dosen Fakultas Psikologi UNIKA Soegijapranata
Tugas : Menulis Book Chapter "Jiwa Sehat Negara Kuat"
Waktu : Tahun 2019
Tempat : Kompas, 2019. Edisi 2. ISBN : 978-602-412-864-7
Lain – lain : Harap melaksanakan tugas dengan sebaik – baiknya dan penuh rasa tanggung jawab

Demikian surat tugas ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.



Semarang, 09 Januari 2019

Dekan,

Dr. M. Sih Setija Utami, M.Kes.

FAK. PSIKOLOGI
NPP. 5811990068

Jiwa Sehat, Negara Kuat

Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa
di Indonesia

II

EDITOR:

• Hans Pole • Pandu Setiawan • Carla R. Marchira • Irmansyah
• Eunike Sri Tyas Suci • Mary-Jo DelVecchio Good • Byron J. Good

JIWA SEHAT, NEGARA KUAT

Masa Depan Layanan Kesehatan Jiwa di Indonesia (Volume 2)

Copyright©2019, Hans Pols, Pandu Setiawan, Carla R. Marchira, Irmansyah,
Eunike Sri Tyas Suci, Mary-Jo DelVecchio Good, Byron J. Good.

Pertama kali diterbitkan dalam bahasa Indonesia
oleh Penerbit Buku Kompas pada Juli 2019

PT Kompas Media Nusantara
Jl. Palmerah Selatan 26-28
Jakarta 10270
e-mail: buku@kompas.com

Editor: Hans Pols (University of Sydney, Australia);
Alm. Pandu Setiawan (Kementerian Kesehatan RI);
Carla R. Marchira (Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada);
Irmansyah (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI);
Eunike Sri Tyas Suci (Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Jakarta);
Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard University);
Byron J. Good (Harvard University).

Penyunting: Imelda Bachtiar
Penerjemah: Ardi Prastowo & Nursila Dewi
Copy-Editor: Ninik Supartini, R.B.E. Agung Nugroho, & Viviani Adriel
Perancang Sampul: Wiko HP
Lukisan Sampul: Anto Sg.
Ilustrasi Buku: Vindy Ariella

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

xvi+384 hlm.; 15 cm x 23 cm

ISBN 978-602-412-862-3 (jilid lengkap)

ISBN 978-602-412-863-0 (jilid 1)

ISBN 978-602-412-864-7 (jilid 2)

ISBN 978-602-412-865-4 (jilid lengkap) (PDF)

ISBN 978-602-412-866-1 (jilid 1) (PDF)

ISBN 978-602-412-867-8 (jilid 2) (PDF)

KMN 581912184

Isi di luar tanggung jawab percetakan PT Gramedia, Jakarta

Daftar Isi

Pengantar: Layanan Kesehatan Jiwa dalam Konteks Indonesia <i>Hans Pols, Byron J. Good, dan Mary-Jo DelVecchio Good</i>	xi
BAGIAN PERTAMA	
LAYANAN-LAYANAN KHUSUS	
Pengantar: Layanan-Layanan Khusus dalam Kesehatan Jiwa <i>Tim Editor</i>	3
1 Rehabilitasi Psikososial <i>Pandu Setiawan, Retno Dewanti Purba, Nurul Eka Hidayati</i>	7
2 Psikoterapi di Indonesia <i>Sylvia Detri Elvira</i>	35
3 Pendekatan Rawat untuk Anak dan Remaja: Contoh Kasus Kesulitan Belajar <i>Tjhin Wiguna</i>	55
4 Dari Data Menuju Klinik: Memahami Depresi di Indonesia <i>Aliza J. Hunt</i>	72
5 Drug Treatment dan Rehabilitasi di Indonesia <i>Riza Sarasvita</i>	89
6 Intervensi Berbasis Internet untuk Menangani Depresi <i>Retha Arjadi</i>	117

BAGIAN KEDUA

PERAN KRITIS BERBAGAI PROFESI

Pengantar: Peran dari Beragam Profesi

<i>Tim Editor</i>	129
7 Psikologi dan Politik Kesehatan Mental di Indonesia <i>Nani Nurrachman Sutojo dan Eunike Sri Tyas Suci</i>	132
8 Psikolog di Puskesmas? Yes! Pengalaman Universitas Gadjah Mada <i>Diana Setiyawati dan Subandi</i>	160
9 Keperawatan Jiwa, Menuju <i>Community Mental Health Nurses</i> <i>Novy H.C. Daulima, Heni Dwi Windarwati, dan Ice Yulia Wardani</i>	180
10 Kesadaran Kesehatan Jiwa bagi Tenaga Kesehatan di Indonesia: Kunci Layanan Kesehatan Jiwa yang Lebih Optimal <i>Nurul F. Praherso</i>	198

BAGIAN KETIGA

TANTANGAN KHUSUS DAN SUMBER DAYA INDONESIA

Pengantar: Tantangan-Tantangan Khusus dan Sumber Daya

<i>Tim Editor</i>	215
11 Perawatan dengan Keterbatasan untuk Gelandangan dan Pengemis <i>Sandeep Nanwani</i>	218
12 Sebelum Terlambat: Mengenali Situasi Penghambat dan Pendukung Kesehatan Jiwa Anak dan Keluarga di Indonesia <i>Rama Adi Putra, Ni Luh Putu Maitra Agastya, Clara Siagian, dan Santi Kusumaningrum</i>	240
13 Menuju Indonesia Bebas Pasung <i>Irmansyah</i>	262
14 Merawat Harapan dalam Bencana: Bencana Alam di Indonesia dalam Perspektif Psikologi <i>Wahyu Cahyono dan Josephine Rosa Marieta</i>	289
15 Memecah Kebisuan: Budaya dan Religi sebagai Penangkal Stigma Akibat Gejolak Politik 1965 <i>Ninik Supartini dan Mahar Agusno</i>	302
16 Kekerasan Domestik dan Kesehatan Jiwa Perempuan <i>Nalini Muhdi dan Izzatul Fithriyah</i>	320
17 Integrasi Teknologi Perawatan Baru dalam Layanan Kesehatan Jiwa <i>Santi Yuliani Widyapararta</i>	341
Penutup: Kesehatan Jiwa di Masa Depan: Sebuah Pendekatan Holistik <i>Hans Pols</i>	350
Indeks.....	355
Senarai Riwayat Hidup Penulis.....	369

Pengantar

Layanan Kesehatan Jiwa dalam Konteks Indonesia

Hans Pols, Byron J. Good, dan Mary-Jo DelVecchio Good

Sebagian besar profesional kesehatan jiwa setuju bahwa gangguan jiwa adalah sebuah kondisi bio-psiko-sosial, dan dalam beberapa tahun belakangan disebut dengan lebih luas, yaitu kondisi bio-psiko-sosial-budaya-spiritual. Gangguan jiwa memiliki komponen biologis tertentu, dimana kondisi ini perlu penanganan medis oleh seorang dokter yang kompeten. Metode pengobatan baru selalu dikembangkan dan teknologi baru dapat membantu mengurangi kesenjangan perawatan dalam kesehatan jiwa, khususnya untuk daerah-daerah terpencil di Indonesia karena beberapa intervensi dapat diberikan melalui aplikasi *smartphone*.

Namun, gangguan jiwa memiliki lebih banyak sisi yang perlu ditangani dengan komprehensif melalui cara-cara lain dan tidak hanya mengandalkan obat dari dokter. Salah satunya adalah psikoterapi untuk mengatasi masalah-masalah psikologis dan membantu individu untuk mengembangkan strategi *coping* yang efektif. Mendeteksi dan mengatasi gangguan jiwa pada anak-anak dan remaja harus melibatkan kerja sama dengan keluarga dan sekolah. Dalam banyak kasus, masyarakat juga perlu dilibatkan agar tidak terjadi stigmatisasi dan diskriminasi.

Berbagai faktor budaya bisa memengaruhi terjadinya gangguan jiwa pada individu, dimana tanda-tanda munculnya gejala gangguan sangat bervariasi di seluruh dunia. Keyakinan dan praktik budaya tertentu perlu diperhitungkan ketika kita mengembangkan sebuah intervensi yang efektif. Faktor sosial dan budaya menentukan bagaimana individu dan keluarga menghadapi kekerasan dan pelecehan dalam keluarga, yang sering mengakibatkan trauma yang sangat parah. Praktik pasung, meskipun hal yang sering terjadi di Indonesia, perlu ditangani dengan cara yang dapat diterima oleh keluarga, masyarakat, dan pemerintah daerah. Terakhir, kecanduan memiliki konsekuensi hukum berbeda yang harus diperhitungkan ketika menerapkan program perawatan untuk pecandu.

Kita perlu memahami struktur kerja sistem layanan kesehatan di Indonesia untuk melihat bagaimana strategi intervensi baru dapat dikembangkan. Setelah tsunami Aceh, misalnya, program pelatihan untuk perawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat dibentuk. Di tempat lain, psikolog ditambahkan ke Puskesmas untuk memberikan psikoterapi. Kesulitan dalam mengoordinasikan kegiatan Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial sering menimbulkan masalah, khususnya terkait dengan rehabilitasi psikososial dan perawatan anak-anak terlantar serta orang dewasa yang tunawisma. Skema asuransi kesehatan nasional Indonesia telah memberi akses perawatan kesehatan jiwa bagi banyak orang, tetapi masih ada banyak sekali tantangan dan ruang untuk perbaikan.

Masalah sosial juga sangat penting. Sejarah Indonesia yang meliputi pergolakan politik dan sejumlah besar bencana alam terus meninggalkan jejak mendalam pada masyarakat Indonesia. Distribusi kekayaan daerah yang tidak merata, rentang perbedaan yang besar antara yang kaya dan yang miskin, serta meningkatnya ketidaksetaraan, memengaruhi kesehatan jiwa masyarakat Indonesia dan memiliki dampak paling besar pada masyarakat miskin. Celakanya, orang miskin pula yang harus menghadapi lebih banyak hambatan dalam mengakses perawatan kesehatan jiwa.



Bab-bab dalam Jilid 2 ini akan membahas tantangan biologis, psikologis, sosial, budaya, dan politik dalam mengembangkan sistem layanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat di Indonesia.

Pada bab pertama, ditulis oleh dr. Pandu Setiawan, Sp.K.J., Retno Dewanti Purba, M.Psi., dan Nurul Eka Hidayati, M.Si., memfokuskan pada rehabilitasi psikososial yang merupakan sebuah elemen penting setelah pasien dibolehkan pulang dari rumah sakit jiwa untuk kembali bergabung dengan masyarakat. Para penulis ini terlibat dalam sebuah kelompok studi yang dipimpin oleh Dr. Pandu Setiawan, Sp.K.J. mengenai rehabilitasi psikososial. Bab kedua, ditulis oleh Dr. Sylvia Detri Elvira, Sp.K.J., memfokuskan pada perkembangan pendidikan psikoterapi di departemen psikiatri fakultas kedokteran, khususnya di Universitas Indonesia. Bab ketiga ditulis oleh Dr. Tjhin Wiguna, Sp.K.J., dan berfokus pada layanan kesehatan jiwa khusus bagi anak-anak. Aliza J. Hunt, penulis bab keempat, menganalisis tantangan-tantangan yang dihadapi para petugas klinik yang mencari tahu tentang perawatan terhadap depresi. Bab kelima yang ditulis oleh Dr. Riza Sarasvita, M.Si., M.H.S., Ph.D. membahas perawatan terhadap masalah kecanduan dan penyalahgunaan obat-obatan atau minuman terlarang. Bab terakhir bagian pertama menceritakan tentang program inovatif dalam

perawatan untuk depresi yang dilakukan secara online. Bagian ini ditulis oleh psikolog Dr. Retha Arjadi, M.Psi.

Bagian kedua dari Jilid 2 ini mendiskusikan tentang peran beragam profesi dalam menyediakan perawatan kesehatan jiwa yang komprehensif. Pada bab pertama ditulis oleh dua psikolog, Dr. Nani Nurrachman Sutojo dan Dra. Eunike Sri Tyas Suci, Ph.D. Bab ini menguraikan dengan rinci tentang falsafah Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, khususnya terkait pengembangan program studi magister psikologi dengan peminatan psikologi sosial kesehatan dimana kedua penulis terlibat dalam membidani kelahiran program ini. Program magister yang mengadvokasi sebuah pendekatan yang komprehensif serta mempertimbangkan faktor-faktor kultural. Bab berikutnya ditulis oleh dua psikolog Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Diana Setiyawati, M.HSc. Psy. Ph.D. dan Prof. Dr. Subandi, Ph.D., yang menjelaskan secara rinci tentang beragam inisiatif yang diambil di Daerah Istimewa Yogyakarta, terutama dalam hal penempatan psikolog klinis di Puskesmas setempat untuk menyediakan perawatan bagi gangguan jiwa dengan kondisi-kondisi umum. Bab ketiga yang ditulis oleh Dr. Novy H.C. Dauliman, S.Kp., M.Sc. mengulas tentang pengembangan beberapa komunitas dalam pemberian layanan perawatan (*nursing*) bagi kesehatan jiwa dalam tataran masyarakat. Dalam bab terakhir bagian kedua ini, psikolog klinis Nurul F. Praherso, Mclin. Psych. mendiskusikan penelitiannya tentang kemampuan petugas kesehatan umum dan petugas kesehatan jiwa dalam mengenali gangguan jiwa.

Bagian terakhir buku ini mendiskusikan tentang tantangan-tantangan khusus dalam sistem perawatan kesehatan jiwa di Indonesia. Pada bab pertama, Dr. Sandeep Nanwani, M.D., M.M.Sc. mendiskusikan tentang permasalahan yang kerap muncul pada mereka yang termarginalisasi, terutama para gelandangan. Saat ditemukan mengemis di jalanan, mereka akan ditempatkan pada panti-panti khusus dari dinas sosial setempat yang tidak menyediakan segala bentuk perawatan medis dan menyebabkan memburuknya kondisi mereka dengan gangguan jiwa berat. Bab

kedua ditulis oleh Santi Kusumaningrum dan Rama Adi Putra, keduanya terkait dengan Pusat Kajian dan Advokasi Perlindungan dan Kualitas Hidup Anak (PUSKAPA), yang menganalisis tantangan yang dihadapi anak-anak dan remaja gelandangan. Karena tidak memiliki KTP, mereka tidak dapat memiliki keanggotaan BPJS dan akses untuk perawatan kesehatan jiwa. Sayangnya, para gelandangan—baik anak-anak maupun orang dewasa—adalah orang-orang yang paling memerlukan bantuan dan perawatan kesehatan. Mereka kerap terperangkap dalam kerumitan akses layanan kesehatan jiwa, seperti berada dalam sarang laba-laba. Dalam bab ketiga, Dr. dr. Irmansyah Sp.K.J.(K) mengevaluasi program Indonesia Bebas Pasung. Psikolog Josephine Rosa Marieta dan Wahyu Cahyono memaparkan perkembangan program-program kesehatan jiwa pascabencana alam. Bab kelima dipersembahkan bagi kebutuhan khusus dalam kesehatan jiwa bagi mereka yang selamat dari peristiwa pembantaian 1965 dan keturunannya. Bagian ini ditulis oleh psikolog Ninik Supartini, M.Si. dan psikiater Dr. Mahar Agusno, Sp.K.J. Bab keenam ditulis oleh Dr. Nalini Muhti, Sp.K.J., berkaitan dengan kekerasan domestik dan kekerasan terhadap perempuan serta beragam konsekuensinya. Bab terakhir ditulis oleh Dr. Santi Yuliani Widyaparta, Sp.K.J., dan mendiskusikan tentang teknologi perawatan baru dalam layanan kesehatan jiwa.

Secara umum, seluruh bab pada kedua jilid buku ini menunjukkan telah terdapat begitu banyak kegiatan yang dilakukan oleh psikiater, psikolog, perawat jiwa, pekerja sosial, penggiat advokasi pasien, dan banyak pihak di Indonesia yang terlibat dalam atau memiliki minat untuk memperbaiki perawatan kesehatan jiwa di Indonesia. Sudah ada visi yang jelas bagi masa depan kesehatan jiwa di Indonesia dan contoh-contoh dari beberapa praktik sukses yang kelak dapat diimplementasikan secara lebih luas lagi. Setiap orang yang kami ajak bicara memiliki bayangannya sendiri tentang layanan kesehatan jiwa di Indonesia di masa mendatang, tetapi semuanya mengarah pada sebuah masa depan di mana layanan kesehatan jiwa bisa diakses oleh setiap orang yang memerlukan, serta layanan kesehatan jiwa yang memadai sehingga mereka mampu menjalani hidup yang bahagia dan bermanfaat. ❖

Drug Treatment dan Rehabilitasi di Indonesia

Riza Sarasvita

Semesta yang Menggiring Saya...

Ketika saya kuliah, pilihan bekerja di bidang adiksi napza tidak pernah terlintas sekalipun. Pun ketika saya sudah masuk pada Program Profesi Fakultas Psikologi. Program ini dikenal dengan nama "*stage*" atau "*co-assistant*" kalau di Fakultas Kedokteran. Pemahaman tentang masalah adiksi napza tidak diberikan secara mendalam di sini. Pengalaman yang berhubungan dengan isu ini adalah ketika mendapat tugas mengambil kasus di Wisma Pamardi Siwi, Jakarta, sebagai bagian dari kewajiban *stage* bagian klinis anak. Wisma Pamardi Siwi adalah lembaga rehabilitasi adiksi napza dan anak nakal milik Kepolisian Daerah Metro Jakarta Raya. Saya mendapat satu kasus. Remaja dengan riwayat penggunaan napza, tetapi hanya bertemu dua atau tiga kali saja, melengkapi evaluasi psikologis yang harus dibuat. Setelah itu, lupa sama sekali. Sekarang pun sulit melacak dimana salinan berkas kasus tersebut. Maklum, saat saya *stage* pada tahun 1986-1987, belum kenal penggunaan komputer apalagi laptop. Sehingga tidak bisa saya ingat seperti apa kasus yang ditangani.

Peluang bekerja di bidang adiksi muncul pada akhir tahun 1992. Ketika itu jenuh bekerja sebagai psikolog di bidang industri dan ingin mengikuti impian sejak kuliah untuk menjadi psikolog klinis yang berhubungan langsung dengan berbagai macam kasus. Ada dua lowongan di RS Fatmawati (RSF) atau RS Ketergantungan Obat (RSKO). *Hmm...terlintas terpikir bahwa RSKO terdengar lebih spesifik dan menantang, sementara RSF pasti akan menerima berbagai kasus dengan rentang yang sangat luas. Mengikuti kata hati mencari yang menantang itulah, keputusan jatuh untuk bekerja di RSKO. Apa bekal saya? Kepercayaan diri, pengalaman sedikit saat *stage*, dan kemauan kuat untuk belajar hal baru di dunia adiksi yang membuat keputusan itu semakin bulat.*

Seiring dengan berjalannya waktu, usut punya usut, ternyata salah satu dari nenek moyang saya, pada zamannya termasuk populasi orang Jawa yang mengisap candu untuk beberapa waktu. Informasi ini baru saya ketahui setelah sekian tahun bekerja di RSKO. Barangkali tanpa disadari, semesta pulalah yang menggiring saya bekerja di bidang ini. Yaitu, untuk mengetahui lebih jauh kompleksitas masalah adiksi napza, termasuk yang dulu dialami nenek moyang saya. Barangkali pula, semesta mengarahkan saya untuk memperjuangkan layanan yang memadai dan sepiantasnya bagi mereka yang mengalami masalah ketergantungan napza.... *Wallahualam....*

Adakah Layanan Terapi dan Rehabilitasi Adiksi Napza pada Zaman Kolonial?

Sumber bacaan yang menjelaskan situasi penggunaan napza pada zaman kolonial di Indonesia relatif terbatas. Yang tersedia hanya riwayat penggunaan opium, padahal opium bukan tanaman yang tumbuh di negara ini, sebagaimana yang ditulis Rush (2007) dalam bukunya *Opium to Java*. Saya yakin, penggunaan zat psikoaktif lain seperti ganja dalam berbagai bentuk ataupun perilaku minum minuman beralkohol yang disuling secara alamiah adalah praktik yang telah dijalankan dari generasi ke generasi pada beberapa wilayah di Indonesia. Penyebabnya, tanaman ganja maupun berbagai tanaman yang disuling menjadi alkohol, tersedia di bumi Indonesia.

Rush menceritakan, opium pertama dibawa ke Indonesia oleh pedagang Arab. Sehingga ketika pasukan Belanda pertama kali mendarat di Jawa, opium diketahui adalah salah satu barang—khususnya dalam bentuk candu—yang diimpor ke Jawa Tengah dan Timur oleh pedagang Cina. Pemerintah Hindia Belanda mengontrol daerah-daerah penjualan candu dengan menetapkan jenis konsumen yang boleh dan yang tidak boleh mengakses candu. Penggunaan candu oleh orang Jawa banyak dilakukan karena berbagai alasan, seperti pengobatan, kesegaran tubuh dan penghilang rasa lelah (Rush, 2007).

Lebih lanjut Rush menuliskan, bila awalnya candu adalah bagian kehidupan sosial ningrat Jawa, setelah Belanda memperluas ketersediaan warung candu di Pulau Jawa, masyarakat umumpun menjadi konsumennya. Ini membawa masalah sosial politik yang tidak dapat dianggap ringan. Pandangan negatif juga diberikan terhadap pengisap candu tersebut. Pakubuwono ke IV menuliskan puisi tentang Pelajaran atas Perilaku yang Benar (*Wulang Reh*) dimana di dalamnya dijelaskan mengenai buruknya perilaku menggunakan candu (Rush, 2007). Salah satu dampak buruknya adalah kekalahan prajurit Pangeran Diponegoro pada peperangan tahun 1825-1830, karena anggota pasukan yang kecanduan opium mengalami gejala putus zat akibat pemerintah kolonial menghambat suplai candu bagi mereka, sehingga tidak mampu bertempur secara optimal (Tyas Suci, dkk, 2015).

Dari penjualan opium ini, pemerintah kolonial Belanda memperoleh 15% total pendapatan, melebihi pendapatan dari ekspor perkebunan Kina pada awal-awal abad 20 (Narti, 1999). Namun demikian fakta juga menunjukkan, candu menjadi bahan perdagangan penting untuk membeli senjata dan amunisi selama perang kemerdekaan di Indonesia (Ibrahim, 2013). Hal ini mengingat sumber-sumber ekonomi dalam sektor pertanian dan perkebunan saat itu mengalami kekacauan, hancur lebur akibat pendudukan militer Jepang (Ibrahim, 2013).

Buruknya sanitasi, banyaknya epidemi penyakit menular seperti pes, kolera, cacar, membuat usia harapan hidup manusia Jawa

sangat terbatas. Para pengisap candu juga menghadapi kematian karena berbagai kondisi. Tidak ada layanan kesehatan khusus yang menyorot pada perilaku kecanduannya. Nenek moyangku itu dulu juga kematiannya dilaporkan karena penyakit paru-paru (*bronchopneumonia*). Tampaknya, perilaku mengisap candu beliau tidak menjadi perhatian bagi petugas kesehatan saat itu. Padahal, mungkin saja kondisi paru-parunya diperburuk oleh perilaku mengisap candunya. Maklum, dokter amat langka saat itu, sebagaimana minimnya layanan kesehatan yang tersedia (Marihandono, dkk, 2015).

Perempuan Pecandu, Pasien Pertama Layanan Terapi Rehabilitasi Adiksi

Perempuan pecandu, secara spesifik sering kali mengalami stigma, diskriminasi, dan eksklusi sosial yang lebih berat daripada laki-laki pecandu. Adanya dominasi laki-laki terhadap perempuan secara umum di banyak negara di dunia Sering kali membuat perempuan pecandu disalahgunakan, menjadi korban kekerasan dan pemaksaan (The Global Coalition on Women and AIDS, 2011). Kondisi ini sedikit banyak juga memengaruhi aksesibilitas mereka dalam terapi dan rehabilitasi.

Proporsi perempuan dalam layanan terapi rehabilitasi napza di Indonesia dari waktu ke waktu selalu minoritas. Mereka berada dalam rentang sekitar 8-13% dari total penerima layanan (BNN, 2016^a). Survei rumah tangga tahun 2015 yang dilaksanakan pada 20 provinsi di Indonesia menunjukkan, perempuan pada umumnya cenderung menggunakan napza dalam kategori teratur pakai (BNN, 2016^b). Artinya, secara umum sekalipun perempuan menggunakan napza, pola penggunaannya sebagian besar tidak termasuk pada kategori kecanduan. Lebih lanjut survei yang sama menunjukkan, 16% perempuan yang ditemui di tempat hiburan, menggunakan napza (BNN, 2016^b). Studi kualitatif di delapan kota di Indonesia, seperti Medan, Malang, Jakarta, Bandung, Yogyakarta, menunjukkan banyak perempuan melakukan kerja seks untuk menyediakan nafkah bagi keluarga mereka dan untuk memenuhi kebutuhan napza

bagi mereka sendiri atau untuk pasangan mereka (Habsari dkk, 2007).

Sebuah studi khusus menyoal pada perempuan dengan penggunaan napza suntik (penasun) yang berhasil menjangkau lebih dari 700 perempuan di Jawa Barat, Banten dan Jakarta, menunjukkan 16% dari partisipan mengikuti program terapi rumatan dan 26% di antaranya pernah mengikuti program terapi rehabilitasi (Stoicescu et al, 2016).

Semua data ini menunjukkan pada kita bahwa perempuan pengguna napza memang termasuk dalam kategori minoritas, namun jumlah mereka yang mengakses layanan lebih kecil lagi.

Beberapa alasan di balik kondisi ini di antaranya: perilaku penggunaan napza pada perempuan cenderung teratur (BNN, 2016^b), namun belum masuk fase ketergantungan yang mungkin membutuhkan terapi dan rehabilitasi. Lalu, Habsari dkk (2007) juga mencatat, perempuan pecandu sering kali merahasiakan statusnya sebagai pecandu dari pasangan, posisi tawar mereka juga rendah, dan sering kali memperoleh stigma yang lebih negatif dibandingkan pria pecandu. Semua hal tersebut mempersulit mereka untuk secara "terbuka" mencari pertolongan. Sekalipun demikian, tahukah kita bahwa perempuan pecandu di Indonesia justru menjadi penerima layanan terapi napza pertama di institusi pemerintah?

Pada 3 Juli 1972, berdiri Lembaga Ketergantungan Obat (LKO). Lembaga ini kemudian mengubah namanya menjadi Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 138/Menkes/SK/IV/1978 tanggal 28 April 1978. Rumah sakit yang awalnya menumpang pada sebidang lahan di RS Fatmawati Jakarta Selatan pada kurun waktu 1972-2007, kemudian berdiri pada lahan milik Pemerintah Daerah di daerah Jl. Lapangan Tembak, Cibubur, Jakarta Timur sejak 2004. Pada tanggal tersebut, LKO (atau RSKO) menerima untuk pertama kalinya pasien perempuan dengan ketergantungan morfin. Layanan yang diberikan lebih pada detoksifikasi, sehingga bersifat jangka pendek.

Seiring dengan berjalannya waktu, layanan berkembang semakin luas. Sejak 2004, RSKO memiliki layanan yang relatif komprehensif,

yaitu rawat jalan, rawat jalan dengan basis rumatan metadon dan buprenorfin—khusus untuk mereka dengan ketergantungan heroin—*high care unit*—terutama setelah meningkatnya pasien pengguna heroin dengan jarum suntik penderita HIV dengan infeksi oportunistik, unit gawat darurat yang siap menerima kegawatdaruratan fisik maupun psikiatrik, rawat inap jangka panjang melalui program *therapeutic community*, modifikasi sesuai kebutuhan (*co-occurring disorders*) hingga program pascarehabilitasi.

Pada 17 Januari 2003, mulai beroperasi layanan rumatan metadon di RSKO dan pasien pertamanya juga perempuan pecandu heroin dengan kehamilan usia 4 bulan. Pengaruh perempuan belum berhenti pada sejarah penerima perawatan pertama, perempuan juga berpengaruh dalam “pergerakan” pemberdayaan pecandu secara umum.

Ceritanya begini. Program *aftercare* di RSKO digagas sejak tahun 1999, dengan kegiatan utamanya berupa pertemuan rutin kelompok dukungan sebaya (KDS). Para pasien yang tergabung pada KDS ini bersama-sama dengan kami selaku fasilitator mendambakan adanya organisasi dari pecandu untuk pecandu. Maksudnya agar dapat mengoptimalisasikan potensi diri dalam berbagai bidang. Ide sudah digagas sejak 1999, beberapa karya juga telah dibuat, termasuk menciptakan psikodrama-musikal edukasi yang tampil pada beberapa mall di Jakarta dan menjadi motivator pasien-pasien baru untuk mau mengikuti program rehabilitasi rawat inap.

Akhirnya, pada tahun 2001, dapat dibentuk suatu organisasi informal dengan nama “Stigma”, dimana kami dapat menentukan tujuan organisasi, keanggotaan dan kegiatan rutin yang dijalani. Sekitar 30-an klien yang telah selesai menjalani program rehabilitasi rawat inap ikut serta dalam proses pembentukan organisasi ini. Namun, tentu saja hanya sedikit yang sungguh-sungguh tekun dan rajin ikut serta dalam proses tersebut. Terus terang dari yang sedikit itu, justru ada satu pasien perempuan yang paling antusias, rajin hadir dalam setiap pertemuan KDS, dengan segenap perjuangannya yang luar biasa, mengingat yang bersangkutan tidak memiliki sistem

pendukung (*support system*) yang baik. Ia yang paling tekun “belajar” dari saya.

Kira-kira pada sekitar tahun 2005, perempuan pejuang ini, R. Sekar Wulan Sari berhasil membawa organisasi informal tadi menjadi organisasi formal berbadan hukum yang berdiri sendiri, dengan nama “Stigma” pula (Moeliono, 2012). Ini terlepas dari RSKO, dan dikenal tidak saja secara nasional, namun juga di lingkup global. Ia pula yang kemudian menjadi salah satu aktivis berpengaruh dalam memperjuangkan hak-hak layanan kesehatan yang non-diskriminatif kepada pecandu secara umum dan perempuan pecandu, secara khusus. Kalau boleh saya katakan, perempuan pecandu memang warga minoritas dalam layanan terapi rehabilitasi, tetapi mereka membawa warna tersendiri dan berpengaruh dalam program yang ada dan secara khusus. Tidak hanya itu, pasien-pasien perempuan ini juga sangat memengaruhi kompetensi dan karier klinis saya.

Layanan Terapi dan Rehabilitasi Napza pada Orde Baru

Beberapa tahun sebelum RSKO didirikan guna merawat pasien dengan masalah ketergantungan morfin, sebuah rumah sakit jiwa swasta, Sanatorium Dharmawangsa di Jakarta Selatan, menerima untuk pertama kalinya pasien ketergantungan morfin pada tahun 1969. Barangkali ini adalah catatan resmi pertama dilakukannya perawatan terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza di Indonesia. Di luar layanan kesehatan bagi pecandu, beberapa lembaga lain, baik milik pemerintah ataupun swasta atau masyarakat, tercatat juga menangani pecandu pada zaman orde baru dalam kurun waktu 1968–1998.

Balai Kasih Sayang Pamardi Siwi atau Wisma Pamardi Siwi (WPS), sebagaimana yang pernah disinggung sebelumnya, adalah juga proyek Bakolak Inpres 6 tahun 1971, sebagaimana RSKO. Diresmikan pada 31 Oktober 1974 oleh ibu negara, Tien Soeharto. WPS awalnya institusi tahanan perempuan dan anak-anak nakal sebelum diperkarakan atau diajukan ke pengadilan. Melalui SKEP Kapolri Nomor Pol SKEP/108/VII/1985 tentang perubahan struktur

organisasi Dinas Pamardisiwi (rumah perawatan [korban] narkotika atau rumwatik Pamardisiwi) dikukuhkan sebagai tempat rehabilitasi sosial bagi anak nakal dan korban narkoba. Tahun 1997, dikembangkan Klinik Nazatra Disdokes Polda Metro Jaya, sebagai pendukung pelayanan dalam bidang rehabilitasi dalam rangka bertransformasi menjadi lembaga rehabilitasi dengan pendekatan *therapeutic community*. Beberapa klien yang sudah relatif stabil kemudian diangkat menjadi konselor di WPS dan dikirim untuk menjalani pelatihan, baik di Indonesia maupun luar negeri. WPS kemudian dialihkan dari Polda Metro Jaya kepada Badan Narkotika Nasional (BNN), dengan pendirian Balai Besar Rehabilitasi di Lido, Sukabumi, pada tahun 2008.

Kementerian Sosial Republik Indonesia juga mendirikan beberapa panti rehabilitasi sosial beberapa kota besar di Indonesia pada kurun waktu awal 1970 hingga 1980-an. Panti ini kemudian disebut sebagai Panti Rehabilitasi Sosial Pamardi Putra atau PRSPP. Beberapa di antaranya yaitu PRSPP Galih Pakuan (berdiri tahun 1982 dan beroperasi tahun 1983), PRSPP Khusnul Khotimah (berdiri tahun 1973), PRSPP Yogyakarta, PRSPP Lembang, PRSPP Medan, PRSPP Surabaya. Pendekatan yang digunakan adalah intervensi pekerjaan sosial dengan dominasi para pekerja sosial profesional dan tenaga kesejahteraan sosial. Selain itu juga diwarnai dengan pelatihan vokasional, seperti perbengkelan dan menjahit. Panti-panti inipun tanpa mengurangi layanan vokasionalnya, kemudian mengubah pendekatannya ke arah *therapeutic community* sejak tahun 1998, dimulai dari PRSPP Galih Pakuan, Bogor.

Therapeutic community yaitu suatu pendekatan dimana program diberikan secara sangat terstruktur, setiap orang pada lembaga tersebut harus menerapkan pola perilaku yang standar dan terukur (tidak terkecuali staf/petugas, sehingga diharapkan terjadi proses modeling), dan program dijalankan terutama oleh staf dengan latar belakang riwayat penggunaan zat.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia selain memiliki RSKO, pada tahun 1970-an juga memerintahkan setiap RS Jiwa yang ada (saat itu berjumlah 20) mengalokasikan 10% kapasitas tempat

tidurnya guna perawatan bagi mereka dengan gangguan penggunaan napza. Sayangnya, hingga hari ini tidak dapat ditelusuri dokumen resmi Kemenkes yang mengamankan hal tersebut. Namun atas usulan beberapa pihak, termasuk pihak BNN dan beberapa psikiater, amanah kewajiban alokasi 10% tempat tidur untuk perawatan napza tersebut dilegalkan melalui dokumen hukum yang lebih tinggi lagi, yaitu Undang-Undang Kesehatan Jiwa Nomor 18 Tahun 2014, Pasal 54.

Di luar peran pemerintah, sejarah juga mencatat peran serta masyarakat dalam perawatan adiksi napza sejak zaman orde baru, yaitu melalui Pesantren Inabah Suryalaya dengan tokoh utamanya adalah Abah Anom. Pesantren ini awalnya adalah lembaga pendidikan berbasis Islam, kemudian menjadi tempat yang dipercaya oleh banyak pihak untuk menitipkan anak atau anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan penggunaan napza, terutama pada seputaran awal tahun 1970-an. Pendekatan yang digunakan adalah sarekat na'sabandiyah, dimana santri (baca: klien) mempelajari Al Qur'an, melaksanakan dzikir, mandi malam dan tahajud (<http://www.suryalaya.org>).

Heroin yang Mengubah Wajah Perawatan dan Kebijakan Napza di Tahun 2000

Di masa Orde Baru, informasi berbasis fakta dan data terkait napza, amatlah sulit diperoleh. Dapat dikatakan tidak pernah dilakukan riset epidemiologi untuk memotret besaran masalah gangguan penggunaan napza di Indonesia saat itu. Penelitian umumnya dilakukan dalam skala kecil oleh para praktisi dan lebih bersifat klinis daripada orientasi kesehatan masyarakat. Pemerintah saat itu selalu mengumumkan, prevalensi penggunaan napza tidak pernah lebih besar dari 0,05% dari total penduduk Indonesia usia produktif (Bakolak Inpres 6/71).

Bila morfin menjadi zat utama yang dilaporkan disalahgunakan oleh pasien yang dirawat di RSKO pada kurun waktu 1970–1980, maka potret ini berubah menjadi kombinasi penggunaan *benzodiazepin*—ganja—akohol pada kurun waktu 1980–1990.

Masuknya ekstasi (*methyl-dyoxide methamphetamine/MDMA*) pada awal 1990 menjadi indikator kehadiran kembali zat jenis opiat (dalam hal ini heroin) di Indonesia. Secara kebetulan, puncak masalah penggunaan heroin bersamaan dengan jatuhnya pemerintahan orde baru pada tahun 1998.

Kebutuhan perawatan (khususnya rawat inap) terkait dengan penatalaksanaan gejala putus zat heroin melonjak secara drastis. RSKO mencatat permintaan perawatan hingga 200% dari total kapasitas tempat tidur yang dimiliki pada tahun 1999. Melalui perjuangan manajemen RSKO saat itu, pada akhirnya pemerintah (Kementerian Kesehatan) membangun gedung RSKO pada sebuah lahan cukup luas milik Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta, di daerah Cibubur, Jakarta Timur dengan kapasitas tempat tidur 100, dari awalnya hanya 20 tempat tidur saat di lahan RS Fatmawati.

Para pecandu heroin juga mendominasi perawatan pada berbagai lembaga rehabilitasi, baik pendekatan tradisional, spiritual, ataupun dengan pendekatan *boot camp*. Layanan psikososial tak terstruktur maupun pengobatan medis (psikofarmakoterapi) yang bersifat simptomatik, dirasakan tidak dapat menjawab kebutuhan perawatan pecandu heroin. Saat itu, banyak pecandu heroin dari kalangan sosial ekonomi menengah atas mencari perawatan yang diberikan pihak swasta di negara Malaysia dan Singapura. Pendekatan mereka umumnya adalah *therapeutic community* (TC),

Pengalaman keluarga dan klien menjalani program TC mengilhami mereka untuk mendirikan lembaga-lembaga rehabilitasi swasta berbasis TC di Indonesia—khususnya di pulau Jawa—dan jumlahnya sempat mencapai lebih dari 50 lembaga pada seputaran tahun 2000, terutama berlokasi di pulau Jawa. Jumlah ini kemudian menurun seiring dengan perubahan zat utama yang disalahgunakan, dari heroin menjadi *metamphetamine* (sabu-sabu). Pendekatan TC juga menjadi sangat populer diterapkan pada lembaga (panti) rehabilitasi milik pemerintah, tidak terkecuali milik Kemenkes, Kemensos, dan Kepolisian (WPS) (Sarasvita, dkk, 2012).

Tidak hanya pada pendekatan rehabilitasi yang mengalami perubahan, epidemi heroin dalam kurun waktu 1990–2010

memunculkan masalah baru, yaitu penularan HIV yang sangat cepat di antara pengguna heroin dengan jarum suntik. Kajian epidemiologi klinis di RSKO dilakukan secara berulang dan tampak peningkatan sangat bermakna dari tahun-tahun atas *serosurvey*, dimana prevalensi HIV positif di kalangan penasun di RSKO tahun 1999 adalah 14,8%, menjadi 41% di tahun 2000 dan 48% di tahun 2001. Pihak-pihak terkait yang dimulai dari unsur masyarakat dan kemudian pemerintah, tersentak luar biasa. Berbagai pertemuan, diskusi ilmiah dan serangkaian penelitian dilakukan. Pencegahan dan penanggulangan masalah HIV—termasuk pada pengguna napza suntik (penasun) menjadi salah satu program prioritas sektor kesehatan, mengingat pada kurun waktu 2000 hingga 2010 kasus baru HIV terutama disumbangkan oleh populasi penasun, melebihi dari populasi lainnya (heteroseksual, homoseksual, dan lainnya) (<http://spiritia.or.id>).

Salah satu upaya pencegahan penularan HIV dalam konteks layanan terapi rehabilitasi adiksi napza adalah inisiatif mengadakan layanan terapi rumatan metadon bagi mereka dengan ketergantungan heroin pada awal tahun 2003 di RSKO dan RS Umum Pusat Sanglah, Bali. Program ini mendapat tanggapan yang tidak sedikit, tidak saja oleh masyarakat umum, melainkan juga oleh profesional adiksi dan oleh klien itu sendiri, khususnya yang menganut prinsip abstinensia dalam proses pemulihannya. Sebuah kajian uji coba untuk mengevaluasi proses dan luaran (*outcome*) program terapi rumatan metadon (PTRM) diselenggarakan dalam bentuk prospective cohort study pada tahun 2003–2005, dimana pasien diikuti selama enam bulan dan dilihat perubahannya pada beberapa indikator. Hasil dari uji coba ini menunjukkan bahwa 89% mengalami penurunan dalam penggunaan heroin, 91% penurunan dalam perilaku menyuntik, 68% penurunan derajat ketergantungan, 72% penurunan dalam keluhan fisik dan 28% penurunan gejala-gejala depresi, perbaikan pada masalah fisik 47%, sosial 19% dan lebih dari 100% perbaikan pada kualitas psikologis (Utami, dkk, 2008). Hasil uji coba ini menjadi dasar pemangku kepentingan untuk diperluas layanannya sejak 2007 dan saat ini telah mencapai 90 unit

layanan, baik berbasis pusat kesehatan masyarakat, maupun rumah sakit. Seluruhnya masih berada dalam institusi milik pemerintah.

Selain PTRM, sejak 2002 juga telah tersedia terapi rumatan buprenorfin, juga untuk pecandu heroin, yang dijalankan oleh praktik dokter swasta. Keleluasaan pemberian buprenorfin oleh beberapa pihak dan belum diaturnya penyelenggaraan layanan ini oleh pemerintah membuat maraknya diversifikasi penggunaan yang seharusnya sublingual menjadi suntik. Penelitian tahunan yang dilaksanakan oleh sebuah proyek pencegahan HIV/AIDS di Surabaya menunjukkan bahwa 30%-56% pengguna buprenorfin menggunakan cara suntik (KPA Provinsi Jawa Timur, 2012). Upaya untuk meregulasi terapi rumatan buprenorfin telah dilaksanakan oleh Direktorat Bina Kesehatan Jiwa sejak tahun 2011 dengan menyusun pedoman penyelenggaraan terapi rumatan buprenorfin. Namun karena berbagai pandangan pro dan kontra yang mewarnai substansi pedoman tersebut, baru pada tahun 2016 diterbitkan Permenkes No 47 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Terapi Buprenorfina. Selain itu kehadiran Permenkes No 55 Tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna Napza Suntik, membuat buprenorfin tidak lagi diresepkan oleh dokter perseorangan, namun melalui layanan di rumah sakit, yaitu RS Duren Sawit dan RSKO. Dari sisi distribusi dilaporkan lebih tertib, namun dari jumlah orang yang menjangkau layanan terjadi penurunan drastis. Namun demikian dokumentasi kualitatif kegiatan penjangkauan menunjukkan perilaku menyuntik tetap mendominasi penggunaan buprenorfin. Dosis juga tetap suboptimal sehingga tidak sedikit yang memiliki pola "*poly-drug use*", umumnya dengan zat jenis depresan, seperti benzodiazepin dan kadangkala heroin (Indonesia HPTN 074, 2016). Regulasi suatu program Sering kali hadir jauh lebih lambat dibandingkan masalah yang muncul sehingga ketika regulasi akhirnya muncul, persoalan sudah terlanjur mendalam dan relatif sulit untuk dibenahi.

Perkembangan Penyalahgunaan Napza di Indonesia

BNN selaku *focal point* Indonesia dalam Pencegahan, Pemberantasan Penyalahgunaan, dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) adalah

instansi yang menyelenggarakan survei epidemiologi nasional tentang besaran masalah penyalahgunaan narkoba secara reguler sejak 2003. Hasil Survei Nasional terakhir menunjukkan bahwa bila sepuluh tahun lalu di antara 100 pelajar/mahasiswa, 8 orang pernah memakai dalam seumur hidupnya dan 5 orang memakai dalam setahun terakhir, maka pada 2016 di antara 100 pelajar/mahasiswa, hanya 4 orang yang pernah menggunakan dalam seumur hidupnya dan 2 orang yang menggunakan dalam setahun terakhir (BNN, 2016^c). Artinya, terdapat kecenderungan penurunan penyalahgunaan narkoba di antara pelajar dan mahasiswa. Kecenderungan angka penyalahgunaan narkoba di DKI Jakarta paling tinggi di antara kota-kota lainnya (BNN, 2016^c). Pola penggunaan napza adalah lebih dari 50% menggunakan lebih dari satu jenis zat (*poly-drug use*). Sementara pilihan napza yang utama bagi pelajar dan mahasiswa dalam lima tahun belakangan ini adalah ganja (45%), inhalansia, terutama aica-aibon (17%) dan sabu-sabu (*metamphetamine*) (14%).

Lebih lanjut, survei yang sama juga menunjukkan terdapat penurunan proporsi pecandu dengan penggunaan napza suntik, dari 0,7% di tahun 2006 menjadi 0,1% di tahun 2016. Hal ini tampaknya berpengaruh besar terhadap karakteristik klien yang masuk dalam berbagai tempat terapi dan rehabilitasi di Indonesia, yaitu lebih didominasi oleh jenis zat *metamphetamine* dan MDMA (BNN, 2016^a). Sementara itu terdapat penurunan drastis pasien yang mengakses program terapi rumatan metadon—sebagai farmakoterapi bagi pecandu heroin yang umumnya disuntikkan—dimana jumlah total pasien saat ini berada pada kisaran 2.200 orang pada 2 tahun terakhir, dari sebelumnya bertahan pada kisaran 2.500 orang (Direktorat P2M Keswa & Napza, 2016). Unit Layanan Napza pada RS Jiwa Marzuki Mahdi dalam setahun terakhir juga melaporkan bahwa klien dengan penyalahgunaan *new psychoactive substances* (NPS)—umumnya *cannabinoid synthetic*—mulai datang mencari perawatan dengan keluhan utama halusinasi, gelisah, cemas, dan gangguan pengendalian emosi (dr. Kartika, A.S., *personal communication*, January 31, 2017).

Terus terang, setiap perubahan jenis napza, terlebih jenis baru (NPS) selalu membuat petugas layanan rehabilitasi terganggu dalam memberikan layanan sehingga menuntut kita untuk terus menerus belajar. Pengalaman saya menunjukkan bahwa saat zat utama yang disalahgunakan adalah kombinasi *benzodiazepine*—ganja—alkohol, pasien cenderung gaduh gelisah, keinginan untuk kabur yang cukup tinggi, sehingga tatanan ruang juga dibuat dengan standar keamanan yang cukup tinggi untuk meminimalisasi pasien kabur dan mencelakai dirinya sendiri. Ketika heroin menjadi primadona, suasana perawatan relatif tenang, karena sepanjang pasien menerima farmakoterapi yang tepat untuk mengatasi gejala putus zatnya, mereka cenderung patuh. Penggunaan heroin juga mendorong pecandu mencari pertolongan oleh dirinya sendiri (sukarela), tanpa intervensi keluarga. Lalu *amphetamine-typed stimulants* (ATS) seperti shabu (*metamphetamine*) dan ekstasi (MDMA) memberikan nuansa perawatan yang lebih "hidup" karena tidak jarang pasien menolak menjalani perawatan, merasa penggunaan zat selalu berada di bawah kontrol mereka, sekalipun banyak di antaranya mengalami gangguan pikiran dan perilaku. Klien dengan penggunaan *benzodiazepine*, alkohol, ganja, dan ATS umumnya menjalani terapi rehabilitasi karena dorongan atau paksaan keluarga.

Perubahan Undang-Undang Terkait Napza: Kekuatan dan Kelemahan

Setelah menjadi primadona hingga hampir 20 tahun, secara perlahan heroin digantikan oleh *metamphetamine* atau sabu-sabu sebagai zat utama yang disalahgunakan di Indonesia sejak akhir tahun 2000-an. Selain itu pada era reformasi, terjadi banyak perubahan struktur kementerian/lembaga negara. Badan Koordinasi Pelaksana Instruksi Presiden (Bakolak Inpres) Nomor 6 Tahun 1971 yang dibentuk untuk mengurus masalah narkoba, kenakalan remaja, dan tindak pidana pencucian uang dibubarkan karena dianggap belum mampu menjangkau seluruh masalah penyalahgunaan narkotika (Iskandar 2014). Khusus untuk masalah narkoba, dibentuk lembaga baru dengan nama Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) pada

tahun 2002. Salah satu alasan adalah karena adanya peningkatan jumlah pengguna narkoba secara signifikan. Hal ini mungkin juga dipengaruhi oleh atmosfer demokrasi yang kuat sejak Peristiwa 1998 sehingga keterbukaan mempengaruhi informasi yang lebih luas dan mendalam.

Segenap perubahan diatas mempengaruhi pula kebijakan tentang napza. Pemerintah kemudian berinisiatif untuk merubah UU No 22 Tahun 1997 tentang Narkotika, dengan mengeluarkan UU No 35 Tahun 1997 tentang Narkotika. Perubahan itu meliputi masuknya sebagian besar zat-zat dalam Undang-Undang No 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika ke dalam UU No 35 Tahun 2009, kemudian diaturnya lembaga bernama Badan Narkotika Nasional menggantikan BKNN, yang dalam UU baru tersebut BNN menjadi lembaga negara setingkat menteri.

Beberapa kekuatan tentang UU No 35 Tahun 2009 di antaranya adalah sebagian pasalnya mengatur kewajiban pecandu narkotika untuk melaporkan diri pada pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Kewajiban ini juga menjadi tanggung jawab orang tua dan keluarga, terutama atas diri pecandu yang berada di bawah umur. Kewajiban ini dapat dipandang sebagai sebuah orientasi kebijakan terhadap kesejahteraan pecandu, mengingat tujuan utama melaporkan diri adalah untuk memperoleh pengobatan dan perawatan, atau rehabilitasi (Peraturan Pemerintah, 2011).

Pengalaman sebagai penanggung jawab program penanggulangan penyalahgunaan napza pada kementerian kesehatan selama enam tahun menunjukkan bahwa adanya UU dan PP terkait narkotika ini sungguh membawa perubahan yang signifikan dalam penyediaan layanan kesehatan bagi pecandu. Karena rehabilitasi sifatnya menjadi wajib, maka pemerintah pun wajib menyediakan layanan yang dibutuhkan. Sekitar lebih dari 1.500 tenaga kesehatan yang telah bekerja pada layanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah daerah pada 34 provinsi di Indonesia memperoleh pelatihan di bidang adiksi. Kementerian kesehatan mengambil kebijakan untuk menyediakan layanan secara inklusi,

tidak secara khusus membangun layanan khusus napza seperti RSKO, mengingat keterbatasan sumber daya yang ada. Hingga 2016 telah ditetapkan sebanyak lebih dari 500 layanan kesehatan menjadi Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) oleh Kementerian Kesehatan dan lebih dari 180 lembaga rehabilitasi sosial ditetapkan IPWL oleh Kementerian Sosial. Sayangnya, sebagaimana yang sudah dapat diduga, kewajiban ini tidak serta-merta dijalankan oleh pecandu. Petugas kesehatanpun sebagian masih menunjukkan sikap resistensi dalam pelayanan terhadap pecandu. Kemenkes mencatat hanya sekitar 30% saja IPWL pada sektor kesehatan yang secara aktif memberikan pelayanan.

Sementara itu beberapa pasal lain pada UU No 35 Tahun 2009 masih memberikan ancaman pidana paling lama empat tahun bagi pecandu, yang memberikan kesan ambiguitas pesan yang disampaikan UU tersebut terhadap pecandu. Tingginya angka pemenjaraan terhadap pecandu/penyalahguna setelah UU tersebut diberlakukan masih terjadi hampir di semua wilayah di Indonesia. Hal ini terjadi karena interpretasi yang terbatas oleh penegak hukum atas UU No 35 Tahun 2009 dan ketentuan hukum lainnya yang menjadi dasar UU Narkotika tersebut, di antaranya adalah UU No 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal tentang Narkotika tahun 1961 dan protokol yang mengubahnya (Iskandar, 2014).

Upaya untuk menyeimbangkan pendekatan kesehatan (kesejahteraan) dengan penegakan hukum dilakukan oleh lembaga-lembaga terkait, yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, BNN Mahkamah Agung, Kementerian Hukum dan HAM, Kejaksaan Agung dan Kepolisian (Mahkumjakpol Kemenkes Kemensos BNN) yang diinisiasi terutama oleh BNN dan disepakati dalam Peraturan Bersama (Perber) antar-ketujuh lembaga tersebut, ditandatangani oleh masing-masing Kepala/Menteri di depan Wakil Presiden RI saat itu, pada tanggal 11 Maret 2014. Salah satu strategi utama perber yang dihasilkan adalah dibentuknya suatu sistem asesmen bagi pecandu/korban yang tertangkap oleh penegak hukum. Sistem ini melibatkan tenaga kesehatan (disebut sebagai tim Medis) dan penegak hukum (disebut sebagai tim Hukum), yang disebut sebagai

Tim Asesmen Terpadu (TAT). Masing-masing tim melakukan asesmen kepada tersangka lalu melakukan konferensi kasus dan membuat kesimpulan rekomendasi sejauh mana tersangka dapat diberikan penanganan rehabilitasi. Rekomendasi ini merupakan salah satu dokumen yang akan dipertimbangkan Hakim pada saat persidangan (Perka BNN, 2014).

Pelaksanaan diversifikasi pecandu/korban dalam kasus hukum terhadap program rehabilitasi tidak berjalan dengan mulus, terutama karena interpretasi petugas di lapangan sangat beragam, salah satunya mencakup jumlah barang bukti yang dapat dimiliki pecandu. Berkaitan dengan hal ini, sesungguhnya sejak 2009 Mahkamah Agung telah mengatur jumlah zat satu hari (gramatur) atas narkoba yang digunakan atau dijadikan sebagai barang bukti untuk membedakan pengguna dan pengedar dalam bentuk Surat Edaran Mahkamah Agung (SEMA), dimana hal ini merupakan suatu terobosan maju dalam sistem peradilan pidana (Fransiska, 2015). SEMA tersebut telah mengalami beberapa perubahan dan yang terakhir adalah SEMA No 3 Tahun 2011. Namun adanya aturan ini tidak membuat proses pemidanaan pada pengguna menjadi reda. Salah satu alasannya adalah, gramatur satu hari dalam SEMA tersebut tidak sepenuhnya disepakati oleh penegak hukum lainnya karena berbagai alasan. Kedua, SEMA hanya bersifat "bimbingan dan himbauan" administratif bagi bagi jajaran peradilan (Fransiska, 2015), sehingga sifatnya internal dan tidak ada kewajiban untuk dilakukan.

Upaya untuk menyamakan persepsi di antara penegak hukum agar dapat memiliki pandangan yang lebih humanis terhadap pecandu merupakan jalan yang relatif berliku yang dimulai sejak awal tahun 2000-an, ketika kasus HIV mulai marak di antara populasi pengguna narkoba dengan cara suntik (penasun). Awalnya inisiatif dilakukan oleh banyak aktivis AIDS dan pecandu itu sendiri dengan dukungan lembaga donor. Upaya itu meliputi berbagai rapat koordinasi, seminar, lokakarya, hingga kunjungan ke beberapa negara yang telah memperlakukan pecandu dari perspektif humanis seperti Belanda, Portugal, Australia. Secara perlahan inisiatif

menyamakan persepsi ini kemudian juga dilakukan oleh Kemenkes di era tahun 2000-an saat penularan HIV melalui pengguna narkoba suntik sangat marak, kemudian oleh BNN, di era tahun 2010-an saat UU No 35 Tahun 2009 diterbitkan dan lapas *overcapacity* oleh tahanan narkoba. Meski demikian, hingga tulisan ini dibuat, kesamaan persepsi itu—sekalipun mengalami perbaikan dari waktu ke waktu—tetap belum mencapai kesepahaman yang optimal. Memang terdapat penurunan kasus narkoba dalam lapas dibandingkan tahun 2012, dimana saat itu kasus terkait narkoba mendominasi hampir semua lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan, yaitu sekitar 60%-70%, dimana 40-50% di antaranya adalah pengguna (Laporan Ditjen Pemasyarakatan, 2013). Kondisi ini mengalami perubahan dalam dua tahun terakhir, dimana kasus narkoba mengalami penurunan, yaitu sekitar 40% dari total warga binaan pemasyarakatan (WBP), namun proporsi pengguna tetap 50% di antaranya (Laporan Ditjen Pemasyarakatan, 2016).

Di samping kondisi di atas, UU No 35 Tahun 2009 tentang Narkotika tersebut juga mengandung kelemahan lain. Substansinya lebih berat pada penegakan hukum daripada pengaturan narkotika untuk kemaslahatan (kesejahteraan), seperti untuk kepentingan pengobatan dan penelitian. Oleh karena itu tidaklah heran ketika saya masih kerja di Kementerian Kesehatan pada tahun 2012, WHO-UNODC menyurati Kemenkes terkait dengan rendahnya penggunaan opiat (khususnya morfin medis) untuk kepentingan pengobatan paliatif di Indonesia. Sekalipun belum pernah diteliti kaitannya dengan legislasi yang berlaku, langsung atau tidak langsung perhatian UU yang lebih berat pada penegakan hukum bisa jadi mempengaruhi sikap layanan farmasi, dokter, maupun pasien—khususnya yang mengalami nyeri kronik—dalam menggunakan morfin untuk kepentingan medis. Tentu masih ada lagi berbagai potensi masalah yang terkandung pada UU Narkotika tersebut untuk itu Dewan Pertimbangan Rakyat RI pada tahun 2011 berinisiatif untuk melakukan amandemen UU tersebut dan masuk dalam daftar prioritas program legislatif nasional (prolegnas). Saat ini substansi amandemen sedang dibahas oleh pemerintah dan pemangku kepentingan terkait, dimana saat ini sedang dalam proses

menyusun daftar inventarisasi masalah (DIM). Rencana perubahan UU No 35 Tahun 2009 yang substansial di antaranya adalah upaya untuk memasukkan gramatur dalam lampiran sehingga dapat diupayakan upaya rehabilitatif bagi pengguna daripada pemenjaraan, tanpa harus melewati sistem peradilan pidana. Secara personal dan juga profesional, saya termasuk yang mendukung penuh pendekatan kesejahteraan dibandingkan pemenjaraan, mengingat pengalaman klinis menunjukkan jauh lebih banyak orang yang terkena kasus hukum terkait narkoba masuk kategori pengguna, bukan pengedar. Selain itu tidak ada bukti bahwa pengguna yang dipenjarakan menjadi lebih “jera”, karena banyak yang kemudian menjadi lebih berat dalam penggunaannya di kemudian hari.

Berbicara masalah regulasi terapi rehabilitasi napza di Indonesia, sama rumitnya dengan isu gangguan penggunaan napza itu sendiri. UU No 35 Tahun 2009 memberi amanah pada Kemenkes untuk mengatur kebijakan di bidang rehabilitasi medis (Pasal 55 dan 56). Selain itu juga untuk mengatur pengobatan dengan cara keagamaan dan tradisional (Pasal 57 dan 59 Ayat 1), sesuatu yang tidak lazim diurus oleh sektor kesehatan. Faktanya, banyak lembaga (umumnya milik masyarakat) dengan pendekatan tradisional dan keagamaan memperoleh izin layanan dari Dinas Sosial, bukan dari Dinas Kesehatan, sementara pengaturannya sesuai amanah UU diarahkan kepada sektor kesehatan. Hingga saat tulisan ini disusun, hampir delapan tahun sejak UU No 35 Tahun 2009 diterbitkan, persoalan pengobatan dengan cara keagamaan dan tradisional seperti belum tersentuh dalam peraturan yang jelas. Praktik-praktik tersebut masih berlangsung dan memperoleh kepercayaan yang tinggi dari masyarakat walaupun belum ada bukti mengenai keberhasilannya.

UU No 35 Tahun 2009 memberi amanah untuk mengatur kebijakan di bidang rehabilitasi sosial bagi “mantan pecandu” pada Pasal 58 dan 59 Ayat 2 kepada Kementerian Sosial. Penyebutan mantan pecandu disini pada praktiknya juga menimbulkan persoalan tersendiri. Apakah ini berarti lembaga rehabilitasi sosial tidak dapat memberikan layanan rehabilitasi bagi mereka yang masih aktif menggunakan zat? Padahal tidak sedikit mereka yang

masih mengalami kecanduan mencari pertolongan langsung pada lembaga rehabilitasi sosial.

Bagaimana dengan amanah UU No 35 Tahun 2009 terhadap BNN? Dalam Pasal 70 Huruf d disebutkan bahwa tugas BNN terkait rehabilitasi ditekankan pada tanggung jawab peningkatan kemampuan bagi lembaga rehabilitasi, baik milik pemerintah maupun masyarakat. Artinya, tugas utama adalah untuk mendukung peningkatan kualitas dan kuantitas lembaga rehabilitasi medis maupun sosial, baik milik pemerintah maupun masyarakat, sehingga dapat meningkatkan cakupan (aksesibilitas) dan agar dapat memenuhi standar pelayanan minimal. Namun pada kenyataannya, banyak wilayah di Indonesia tidak memiliki lembaga rehabilitasi narkoba, khususnya yang memberikan layanan rawat inap. Hal ini yang mendasari BNN untuk juga menyelenggarakan layanan rehabilitasi melalui beberapa balai/loka rehabilitasinya, sekalipun perintahnya setingkat peraturan presiden (Perpres 23/2010), bukan undang-undang.

Banyaknya pemangku kepentingan pemerintah yang berperan dalam terapi dan rehabilitasi, yaitu Kemenkes, Kemensos, dan BNN pada kenyataannya memberi tantangan yang tidak sedikit. Tantangan muncul pada tataran praktis di seluruh wilayah di Indonesia. Seluruh kebijakan sektor kesehatan maupun sosial tidak serta-merta ditaati dan dijalankan oleh pemerintah daerah karena sejak tahun 2004, Indonesia menganut sistem desentralisasi termasuk untuk urusan kesehatan dan sosial. Bahkan UU No 2 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah menjelaskan bahwa rehabilitasi sosial untuk masalah narkoba menjadi urusan pusat. Hal ini mengacaukan pengelolaan lembaga-lembaga rehabilitasi sosial di daerah. Pada umumnya, hingga tulisan ini dibuat, lembaga-lembaga tersebut berubah bentuk layanan menjadi layanan untuk lanjut usia, orang dengan gangguan jiwa, atau anak-anak. Masalah persoalan terjadi pada fasilitas layanan kesehatan (fasyankes). Sekalipun telah ditetapkan menjadi institusi penerima wajib lapor (IPWL) untuk melayani pecandu, banyak fasyankes tidak menjalankan tugasnya dengan berbagai alasan, salah satunya adalah

kompetensi yang dimiliki masih terbatas, tidak percaya diri menangani pecandu, banyak pasien umum yang harus dilayani—terutama setelah Jaminan Kesehatan Nasional diberlakukan—dan minimnya pecandu yang datang untuk berobat.

Dukungan Dana dan Program

Bekerja 16 tahun di RSKO sejak 1993 hingga awal 2009, memberi suatu pemahaman kepada saya bahwa gangguan penggunaan napza sulit memperoleh perhatian dan dukungan yang cukup dari pemangku kepentingan. Terasa betul bagaimana program sangat sulit berjalan saat itu. Perhatian donor asing, misalnya, baru terasa secara signifikan setelah masalah HIV merebak di kalangan pengguna napza suntik. Kondisi ini sesungguhnya tidak eksklusif dirasakan oleh RSKO, namun juga berlaku secara global. Badan Kesehatan Dunia pun tidak membuat program khusus bagi masalah penggunaan napza, melainkan program guna pencegahan HIV di kalangan pengguna napza. Salah satu alasan utama barangkali sangat jelas, program yang menasar pada pemulihan ketergantungan sangat sulit diukur efektivitasnya mengingat kondisi ini termasuk penyakit kronis. Sementara upaya pencegahan HIV jauh lebih mudah diukur keberhasilannya.

Sulitnya dukungan dana dan perhatian terhadap upaya pemulihan juga kami rasakan pada 1999–2002 saat kelompok dukungan sebaya di RSKO memasukkan berbagai proposal yang menasar semata-mata pada program pemulihan adiksi. Tidak ada satupun pihak yang berkenan memberi kami dana untuk kegiatan. Saat itu perasaan kami sungguh-sungguh kecewa. Kami merasakan betul “diskriminasi” dalam pendanaan program. Keadaan berbalik ketika kami merubah proposal tidak lagi pada program pemulihan adiksi, melainkan pada pengurangan dampak buruk terkait pencegahan HIV/AIDS. Sasaran tetap bagi pecandu napza dengan cara suntik, tetapi tujuan kegiatan dan program lebih pada intervensi pengurangan risiko penularan HIV.

Kondisi di awal tahun 2000-an tentang sulitnya memperoleh dukungan dana untuk pemulihan itu ternyata tidak juga berubah 10

tahun kemudian. Saat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diluncurkan tahun 2011, perawatan akibat gangguan penggunaan napza termasuk salah satu penyakit yang tidak ditanggung oleh JKN. Alasannya, termasuk kondisi yang "dibuat" sendiri. Saat masih di Kemenkes, kami telah beberapa kali melakukan advokasi internal dan eksternal, serta menyusun naskah akademik agar dapat kiranya rehabilitasi napza masuk dalam JKN. Hingga tulisan ini dibuat, biaya perawatan napza tetap belum tercakup dalam JKN. Kemenkes, Kemensos dan BNN akhirnya mengalokasikan dana pembiayaan layanan rehabilitasi secara khusus (disebut sebagai uang program).

Perhatian terhadap rehabilitasi napza dalam karier panjang saya di bidang napza boleh dibilang mencapai puncaknya pada 2015, ketika Presiden Joko Widodo menetapkan Gerakan Rehabilitasi 100.000 pecandu di Jakarta, yang diluncurkan pada 31 Januari 2015 oleh Kepala BNN saat itu, bersama-sama dengan Kemenkes, Kemensos dan Mahkumjakpol (<http://www.voaindonesia.com>). Konsekuensi perhatian ini tentu saja adalah kucuran dana yang relatif besar untuk penyelenggaraan rehabilitasi. Baru pada 2015 tersebut, setiap pecandu yang menjalani terapi dan rehabilitasi di berbagai lembaga rehabilitasi, baik milik pemerintah maupun masyarakat, baik yang datang secara sukarela maupun yang masuk terkait proses hukum, ditanggung pembiayaannya oleh pemerintah. Sudah bisa diduga, aksesibilitas layanan rehab melonjak drastis, dari kisaran di bawah 15.000 per tahunnya, menjadi lebih dari 50.000 orang (BNN, 2016^a). Hasil riset operasional untuk mengevaluasi program ini yang dilakukan oleh Deputi bidang Rehabilitasi BNN dan mitra kerjanya pada sebelas provinsi juga menunjukkan hal positif lain dari gerakan rehabilitasi ini, yaitu meningkatnya kesadaran masyarakat akan seriusnya masalah penyalahgunaan (Tyas Suci, dkk, 2017)

Di samping konsekuensi positif yang diterima, sebagaimana terjadi pada setiap kebijakan yang dibuat, gerakan rehabilitasi 100.000 pecandu ini juga membawa efek samping yang tidak diinginkan. Adanya target yang begitu besar, membuat banyak klien yang tidak membutuhkan rehabilitasi "dipaksa" dengan berbagai

cara untuk menjalani program rehabilitasi. Efek samping lainnya, lembaga rehabilitasi yang dimiliki masyarakat tumbuh bak jamur di musim penghujan tanpa mengindahkan kualitas layanan, demi memperoleh "uang klaim" biaya perawatan. Lebih lanjut evaluasi proses juga menunjukkan bahwa *monitoring* atas pelaksanaan program ini juga tidak berjalan dengan baik (Tyas Suci, dkk, 2017). Terkait dengan hal terakhir ini, bisa jadi karena program gerakan rehabilitasi lebih bersifat "*crash program*" atau program percepatan, dimana program dilaksanakan dalam waktu yang sangat singkat dengan dana tambahan yang dikucurkan pada sekitar pertengahan tahun anggaran berjalan. Melihat banyaknya dampak samping program gerakan rehabilitasi ini, saat ini pemerintah, khususnya BNN, sedang berupaya memperbaiki kualitas layanan rehabilitasi dan tidak lagi fokus semata-mata pada jumlah klien.

Layanan Terapi dan Rehabilitasi Napza Saat Ini

Berbagai latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, baik dari sisi perubahan jenis zat yang disalahgunakan hingga sisi kebijakan yang bersumber pada UU Narkotika maupun kebijakan pemerintah lainnya, telah mendorong ketersediaan layanan terapi dan rehabilitasi yang semakin beragam saat ini. Saat ini Indonesia punya layanan terapi rumatan, baik metadon maupun buprenorfin untuk pecandu opiat, punya rawat jalan dengan pemberian medikasi simtomatik dan intervensi psikososial, punya rawat inap jangka pendek untuk mengatasi gejala putus zat dan mencapai stabilisasi fisik, punya rawat inap jangka panjang yang umumnya mengacu pada pendekatan *therapeutic community*, hingga layanan berbasis spiritual/keagamaan atau tradisional. Penyelenggaranyapun bukan hanya pemerintah, melainkan juga masyarakat dan swasta. Ada lembaga yang bersifat "*low-threshold*" dalam menerima klien, dimana persyaratan masuk relatif mudah dan tidak memberikan "*blacklist*" pada mereka yang kambuhan. Ada pula yang bersifat "*high-threshold*", dimana persyaratan masuk cukup ketat, misalnya, klien harus ada penjamin, baik orang tua maupun anggota keluarga lainnya dan tidak memiliki riwayat kekambuhan sebelumnya.

Seiring dengan dinamika perubahan zat utama yang disalahgunakan dan seiring dengan atmosfer keterbukaan pemerintah sejak era reformasi, berbagai pihak yang memiliki minat atau berkepentingan dengan masalah terapi dan rehabilitasi di Indonesia, juga melakukan penelitian tentang efektivitas terapi atau evaluasi proses suatu layanan. Penelitian pertama di bidang terapi rehabilitasi yang dilakukan dengan metode penelitian *prospective cohort* dimana setiap partisipan diikuti selama enam bulan, adalah evaluasi proses dan *outcome* Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) yang digagas oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2003 sampai tahun 2005. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program ini berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan perilaku berisiko dan penggunaan heroin, serta peningkatan kualitas hidup (Ali, R. et al 2005; Utami, et al, 2008). Bukti ini menjadi dasar bagi pemerintah untuk melakukan *scaling-up* layanan PTRM pada berbagai wilayah di Indonesia. Penelitian terkait rehabilitasi lain yang sudah dilakukan secara berulang adalah Program Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM) yang digagas Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) pada tahun 2012 dan 2014. Hasilnya menunjukkan bahwa layanan rehabilitasi dengan konsep *low-threshold*, dimana pendekatan pengurangan dampak buruk diberikan dan tidak ada persyaratan ketat dalam mengakses layanan, tetap berpengaruh secara signifikan pada perbaikan kualitas hidup yang terus dapat dirumat sekalipun yang bersangkutan sudah berhenti lama dari program. PABM juga dapat menahan 3 dari 5 klien untuk terus berada dalam program hingga selesai, padahal program hanya terdiri dari dua bulan rawat inap dan empat bulan rawat jalan (Sarasvita, dkk, 2015). Karena terlibat secara langsung sebagai peneliti utama, saya merasakan betul betapa suatu program layanan yang berbasis bukti dan *powerful* sebagai media advokasi dan dapat mengarahkan kebijakan menjadi lebih efektif dan efisien.

Secara khusus kami memberi perhatian khusus terhadap layanan "rehabilitasi napza" dengan pendekatan tradisional maupun agan UU No 35 Tahun 2009 Pasal 57 memberikan peluang pengobatan melalui kedua pendekatan tersebut. Sebagaimana sudah saya singgung pada bab sebelumnya, sejak awal 1970-an masalah masvarak

umum banyak menaruh kepercayaan pada pendekatan ini. Beberapa lembaga berbasis agama memulai layanannya dari suatu lembaga pendidikan agama yang kemudian memperoleh kepercayaan para orang tua untuk membimbing anak-anak mereka yang memiliki gangguan penggunaan napza. Sebagian lembaga berbasis agama/spiritual atau tradisional lainnya justru awalnya melayani orang yang mengalami masalah karena "guna-guna, santet, ilmu hitam" hingga gangguan kejiwaan, sebagaimana yang disebutkan oleh pendiri Pondok Pesantren Nurul Ichsan Al Islami (Ustaz Achmad Ichsan, komunikasi pribadi, 10 November 2016). Seiring waktu, keluarga yang memiliki anak dengan masalah napza juga menitipkan anaknya pada lembaga tersebut. Perhatian utama kami adalah karena sebagian dari lembaga model ini menerapkan praktik-praktik yang berisiko terhadap kesehatan fisik maupun jiwa seseorang, bahkan nyawa, sebagaimana yang terjadi pada salah satu lembaga di Medan (<http://news.detik.com/berita/D3387323/panti-rehabilitasi-narkoba-di-sumut-ditutup-karena-siksa-6-pasien>). Rasanya sangat perlu dilakukan kajian sistematis terhadap layanan lembaga rehabilitasi yang serupa, juga mendorong mereka untuk memenuhi standar minimal layanan rehabilitasi napza dan menghilangkan berbagai praktik yang berisiko terhadap kesehatan kliennya.

Harapan di Masa yang Akan Datang

Sebagai penggiat utama di bidang terapi dan rehabilitasi napza di Indonesia, puaskah saya atas perkembangannya saat ini? Jawabannya, ya dan belum. Jawaban "ya" saya berikan untuk perhatian berbagai pemangku kepentingan yang meningkat secara tajam dalam 10 tahun belakangan ini terhadap upaya terapi rehabilitasi gangguan penggunaan napza, sehingga meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap layanan. Jawaban "ya" juga saya berikan pada kenyataan bahwa beberapa kebijakan sudah berbasis bukti, sehingga meningkatkan akuntabilitas program, baik dari sisi finansial maupun efektivitas.

Nah, jawaban "belum puas" khususnya saya tujukan untuk beberapa hal. *Pertama*, saya berharap hendaknya dilakukan kajian

sistematis terhadap semua pendekatan terapi dan rehabilitasi sebagaimana PTRM dan PABM, sehingga dapat teruji efektivitas dan efisiensi masing-masing pendekatan yang ada. *Kedua*, saya berharap layanan lebih bersifat *low-threshold*, sehingga setiap orang yang membutuhkan dapat dengan mudah mengaksesnya. *Ketiga*, saya berharap pembiayaan rawatan dapat tercakup dalam suatu sistem jaminan kesehatan nasional sehingga terdapat kepastian pembiayaan yang bersifat jangka panjang, sebagaimana penyakit lainnya. *Keempat*, saya juga berharap bahwa layanan dapat mengakomodasi kebutuhan individual maupun mengakomodasi populasi dengan kebutuhan klinis spesifik, seperti anak, remaja, perempuan, disabilitas fisik maupun jiwa, dan lainnya. *Kelima*, saya sangat berharap profesionalisme dalam layanan—termasuk kompetensi sumber daya manusianya—dapat terus ditingkatkan dari waktu ke waktu sehingga layanan dapat lebih optimal dan tepat sasaran. Saya akan tetap disini, di bidang ini, dan bersama dengan teman-teman sejiwa terus berupaya mewujudkan harapan-harapan tersebut. ❖

Daftar Rujukan

- Ali, R., et al. 2005. *The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS: Preliminary Results of Study Implementation in Indonesia, Lithuania, and Thailand*. Adelaide: WHO Collaborating Centre.
- Badan Narkotika Nasional (BNN). 2016^a. *Jurnal Data Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) Tahun 2015 Edisi Tahun 2016*. Jakarta: Pusat Penelitian Data dan Informasi Badan Narkotika Nasional.
- Badan Narkotika Nasional (BNN). 2016^b. *Survei Prevalensi Penyalahgunaan Narkoba pada Kelompok Rumah Tangga di 20 Provinsi Tahun 2015*. Jakarta: Pusat Penelitian Data dan Informasi, Badan Narkotika Nasional.
- Badan Narkotika Nasional (BNN). 2016^c. *Survei Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap pada Pelajar dan Mahasiswa Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Pusat Penelitian Data dan Informasi, Badan Narkotika Nasional.
- Bakolak Inpres 6/71. 1993. "Laporan Tahunan Penanggulangan Narkotika (unpublished report).
- Eddyono, S.W., Napitupulu, E., Anggara. 2016. *Meninjau Rehabilitasi Pengguna Narkotika dalam Praktik Peradilan: Implementasi SEMA dan SEJA Terkait Penempatan Pengguna Narkotika dalam Lembaga Rehabilitasi di Surabaya*. Jakarta: Institute for Criminal Justice Reform dan Rumah Cemara.

- <http://www.suryalaya.org/sejarah.html>, diakses pada 29 Oktober 2016.
- <http://spiritia.or.id/Stats>, Laporan Kasus HIV-AIDS di Indonesia, diakses pada 29 Oktober 2016.
- <http://www.voaindonesia.com/a/pemerintah-tetapkan-gerakan-rehabilitasi-100-ribu-pengguna-narkoba/2622737.html> diakses pada 11 Februari 2017.
- <http://news.detik.com/berita/D3387323/panti-rehabilitasi-narkoba-di-sumut-ditutup-karena-siksa-6-pasien>, diakses pada 11 Februari 2017.
- Habsari, R., Rahardjo, T., Rahmah, A., dan Handoyo P. 2007. *Perempuan-perempuan di lingkaran Napza: Laporan Kajian Kebutuhan Pengguna Napza Suntik Perempuan di Delapan Kota di Indonesia*, 2007. Jakarta: National AIDS Commission.
- Indonesia HIV Prevention Trial Network (HPTN 074). 2016. *Catatan supervisi klinis*. Jakarta: Indonesia Site (unpublished report).
- Ibrahim, J. 2013. *Opium dan Revolusi: Perdagangan dan Penggunaan Candu di Surakarta Masa Revolusi (1945-1950)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Iskandar, A., 2014. *Jalan Lurus Penanganan Penyalahgunaan Narkotika dalam Konstruksi Hukum Positif*. Karawang: CV. Viva Tanpas.
- Kementerian Kesehatan-WHO. 2011. *Opioid Substitution Therapy (OST): Review Implementation in Indonesia*. Jakarta: WHO Country Office for Indonesia.
- Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Jawa Timur. 2012. *Survei Cepat Perilaku Pengguna Napza Suntik (Penasun) di Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: KPAP Jawa Timur.
- Marihandono, D., Tangkilisan, Y., dan Kasenda, P. 2015. *Dokter Soetomo*. Jakarta: Museum Kebangkitan Nasional, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Moeliono, L. 2012. "Self-Efficacy pada Seorang Perempuan Mantan Pecandu Napza: Sebuah Studi Kasus," *Jurnal Manasa*, Vol 1(1):1-13.
- Narti. 1999. "Perdagangan Candu di Jawa Tahun 1920-1930" dalam *Lembaran Sejarah Vol. 2*, No. 1, Tahun 1999. Yogyakarta: Jurusan Sejarah Fakultas Sastra, UGM.
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Wajib Laport Pecandu Narkotika.
- Peraturan Kepala (Perka) BNN Nomor 11 Tahun 2014 tentang Tata Cara Penanganan Tersangka dan/atau Terdakwa Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi.
- Pratama, Bagus. 2015. *Kualitas Layanan Pembinaan dan Bimbingan Mantan Penyandang Narkoba di Panti Sosial Pamardi Putra Khusnul Khotimah DKI Jakarta* (Skripsi). Serang: Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa.
- The Global Coalition on Women and AIDS. 2011. *Women Who Use Drugs, Harm Reduction and HIV*. Geneva: The Global Coalition on Women and AIDS.

- Rush, James. R. 2007. *Opium to Java: Revenue Farming and Chinese Enterprise in Colonial Indonesia, 1860-1910*. Singapore: Equinox Publishing (Asia) Private Ltd.
- Sarasvita, R.** Wardianti, M., Ivana, A., Narotama, N., Rahardjanti, E., dkk. 2012. *Standar Rehabilitasi TC Swadaya Masyarakat*. Jakarta: Badan Narkotika Nasional.
- Sarasvita, R.** Iryawan, A., Yashinta., dan Siregar, K. 2015. *Laporan Evaluasi Program Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM) Tahun 2014*. Jakarta: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.
- Stoicescu, C. et.al. 2016. *Women Speak Out: Understanding Women Who Inject Drugs in Indonesia*. Jakarta: PKNI, Perempuan Bersuara, University of Oxford
- Tyas Suci, E.S. "Napza di Indonesia: dari Candu, Opium, sampai Katinon," dalam Tyas Suci, E.S., Fransiska, A., dan Tampubolon, L.H. 2015. *Long and Winding Road: Jalan Panjang Pemulihan Pecandu Narkoba*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Tyas Suci, E.S., **Sarasvita, R.** Mushlihah., dan Utami, D.S. 2017. "The Indonesian National Rehabilitation Movement: Where Are We Moving to?" *Jurnal Peradilan Indonesia Vol. 5*, Agustus 2016-Januari 2017: 107-119.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
- Utami, D.S., **Sarasvita, R.**, Asril, A., Hanati, I.N., dan Mardiaty, R. 2008. Evaluasi Hasil Program Rumatan Metadon. *Medika Jurnal Kedokteran Indonesia Tahun XXXIV*, 246-254.

Revisi has been ~ it was found

Hartono, Achmad Yudianto, & Demang Sisrosumbarjo