

12 April 07.

23 real



316/14-05-2007

**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 486/MENKES/SK/IV/2007  
TENTANG**

**KEBIJAKAN DAN RENCANA STRATEGI PENANGGULANGAN  
PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN  
ZAT ADIKTIF LAINNYA ( NAPZA )**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

Menimbang : a. bahwa dalam rangka penanggulangan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) yang sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang neurosains, perlu diambil langkah kebijakan dan rencana strategis penanggulangan yang efektif guna mengurangi beban penyakit dan disabilitas yang berhubungan dengan penyalahgunaan NAPZA;

b. bahwa berdasar pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Kebijakan dan Rencana Strategi Penanggulangan NAPZA dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);

2. Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3671);

3. Undang-undang Nomor 7 Tahun 1997 tentang Pengesahan Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika (United Nation Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3673);

4. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3698);

5. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2003 Tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 36, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4276);
8. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 Tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara, sebagaimana telah dirubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 94 Tahun 2006;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/ Per/ 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan :
- PERTAMA** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KEBIJAKAN DAN RENCANA STRATEGI PENANGGULANGAN PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN ZAT ADIKTIF LAINNYA (NAPZA)**
- KEDUA** : Kebijakan dan Rencana Strategi dimaksud Diktum Pertama sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Kebijakan dan Rencana Strategi dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai pedoman dan acuan oleh tenaga kesehatan, masyarakat dan Pemerintah Daerah serta sektor terkait dalam upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.
- KEEMPAT** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 12 April 2007



**MENTERI KESEHATAN,**

*[Signature]*  
**Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**LAMPIRAN**

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN  
NOMOR : 486/Menkes/SK/IV/2007  
TANGGAL : 12 April 2007**

**KEBIJAKAN DAN RENCANA STRATEGI PENANGGULANGAN  
PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA, PSIKOTROPIKA DAN  
ZAT ADIKTIF LAINNYA (NAPZA)**

**I. PENDAHULUAN.**

**A. LATAR BELAKANG**

Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) merupakan masalah besar di masyarakat khususnya kalangan remaja dan dewasa muda, karena:

- Peredaran gelap NAPZA yang masih besar di masyarakat
- Perubahan sosial yang cepat di masyarakat (adanya fasilitas "dugem", diskotik yang bertebaran, kehidupan yang konsumerisme) sehingga beberapa individu khususnya remaja dan dewasa muda sulit beradaptasi
- Efek menyenangkan yang semu dari semua jenis NAPZA,
- Sifat remaja yang selalu ingin tahu dan ingin mencoba-coba,
- Tekanan teman sebaya

Penggunaan coba-coba dapat membawa ke arah ketergantungan. Semakin besar frekuensi, jumlah dan jenis NAPZA yang digunakan, makin besar pula risiko terjadinya ketergantungan.

Ketergantungan NAPZA merupakan penyakit pada susunan saraf pusat yang kompleks, kronis dan dapat terjadi berulang kali (*chronic relapsing disease*) dengan berbagai mekanisme biologis yang mempengaruhi otak dan kemampuannya untuk mengontrol penggunaan NAPZA. Ketergantungan NAPZA tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis dan genetika, namun juga oleh faktor-faktor psikologis, sosial, kultural, dan lingkungan. Saat ini tidak ada cara yang dapat digunakan untuk menentukan siapa yang dapat mengalami ketergantungan, baik sebelum maupun sesudah mereka mulai menggunakan NAPZA. Ketergantungan NAPZA ini sering terjadi bersamaan dengan masalah kondisi fisik dan mental serta dapat mempengaruhi siapapun.

Ketergantungan NAPZA juga merupakan salah satu kontributor utama yang menyebabkan beban penyakit dan disabilitas. Penggunaan dan ketergantungan tembakau dan alkohol memberikan kontribusi besar terhadap total beban tersebut.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Langkah-langkah untuk mengurangi dampak negatif dari NAPZA termasuk rokok dan alkohol merupakan bagian penting dari kebijakan kesehatan dibidang penanggulangan masalah NAPZA.

Terdapat juga komorbiditas yang signifikan antara ketergantungan NAPZA dan beberapa jenis gangguan jiwa lainnya. Pengetahuan mengenai terapi dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA dapat bermanfaat bagi pengembangan strategi terapi dan pencegahan dari gangguan jiwa lainnya, dan juga sebaliknya.

Perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang neurosains telah berperan besar dalam meningkatkan pengetahuan kita mengenai penggunaan dan penyalahgunaan NAPZA, dan pengetahuan baru ini menyajikan tantangan baru bagi kita dalam menerapkan hasil dari pengetahuan ini dalam suatu kebijakan baik secara global, nasional maupun lokal.

Neurosains merupakan bidang yang terus berkembang bagi riset-riset ilmiah. Meskipun dasar pengetahuan yang ada masih jauh dari lengkap, namun telah tersedia data dengan jumlah yang cukup signifikan, yang dapat dimanfaatkan untuk penyusunan kebijakan guna mengurangi beban penyakit dan disabilitas yang berhubungan dengan penyalahgunaan NAPZA.

Terapi ketergantungan NAPZA tidak hanya ditujukan untuk menghentikan penggunaan NAPZA; melainkan sebuah proses terapeutik yang mencakup perubahan perilaku, intervensi psikososial, dan seringkali perlu menggunakan terapi pengganti (terapi substitusi). Ketergantungan NAPZA perlu ditangani secara efektif, sehingga menyelamatkan kehidupan, meningkatkan kesehatan pengguna dan keluarga mereka, serta mengurangi biaya yang menjadi beban masyarakat. Penanganan perlu melibatkan tim yang multi disiplin antara lain kesehatan, sosial, agama, pendidikan dan lain-lain.

Terapi harus dapat dijangkau oleh semua yang membutuhkan. Terdapat metoda-metoda intervensi yang efektif, yang dapat diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas. Sektor pelayanan kesehatan perlu menyediakan terapi yang paling efektif-biaya (*cost effectiveness*).

Masalah penyalahgunaan NAPZA sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan masyarakat, oleh karena itu Departemen Kesehatan perlu menyusun satu kebijakan dalam upaya penanganan masalah tersebut yang berkoordinasi dengan sektor terkait lainnya.

## **B. PENGERTIAN**

1. Narkotika adalah zat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

2. Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku;
3. Zat adiktif lainnya meliputi alkohol, inhalansia dan tembakau
4. Penyalahguna narkotika adalah orang yang menggunakan narkotika tanpa **alasan medis**;
5. Pengguna adalah orang yang menderita penyakit akibat dorongan menggunakan NAPZA baik yang masih dalam tahap coba-coba maupun yang sudah mengalami gangguan ketergantungan baik secara fisik maupun psikis;
6. **Ketergantungan NAPZA** adalah gejala dorongan untuk menggunakan narkotika secara terus menerus, memerlukan jumlah yang makin bertambah (toleransi) dan menimbulkan gejala putus narkotika (*withdrawal*) jika pemakaiannya dikurangi atau diberhentikan;
7. Rehabilitasi adalah upaya kesehatan yang dilakukan secara utuh dan terpadu (**mediko-psiko-sosial**) melalui pendekatan non medis, psikologis, sosial dan religi agar pengguna NAPZA yang menderita ketergantungan dapat mencapai kemampuan fungsional seoptimal mungkin;

**C. TUJUAN :**

**Tujuan Umum :**

Terwujudnya masyarakat dan keluarga Indonesia yang mampu mencegah dan membebaskan dirinya dari penyalahgunaan NAPZA.

**Tujuan Khusus :**

1. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kepedulian dan peran serta masyarakat dalam melakukan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA yang dilakukan secara terpadu melalui upaya promotif dan preventif;
2. Memberdayakan masyarakat agar mampu hidup sehat tanpa menyalahgunakan NAPZA ;
3. Mengurangi morbiditas serta disabilitas dan mortalitas akibat penyalahgunaan NAPZA melalui penyelenggaraan upaya terapi dan rehabilitasi ketergantungan NAPZA yang komprehensif;
4. Mencegah dan mengurangi dampak buruk akibat penyalahgunaan NAPZA;
5. Memantau, mengevaluasi distribusi NAPZA yang legal untuk kebutuhan pelayanan pengobatan dan penelitian;
6. Mengkoordinasikan secara lintas sektor kegiatan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

7. Menghapus stigma dan diskriminasi oleh masyarakat dan tenaga kesehatan kepada penyalahguna NAPZA.

**D. SASARAN**

1. **Sasaran pencegahan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA lebih di prioritaskan pada upaya promotif – preventif khususnya terhadap:**
  - a **Prioritas pertama** yakni anak dan remaja yang belum menjadi pemakai tetapi mempunyai risiko untuk menggunakan (“potential user”) melalui cara – cara komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) agar tercipta lingkungan kemasyarakatan yang kondusif untuk hidup sehat dan berkembangnya kehidupan yang kreatif dan produktif sehingga anak dan remaja terhindar dan mampu menolak menggunakan NAPZA;
  - b **Prioritas kedua** adalah keluarga, dengan tujuan agar setiap anggota keluarga dapat memahami dan menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif untuk setiap anggota keluarga. Untuk itu setiap anggota keluarga harus memiliki keterampilan dalam menjaga ketahanan keluarga sehingga mereka dapat diberdayakan dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA;
  - c Setiap anggota keluarga perlu dibekali dengan keterampilan membina rumah tangga yang harmonis, komunikasi yang efektif, serta mempunyai pengetahuan yang berkaitan dengan penyalahgunaan NAPZA;
  - d **Prioritas Ketiga** yang menjadi sasaran upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA adalah pendidik, tokoh masyarakat dan tokoh agama, agar mereka dapat memahami dan menciptakan lingkungan institusi pendidikan dan masyarakat yang kondusif bagi perkembangan anak dan remaja;
  - e Sektor-sektor lain agar dapat memahami pendekatan pengurangan dampak buruk dalam penanggulangan penyalahgunaan NAPZA;
  - f Media dan Pengambil kebijakan publik sehingga dapat menerbitkan kebijakan, peraturan perundangan yang mendukung terciptanya lingkungan yang kondusif untuk penanggulangan penyalahgunaan NAPZA;
  - g Tenaga kesehatan agar tidak melakukan diskriminasi pasien ketergantungan NAPZA dalam memberikan pelayanan kesehatan.
2. **Sasaran kedua adalah para pengguna yang telah mengalami ketergantungan NAPZA dan masalah kesehatan lain yang terkait dengan penyalahgunaan NAPZA melalui upaya terapi, rehabilitasi dan *after care* serta upaya pencegahan dampak buruk.**



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**E. PRINSIP DASAR**

1. Upaya penanggulangan NAPZA merupakan bagian dari upaya promotif (peningkatan perilaku hidup sehat) dan preventif (mencegah terjadinya ketergantungan dan dampak buruk);
2. Upaya penanggulangan NAPZA merupakan bagian integral dari pembangunan nasional berwawasan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 dan dilakukan secara bersama-sama oleh Pemerintah, sektor swasta dan masyarakat;
3. Pendekatan penanggulangan harus senantiasa memperhatikan dan menghormati nilai-nilai budaya dan agama yang hidup dalam masyarakat Indonesia;
4. Upaya penanggulangan NAPZA difokuskan pada pendidikan dan KIE dengan tujuan mengubah gaya hidup, sehingga diketahui bahaya NAPZA terhadap kesehatan baik fisik, mental dan sosial;
5. Upaya Penanggulangan NAPZA dilakukan bersama-sama oleh Pemerintah, masyarakat, sektor swasta dengan dukungan badan-badan Internasional;
6. Pemerintah memberi arah kebijakan penanggulangan dan menciptakan suasana yang menunjang;
7. Menggalang kerjasama Internasional melalui Badan Kesehatan Dunia (WHO), dan lembaga-lembaga internasional lainnya;
8. Menunjuk pejabat struktural minimal setingkat Kepala Seksi sebagai pengelola program penanggulangan penyalahgunaan NAPZA pada tingkat Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota yang akan bertanggung jawab untuk pengembangan program-program penanggulangan NAPZA;
9. Upaya penanggulangan NAPZA Depkes diharmonisasikan dengan kebijakan makro Badan Narkotika Nasional (BNN).

**II. PERMASALAHAN**

**A. PENYALAHGUNAAN NAPZA DI INDONESIA**

**Penggunaan Narkotika dan Psikotropika**

Data dari Kantor Perserikatan Bangsa-bangsa untuk Masalah NAPZA dan Kriminalitas (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*) menunjukkan penyitaan Kokain, Heroin, Kanabis dan Stimulan jenis Amfetamin dalam skala besar di berbagai negara di dunia. Ketersediaan Kokain, Heroin dan Kanabis tergantung pada volume penanaman di negara asal, dan tingkat keberhasilan penyelundupan. Walaupun aktivitas penegakan hukum meningkat, tampaknya selalu saja terdapat jumlah yang cukup besar yang tersedia bagi pemakai.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Menurut perkiraan UNODC, sekitar 200 juta orang di seluruh dunia menggunakan NAPZA jenis Narkotika dan Psikotropika secara ilegal.

Kanabis merupakan jenis NAPZA yang paling sering digunakan, diikuti dengan Amfetamin, Kokain, dan Opioida. Penyalahgunaan NAPZA jenis ini didominasi oleh pria, dan juga lebih terlihat di kalangan kaum muda dibandingkan pada kategori usia lebih tua. Sebanyak 2.7% dari populasi dunia dan 3.9% dari seluruh orang berusia 15 tahun ke atas telah menggunakan Kanabis paling sedikit sekali antara tahun 2000 dan 2001. Di berbagai negara maju, seperti Kanada, Amerika Serikat dan negara-negara Eropa, dilaporkan bahwa lebih dari 2% kaum muda menggunakan Heroin, dan hampir 5% menggunakan Kokain. Kenyataannya 8% dari kaum muda di Eropa Barat dan lebih dari 20% di Amerika Serikat dilaporkan menggunakan setidaknya satu jenis NAPZA selain Kanabis. Terlihat tanda-tanda kenaikan yang pesat dalam penggunaan stimulan jenis amfetamin di kalangan remaja di Asia dan Eropa.

Data pasti penyalahgunaan NAPZA di Indonesia secara nasional sulit didapat karena adanya stigma dan keengganan/ketakutan masyarakat untuk melaporkan karena kedudukan hukum orang yang menyalahgunakan NAPZA adalah sebagai pelaku kriminal dalam Undang Undang No 22 tahun 1997 tentang Narkotika, padahal menurut pandangan medis orang ketergnaturan NAPZA adalah penderita penyakit kronis kambuhan.

Hasil penelitian BNN dan Pusat Penelitian Kesehatan UI tahun 2005 tentang biaya ekonomi dan sosial akibat penyalahgunaan NAPZA di 10 kota besar di Indonesia adalah sebagai berikut: jumlah penyalahguna NAPZA adalah 1,5% dari populasi atau lebih kurang 3,2 juta orang yang terdiri dari 69% penyalahguna secara teratur dan 31% berada pada tahap ketergantungan dan 56% atau sekitar 572.000 orang diantaranya adalah pengguna jarum suntik (penasun) atau *injecting drugs users* (IDU).

Biaya ekonomi dan sosial penyalahgunaan NAPZA yang terjadi diperkirakan sebesar 23,6 trilyun rupiah. Biaya ekonomi terbesar adalah untuk pembelian NAPZA yaitu sebesar 11,3 trilyun rupiah, sedangkan besarnya biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan belum diteliti (diperkirakan biaya yang dibutuhkan lebih besar karena banyaknya komplikasi yang dialami oleh pencandu).

Angka kematian pencandu sebesar 1,5% per tahun atau sekita 15.000 orang.

Selama dua tahun terakhir ini jumlah pasien yang datang berobat ke RSKO semakin berkurang, namun masalah kesehatan yang ditimbulkannya jauh lebih berat. Data pasien pengguna NAPZA suntik yang menjalani program terapi rumatan metadon (PTRM) di RSKO, ternyata 61 % mengidap HIV/AIDS dan 36 % dari mereka ini telah menikah dan mempunyai anak.

Hal yang sama juga dijumpai pada pasien pengguna NAPZA suntik yang mengikuti PTRM di Puskesmas Kecamatan Tanjung Priok-Jakarta Utara





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA**

meningkat dalam waktu singkat. Selama 3 bulan setelah ini dibuka, telah terdaftar kasus sebanyak 123 orang IDU dan yang aktif berobat adalah 86 orang. Jadi terlihat bahwa dengan dibukanya program pelayanan penanggulangan NAPZA yang mudah dicapai oleh masyarakat, maka pasien yang berobat juga meningkat. Kemungkinan besar masih banyak pasien yang tersebar di masyarakat yang tidak berobat.

Data pasien NAPZA yang berobat ke RSKO tahun 2001 – 2005

TAHUN	RAWAT	JALAN	RAWAT	INAP
	BARU	LAMA	BARU	LAMA
2001	1844	3839	370	342
2002	1112	3048	269	265
2003	1513	3422	212	294
2004	1347	3375	181	239
2005	1313	2820	193	167

#### Penggunaan Alkohol.

Alkohol dan tembakau memiliki persamaan dalam beberapa hal: keduanya merupakan NAPZA yang legal, tersedia di banyak tempat di dunia, dan dipasarkan secara agresif oleh berbagai perusahaan transnasional, dengan promosi dan iklan yang menjadikan kaum muda sebagai target utama mereka.

Menurut *Global status report on alcohol*, taraf konsumsi alkohol berkurang selama dua puluh tahun terakhir di negara-negara maju, namun meningkat di negara-negara berkembang, dimana konsumsi tahunan per kapita di kalangan orang dewasa berkisar antara 5 hingga 9 liter alkohol murni.

Beberapa daerah di Indonesia biasa menggunakan minuman alkohol pada saat pesta dan daerah tersebut juga memproduksi minuman alkohol lokal yang tidak terkontrol kadar dan kualitasnya, antara lain yang dikenal dengan nama Cap tikus, Sager, Arak, Tuak, Sofi, Balok, Topi miring dan lain-lain.

#### Penggunaan Tembakau.

Penggunaan alkohol, tembakau, narkoba, psiktropika dan zat adiktif lainnya secara global bertambah pesat, hal ini memberikan kontribusi signifikan terhadap bertambahnya beban global penyakit (*global burden of disease*). Indonesia berada pada urutan ke 5 dunia dalam konsumsi rokok serta jumlah perkapita per tahun sebesar 178.300 milyar batang. Kebiasaan merokok menyebar secara cepat di negara-negara berkembang dan di kalangan wanita. Kini 50% pria dan 9% wanita di negara-negara berkembang merokok. Sebagai perbandingan, di negara-negara maju 35% pria dan 22% wanita merokok.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**B. BEBAN PENYAKIT**

Kini berkembang suatu konvensi untuk melakukan estimasi terhadap dampak dari alkohol, tembakau dan NAPZA ilegal terhadap beban global penyakit (*global burden of disease* – GBD). Berdasarkan sebuah standar pengukuran yang disebut tahun kehidupan yang dipengaruhi disabilitas (DALYs – *disability-adjusted life years*), dibuat perkiraan mengenai beban yang dialami masyarakat akibat kematian dini dan banyaknya tahun kehidupan yang dijalani dengan disabilitas.

Penelitian ini menunjukkan bahwa Tembakau dan Alkohol merupakan penyebab utama dari kematian dan disabilitas di negara-negara maju, dan efek dari tembakau diperkirakan meningkat di bagian lain di dunia.

Fakta menunjukkan bahwa beban kesehatan sebagai akibat dari penyalahgunaan NAPZA secara keseluruhan cukup signifikan: 8,9% menurut ukuran DALYs. Temuan-temuan yang ada menegaskan bahwa beban global kesehatan yang utama justru lebih banyak berasal dari NAPZA yang legal dari pada NAPZA terlarang.

Hal ini dapat dilihat melalui tabel :

**Persentase dari angka kematian dan DALY di seluruh dunia yang disebabkan tembakau, alkohol, dan NAPZA ilegal**

Faktor Risiko	Negara berkembang dengan angka kematian tinggi		Negara berkembang dengan angka kematian rendah		Negara maju		Seluruh dunia
	Pria	Wanita	Pria	Wanita	Pria	Wanita	
Kematian							
Tembakau	7.5	1.5	12.2	2.9	26.3	9.3	8.8
Alkohol	2.6	0.6	8.5	1.6	8.0	0.3	3.2
NAPZA ilegal	0.5	0.1	0.6	0.1	0.6	0.3	0.4
DALY							
Tembakau	3.4	0.6	6.2	1.3	17.1	6.2	4.1
Alkohol	2.6	0.5	9.8	2.0	14.0	3.3	4.0
NAPZA ilegal	0.8	0.2	1.2	0.3	2.3	1.2	0.8

Di antara sepuluh faktor risiko paling utama yang memberikan kontribusi terhadap beban penyakit yang dapat dihindarkan, tembakau dan alkohol menempati posisi keempat dan kelima di tahun 2000, dan tetap menempati posisi yang tinggi dalam perkiraan untuk tahun 2010 dan 2020. Tembakau dan alkohol masing-masing menyumbang 4.1% dan 4.0% kepada total beban kesehatan di tahun 2000, sedangkan NAPZA ilegal



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

sebanyak 0.8%. Beban yang terkait dengan tembakau dan alkohol secara khusus terlihat nyata di negara-negara maju, terutama Eropa dan Amerika Utara.

**C. PENYALAHGUNAAN NAPZA MELALUI SUNTIKAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN HIV/AIDS**

Secara global, persentase populasi yang hidup dengan HIV/AIDS yang juga menggunakan NAPZA melalui suntikan adalah sebesar 5%, mencakup 2.1 juta orang di lebih dari 100 negara.

Proporsi orang dewasa dengan HIV/AIDS yang tertular melalui NAPZA suntik secara global sebesar 5%, meskipun angka ini bervariasi secara signifikan dari wilayah ke wilayah: 50-90% di Eropa Timur, Asia Tengah, Asia Timur, dan daerah Pasifik; dan 25-50% di Amerika Utara dan Eropa Barat.

Data HIV/ AIDS yang dilaporkan pada Komite Penanggulangan AIDS (KPA) nasional sampai tahun 2006 adalah 11,604 dan 52,6% diantaranya adalah kelompok IDU.

Secara Nasional-Departemen Kesehatan menyatakan ada 5 provinsi pada tahun 2006 dengan jumlah ODHA terbesar yang berasal dari kelompok pengguna NAPZA suntik yaitu: DKI Jakarta 1839 kasus, Jawa Barat 757 kasus, Jawa Timur 475 kasus, Bali 124 kasus, dan Sumatera Utara 110 kasus.

Terapi dan pencegahan dampak buruk khususnya terhadap pengguna NAPZA suntik dapat membantu mencegah penyebaran infeksi HIV. Pencegahan dan perawatan terhadap HIV/AIDS harus dilakukan secara terintegrasi ke dalam terapi ketergantungan NAPZA.

**D. KONSEKUENSI BIOPSIKOSOSIAL DARI NAPZA**

Kebanyakan orang menggunakan NAPZA karena mereka mengharapkan suatu keuntungan dari penggunaannya; baik untuk kesenangan maupun menghilangkan rasa sakit, termasuk untuk penggunaan sosial. Namun penyalahgunaan NAPZA juga membawa potensi yang membahayakan, baik untuk jangka pendek maupun panjang.

Efek negatif dari penyalahgunaan NAPZA dapat dibagi ke dalam empat kategori :

**Kategori pertama**, adalah efek kesehatan kronis. Untuk penggunaan alkohol, hal ini mencakup sirosis hati dan penyakit-penyakit kronis lain; untuk penggunaan tembakau dalam bentuk rokok, mencakup kanker paru-paru, emfisema, dan penyakit lainnya. Melalui pemakaian bersama jarum suntik, NAPZA yang digunakan melalui injeksi merupakan vektor utama dalam penularan infeksi seperti HIV dan virus hepatitis B dan C.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**Kategori kedua**, adalah efek akut terhadap kesehatan atau berjangka pendek. Untuk NAPZA seperti opioda dan alkohol, kategori ini meliputi kasus overdosis. Kategori ini juga mencakup jatuhnya korban jiwa sebagai akibat dari koordinasi fisik, konsentrasi, dan kemampuan mengambil keputusan yang terganggu sebagai efek dari penyalahgunaan NAPZA, misalnya yang timbul sebagai akibat dari mengemudi kendaraan setelah menggunakan alkohol dan NAPZA lain. Bunuh diri dan tindak kekerasan juga termasuk dalam kategori ini.

**Kategori ketiga**, mencakup efek sosial yang timbul akibat penyalahgunaan NAPZA. Masalah sosial akut mencakup relasi yang terputus atau keterlibatan dengan pihak penegak hukum, dan masalah sosial kronis mencakup ketidakmampuan dalam melaksanakan tugas serta fungsi dalam keluarga dan lingkungan kerja.

**Kategori keempat**, stigmatisasi masyarakat menyebabkan adanya hambatan dari penyalahguna NAPZA untuk mencari pertolongan sehingga banyak diantara mereka yang tidak mendapat pertolongan atau mendapat pertolongan dalam keadaan yang sudah terlambat, khususnya bagi penyalahguna NAPZA yang terinfeksi HIV/AIDS, bila tidak mendapatkan pertolongan yang tepat dapat menyebarkan infeksi HIV ke masyarakat.

### **III. SITUASI PENANGGULANGAN PENYALAHGUNAAN NAPZA DI INDONESIA SAMPAI 2005**

Sejarah panjang penggunaan NAPZA telah ada di Indonesia sejak abad ke 17 yang diperkenalkan oleh Belanda. Pada tahun 1860 opium sudah ditanam di Pulau Jawa dan Sumatera dan pada akhir abad ke 19 tanaman koka juga ditanam di Indonesia khususnya untuk di ekspor. Pada tahun 1929 lebih dari 100.000 orang di Jawa tercatat menghisap candu, mereka ini dikenal dengan sebutan pematik atau mantri candu. Pada tahun 1960-an, morfin telah digunakan.

Kasus pertama pecandu morfin di laporkan secara resmi pada tahun 1969 oleh Sanatorium Darmawangsa di Jakarta. Awal tahun 1970, terdapat 2000-3000 pengguna NAPZA yang masuk dalam perawatan. Pada akhir 1980 diperkirakan terdapat 750.000 orang pengguna NAPZA ilegal. Awal tahun 1990 amfetamin jenis stimulan mulai banyak digunakan. Akhir tahun 1990-an zat yang populer digunakan adalah amfetamin (ekstasi) dan heroin (putau). Semenjak 1997 situasi penyalahgunaan NAPZA telah sampai pada titik yang sangat memprihatinkan. Diperkirakan terdapat 1.3 - 6 juta orang pengguna NAPZA yang dijumpai dari seluruh lapisan masyarakat. Surveilans Nasional yang dilakukan di Jakarta pada tahun 2005 dijumpai 42% siswa SLTA laki-laki dan 6% siswa SLTA perempuan pernah mencoba menggunakan NAPZA, 124.000-196.000 orang adalah pengguna jarum suntik (*injecting drug user*=IDU).



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Lebih dari 80% pengguna NAPZA suntik jenis heroin (putauw) menggunakan alat suntik (IDU), sekitar 40–60% pengguna NAPZA suntik ini telah terinfeksi dengan HIV/AIDS, sedangkan 70 – 80% terinfeksi Hepatitis C.

Data pasien di Puskesmas Kelurahan Kampung Bali (Jakarta) dari 200 orang IDUs yang dilakukan tes HIV pada tahun 2004, ternyata 93% HIV (+). IDUs yang terdaftar dalam methadone program di RSKO 54% HIV (+) (2004) dan 80% Hepatitis C, tahun 2006 61% HIV (+). Prevalensi HIV tertinggi dikalangan IDUs terdapat di Kota Jakarta, Bandung dan Denpasar.

Pemerintah telah merespon masalah NAPZA ini dengan membangun Rumah Sakit Ketergantungan Obat di Jakarta pada tahun 1972 dengan kapasitas 40 tempat tidur.

Sebanyak 10% tempat tidur dari 34 RS Jiwa di seluruh Indonesia telah dialokasikan untuk penderita penyalahgunaan NAPZA. Beberapa Rumah Sakit Jiwa seperti di Manado, Jogjakarta, Jakarta, Pontianak, Bogor telah memiliki unit perawatan khusus ketergantungan NAPZA dan HIV/AIDS. Fasilitas yang disediakan di RSJ untuk perawatan dan rehabilitasi NAPZA pada umumnya belum dimanfaatkan dengan optimal, mungkin karena adanya stigma akibat penggabungan perawatan dengan pasien gangguan jiwa berat. Akan tetapi RSJ Marzoeki Mahdi di Bogor-Jawa Barat dengan Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA melalui pendekatan *therapeutic community* berbasis RS cukup eksis sampai saat ini dengan jumlah klien ...?

Sejak tahun 2000 khususnya di Jakarta dijumpai banyak sarana pemulihan NAPZA yang diselenggarakan oleh masyarakat dengan menawarkan berbagai macam bentuk terapi detoksifikasi baik cara konvensional, menggunakan obat tradisional ataupun cara modern seperti "*Ultra Rapid Detoxification*". Sebagian besar sektor swasta yang menyelenggarakan rehabilitasi untuk ketergantungan NAPZA ini tanpa memiliki pemahaman dan pengetahuan yang cukup tentang masalah adiksi. Sejak tahun 1997-2002, terdapat lebih dari 40 sarana pemulihan ketergantungan NAPZA atau pusat-pusat rehabilitasi yang dilakukan oleh sektor swasta dengan menggunakan berbagai model, antara lain pendekatan keagamaan, kedisiplinan, *therapeutic community*, dan lain-lain. Saat ini sebagian besar sarana pemulihan ketergantungan NAPZA ini telah ditutup satu persatu. Hal ini disebabkan antara lain jumlah kasus baru ketergantungan opioid yang makin menurun. atau pergeseran trend dari pengguna heroin (putau) ke pengguna stimulan jenis amfetamin seperti ekstasi atau shabu dimana para penggunanya tidak merasa membutuhkan bantuan rehabilitasi. Faktor lain yang bermakna adalah banyaknya para pengguna NAPZA suntik ini yang tertangkap dan yan berada di Lembaga Pemasyarakatan.

Departemen Sosial juga memiliki beberapa panti rehabilitasi dan pelayanan *after care* untuk penderita penyalahgunaan NAPZA khususnya dari kalangan masyarakat tidak mampu di beberapa provinsi.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Kasus yang datang berobat ke RSKO cenderung menurun, namun dari kasus yang ada mempunyai komplikasi yang lebih berat, misalnya mengidap HIV/AIDS. Dengan dibukanya Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Tanjung Priok ternyata dalam waktu 3 bulan klien sudah mencapai 123 orang. Begitu pula Program Terapi Rumatan Metadon di Puskesmas Kampung Bali telah menangani klien sebanyak 200 orang.

Sejak tahun 2001, Departemen Kehakiman dan HAM telah membentuk 13 Lapas Narkotika. Dari 86.450 narapidana yang ada di 402 Lembaga Pemasarakatan / Rumah tahanan, 17.080 orang ( 19,7%) diantaranya adalah kasus narkotika.

Sangat disayangkan bahwa penderita ketergantungan zat yang masuk ke dalam Lapas/Lapas narkotika tidak dilakukan intervensi untuk ketergantungan NAPZA\_nya, tapi upaya yang dilakukan lebih mengarah pada pencegahan penularan HIV/AIDS.

Penderita ketergantungan akan menggunakan NAPZA apabila mereka merasa tidak aman/nyaman, sehingga penderita yang masuk Lapas/Rutan akan sulit menghentikan perilaku menggunakan NAPZA, bila tidak dilakukan intervensi.

Oleh sebab itu kita sering mendengar terjadi jual beli dan penggunaan NAPZA di lapas, apa lagi kasus NAPZA di dalam lapas tidak ada pemisahan antara pengguna dengan pengedar atau bandar.

Persepsi masyarakat Indonesia terhadap pengguna NAPZA masih sangat kurang, mereka dianggap sebagai anak yang nakal, kriminal yang perlu dikucilkan dari masyarakat, padahal dalam penanganan masalah ini sangat dibutuhkan bantuan dari lingkungan agar dapat memberikan dukungan kepada mereka yang sudah ingin sembuh (terutama dukungan keluarga). Tanpa bantuan keluarga dan lingkungan sekitar, penderita tidak akan merasa aman, sehingga mereka tetap akan menggunakan NAPZA tersebut.

Pemerintah telah berupaya untuk menekan lajunya penularan HIV/AIDS dikalangan pengguna NAPZA suntik dengan mengembangkan 2 buah *pilot project* program terapi rumatan methadone (PTRM) di RSKO Jakarta dan RSUD Sanglah Denpasar-Bali Upaya ini juga telah dikembangkan dengan membangun satelit-satelit PTRM di beberapa Puskesmas dan Lembaga Pemasarakatan di Jakarta dan Bali .

Saat ini di DKI Jakarta terdapat 30 Puskesmas yang menyelenggarakan program penanggulangan NAPZA berbasis masyarakat (dengan dibantu oleh Lembaga Swadaya Masyarakat) antara lain: PTRM (program terapi rumatan metadon) , Program Jarum Suntik Steril, Program penjangkauan.

#### **IV. KEBIJAKAN PENANGGULANGAN PENYALAHGUNAAN NAPZA**

Untuk mencapai tujuan dan sasaran penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, berbagai upaya akan diselenggarakan dengan kebijakan sebagai berikut :



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**1. PENINGKATAN KESEHATAN DAN PENCEGAHAN  
PENYALAHGUNAAN MELALUI UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF**

Penanggulangan penyalahgunaan NAPZA diarahkan untuk secara dini meningkatkan perilaku hidup sehat masyarakat melalui kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan.

Perilaku yang terbentuk tersebut diharapkan akan menjadi bagian dari norma hidup masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan kemandiriannya guna hidup sehat bebas dari pengaruh NAPZA.

Peran masyarakat, dalam penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, yang telah tumbuh, perlu tetap didorong atau dikembangkan untuk menjamin terselenggaranya kebutuhan pelayanan kesehatan dan sosial yang berkaitan dengan NAPZA.

Kegiatan promotif – preventif diprioritaskan terhadap kelompok berisiko tinggi yakni remaja dan pemuda melalui cara – cara komunikasi, informasi dan edukasi agar tercipta lingkungan kemasyarakatan yang kondusif untuk hidup – sehat dan berkembangnya kehidupan yang kreatif – produktif sehingga pemuda dan remaja terhindar dan mampu menolak menyalahgunakan NAPZA. Kegiatan dapat dilangsungkan melalui sekolah, organisasi remaja (pramuka), organisasi kemasyarakatan, organisasi agama, tempat kerja, wilayah pemukiman (RT, RW dan lain – lain), keluarga, mass – media dan lain sebagainya. Kegiatan pencegahan seyogyanya dimulai dari keluarga, termasuk anak usia dini, dengan memperkuat program pencegahan penyalahgunaan yang berdasarkan penemuan ilmiah (evidence based)

**2. KOMPREHENSIF DAN MULTI DISIPLIN.**

Penanggulangan penyalahgunaan NAPZA diselenggarakan secara komprehensif dengan mengintegrasikan berbagai upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan bahaya penyalahgunaan NAPZA. Penanggulangan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai disiplin (multidisiplin) ilmu dan keahlian di bidang kesehatan, kedokteran, psikologi, sosiologi, anthropologi, pendidikan, agama dan budaya.

Upaya yang dilakukan disesuaikan dengan kondisi budaya dan sosial masyarakat setempat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

**3. PELAYANAN TERAPI TERINTEGRASI PADA SISTEM PELAYANAN  
KESEHATAN YANG ADA**

Setiap penderita penyalahguna NAPZA perlu memperoleh pengobatan untuk membebaskan diri dari pengaruh ketergantungan terhadap zat adiktif dan gangguan kesehatan lainnya.

Terapi medik, termasuk terapi *withdrawal* dan terapi rumatan substitusi (*methadone* atau *buprenorphine*) dapat dilakukan melalui cara – cara yang dapat dipertanggung jawabkan dan kesemuanya dapat dilaksanakan pada institusi milik pemerintah, swasta dan masyarakat.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Untuk menjaga kelangsungan (*sustainability*) upaya terapi pasien penyalahgunaan NAPZA, maka pelaksanaan terapi penyalahgunaan NAPZA pada dasarnya terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan yang ada dan dilakukan sesuai dengan kebutuhan termasuk puskesmas dan praktek dokter swasta. Rumah Sakit Jiwa milik pemerintah menyediakan 10% dari tempat tidur untuk penderita penyalahguna NAPZA.

Rumah sakit khusus, rumah sakit umum, klinik-klinik, baik pemerintah maupun swasta akan dikembangkan terus untuk dapat menampung penderita yang membutuhkan terapi.

Pemerintah, swasta dan masyarakat berkewajiban untuk secara bertahap menyediakan tempat terapi dan upaya penyembuhan lain yang terjangkau oleh para penderita dan keluarga penderita penyalahgunaan NAPZA.

**4. Mendukung upaya pemulihan oleh masyarakat dan ex-users.**

Departemen Kesehatan mendukung inisiatif masyarakat untuk menyelenggarakan upaya penyembuhan yang berdasarkan penemuan ilmiah seperti: terapi residensial, *therapeutic communities*, *home-based detoxification*, *self help groups / narcotic anonymous=NA* dan lain-lain. Upaya pemulihan diselenggarakan secara berkesinambungan, berjangka panjang meliputi kegiatan – kegiatan : medik, psikologik, edukasi, pelatihan vokasional dan sosial yang memungkinkan bekas pengguna (*ex-users*) mampu melaksanakan fungsi sosialnya dalam tatanan kehidupan masyarakat setelah ia pulih dari pengaruh ketergantungan NAPZA. Pelatihan vokasional dan sosial dapat diselenggarakan pada tempat – tempat yang telah disediakan baik oleh pemerintah, swasta maupun masyarakat.

**5. Melindungi hak azazi manusia dan keselamatan klien**

Hambatan utama dalam terapi dan perawatan ketergantungan NAPZA adalah STIGMA dan DISKRIMINASI yang mereka alami.

Pasien ketergantungan NAPZA memiliki hak yang sama dengan orang lain dalam hal akses ke fasilitas kesehatan, pendidikan, kesempatan kerja, dan penerimaan kembali ke dalam masyarakat.

Perlindungan terhadap hak azazi manusia dan keselamatan pasien adalah penting bagi keberhasilan penanggulangan NAPZA dan pencegahan HIV/AIDS. Masyarakat menjadi lebih berisiko terhadap infeksi HIV/AIDS bila masalah ekonomi, kesehatan, sosial dan hak-hak budaya mereka tidak dihargai.

Permasalahan penyalahgunaan NAPZA tidak hanya dapat ditanggulangi semata-mata hanya dengan penegakan hukum saja. Pendekatan dengan





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

cara menghukum dapat membuat orang-orang yang membutuhkan perawatan menyembunyikan diri.

Program terapi ketergantungan NAPZA dan pencegahan HIV/AIDS dalam institusi penegakan hukum seperti Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan merupakan komponen penting dalam mencegah penularan HIV/AIDS serta perlindungan Hak Azasi Manusia.

**6. PENGURANGAN DAMPAK BURUK (*HARM REDUCTION*) PADA PENGGUNA NAPZA SUNTIK**

Upaya pengurangan dampak buruk akibat penggunaan NAPZA suntik, khususnya narkotika yang mengacu pada 12 kegiatan :

- a. Komunikasi, Informasi dan Edukas;
- b. Kegiatan penjangkauan (out reach): untuk dapat menjangkau, memotivasi, dan mendukung IDU yang tidak sedang dalam terapi untuk mengurangi perilaku penyalahgunaan NAPZA berisiko dan perilaku seksual berisiko sehingga mengurangi timbulnya HIV. Upaya penjangkauan juga ditujukan untuk mengembalikan IDU ke dalam proses terapi untuk mempertahankan kondisi abstinensianya.
- c. Pendidikan sebaya;
- d. Konseling pengurangan risiko;
- e. Voluntary Counseling and Testing;
- f. Pencegahan Infeksi;
- g. Program jarum suntik (Needle Syringe Exchange Program =NSEP): untuk dapat mengurangi dampak buruk akibat penyalahgunaan NAPZA dengan cara suntikan dan tidak menimbulkan peningkatan penyalahgunaan NAPZA maupun dampak lainnya pada masyarakat. Program ini juga berfungsi sebagai sarana pertemuan IDU dengan pengelola program termasuk terapi penyalahgunaan NAPZA;
- h. Pembuangan alat suntik bekas;
- i. Terapi substitusi oral dengan buprenorphine atau metadone;
- j. Terapi Ketergantungan: untuk dapat membantu pasien ketergantungan NAPZA dengan cara suntik (Injecting drug user=IDU) mengurangi penggunaan NAPZA suntik secara significant, misalnya terapi substitusi maintenance terapi dengan pemberian methadon dan buprenorphin, program lingkungan yang terapeutik (therapeutic community), terapi rawat jalan., Motivational enhancement therapy, Cognitive behavior therapy;
- k. Perawatan pengobatan dasar;
- l. Perawatan dan Pengobatan AIDS.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

1. ADVOKASI
2. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
3. PENINGKATAN KAPASITAS SDM
4. PENGUATAN SISTEM KESEHATAN
5. PENGEMBANGAN MODEL PELAYANAN KETERGANTUNGAN NAPZA
6. PENGEMBANGAN PEMBIAYAAN DAN KETERLIBATAN SEKTOR SWASTA

Untuk mencapai target pada tahun 2010, maka upaya penanggulangan NAPZA akan di evaluasi melalui beberapa indikator :

**1. Indikator *Input*:**

- Dana : Jumlah Dana APBD yang dialokasikan untuk enanggulangan NAPZA
- SDM: Jumlah Konselor Adiksi terlatih
- Fasilitas: Jumlah fasilitas pelayanan ketergantungan NAPZA pada satu Kabupaten

**2. Indikator *Process*:**

- Jumlah misalnya melakukan assessement, melakukan pelatihan tenaga kesehatan/kader/guru/toma/toga, menyediakan pengobatan, dll)

**3. Indikator *Output***

- Jumlah pasien ketergantungan NAPZA yang dilayani di unit terapi methadone
- Jumlah tempat tidur yang digunakan untuk pasiuen ketergantungan NAPZA di RSJ
- Jumlah remaja yang memiliki keterampilan interpersonal)

**4. Indikator *Outcome* : aspek kualitatif dari program yang diberikan pada pasien,**

- Menurunnya angka kriminalitas pada IDU yang mendapat terapi rumatan methadone
- Meningkatnya penampilan akademik IDU yang mendapat terapi rumatan methadone

**5. Indikator *Impact*: Terjadi perubahan pada sistem dan masyarakat**

- Adanya kebijakan sekolah yang menjadikan pendidikan keterampilan hidup sebagai bagian dari kurikulum pendidikan
- Adanya PERDA tentang kawasan / tempat umum bebas asap rokok



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**7. KESEIMBANGAN DAN KOORDINASI LINTAS SEKTOR.**

Untuk memperoleh hasil yang optimal, penanggulangan penyalahgunaan NAPZA diselenggarakan dengan memadukan secara seimbang, antara kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk mengurangi atau mencegah penyalahgunaan (*demand reduction*) serta mengurangi dampak buruk (*harm reduction*) dengan kegiatan-kegiatan untuk memberantas produksi dan peredaran gelap (*supply reduction*) melalui koordinasi sinergistik yang akan memberikan dampak timbal balik yang lebih menguntungkan antara pendekatan kesehatan (*prosperity approach*) dengan pendekatan keamanan (*security approach*). Perlu adanya kerjasama dari berbagai pihak, termasuk dengan LSM dan swasta.

**8. PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI**

Upaya penanggulangan NAPZA akan dapat dikelola melalui suatu sistem manajemen yang padu sehingga program-program dapat diselenggarakan secara *cost-effective*. Untuk mendukung keberhasilan program penanggulangan, dibutuhkan sistem informasi dan penelitian yang berdasar kebutuhan sehingga perencanaan dan pengendalian penanggulangan dapat diselenggarakan berdasarkan bukti (*evidence based*).

**9. LEGISLASI DAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN**

Diperlukan pula dukungan legislasi melalui peraturan perundang – undangan yang memadai yang secara seimbang dapat memberikan suasana yang kondusif dalam penanggulangan NAPZA dan sanksi hukum yang keras bagi setiap pelanggaran.

**V. STRATEGI DAN RENCANA AKSI**

Keluaran atau *Outcome* utama dari kebijakan penanggulangan NAPZA – Departemen Kesehatan adalah: **MEMBAIKNYA SISTEM KESEHATAN TERKAIT UPAYA PENANGGULANGAN NAPZA** dalam beberapa aspek :

- *Responsiveness*: merespon semua kebutuhan masyarakat tentang masalah Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya;
- *Effectiveness*: Efektifitas pelayanan;
- *Appropriateness*: Kelayakan;
- *Efficiency*: Efisiensi pelayanan;
- *Accessibility*: Kemudahan akses;
- *Safety*: Keselamatan pasien, staf dan masyarakat;
- *Continuity*: Kontinuitas pelayanan;
- *Capability*: Kemampuan profesional baik manajerial maupun teknis;
- *Sustainability*:Kesinambungan pelayanan;

Sampai tahun 2010, prioritas untuk penanggulangan NAPZA dilakukan melalui 6 strategi.:



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**STRATEGI PRIORITAS**

**1. ADVOKASI**

Advokasi merupakan komponen yang penting untuk mengajak semua *stakeholders* dapat berperan serta dalam upaya penanggulangan NAPZA jiwa. Untuk itu Dinas Kesehatan perlu mengidentifikasi semua *stakeholders* antara lain DPRD, Bappeda, BNP/BNK, KPAD, lintas sektor seperti Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, Kehakiman dan HAM Lembaga Swadaya Masyarakat, Keluarga, Media, akademis, tokoh masyarakat, tokoh agamai dan lembaga Donor.

Keterlibatan semua stakeholder penting dalam penyusunan program yang bisa menjawab kebutuhan nyata serta lebih jauh mereka juga dapat berperan serta dalam pembiayaan .

Advokasi ini bertujuan untuk mengurangi hambatan yang mungkin terjadi seperti: ketiadaan pelayanan , stigma terhadap pengguna jiwa atau pelanggaran hak pasien, tidak ada perumahan dan pekerjaan bagi pasien yang telah selesai mengikuti program pemulihan.

**2. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

Strategi pencegahan penanggulangan NAPZA melalui pemberdayaan masyarakat diarahkan secara dini untuk meningkatkan keterampilan hidup (*life skill*) remaja serta pemberdayaan orangtua agar dapat mencegah anak-anaknya dari penyalahgunaan NAPZA.

Sasaran dari pemberdayaan masyarakat ini dapat dilakukan melalui kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisir (seperti karang taruna, pramuka, organisasai agama) dan masyarakat luas dengan cara meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kepedulian dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.

Untuk masyarakat luas komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) dilakukan melalui media massa baik cetak maupun elektronik atau modalitas lain, sedangkan masyarakat yang terorganisir dapat dilakukan dengan tatap muka ataupun melakukan pelatihan untuk terbentuknya perilaku hidup sehat.

Perilaku hidup sehat yang terbentuk juga diharapkan akan menjadi bagian dari norma atau gaya hidup (*life style*) masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan kemandiriannya guna hidup sehat dan bebas dari pengaruh NAPZA. Peran serta masyarakat, dalam penanggulangan penyalahgunaan NAPZA yang telah tumbuh, perlu tetap didorong atau dikembangkan untuk menjamin kesinambungan program



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

### **3. PENINGKATAN KAPASITAS SDM**

Guna menjamin terlaksananya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA, di perlukan tenaga profesional yang mengabdikan diri di pemerintahan, swasta dan masyarakat. Tenaga profesional tersebut membutuhkan pelatihan-pelatihan yang didisain sesuai kebutuhan dan keterampilan khusus, seperti: *pelatihan relapse prevention*, pelatihan konselor adiksi, instruktur *Cognitive Behavior Therapys*, instruktur *motivational enhancement therapy*, pendamping ODHA dan lain-lain.

### **4. PENGUATAN SISTEM KESEHATAN**

Sistem kesehatan terkait dengan upaya penanggulangan NAPZA perlu ditingkatkan mulai dari pelayanan kesehatan dasar sampai dengan pelayanan rujukan atau spesialisik, Peran dan tanggung jawab berbagai institusi kesehatan mulai dari Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan kabupaten /Kota, Puskesmas, RSU, RSJ dan RSKO harus lebih jelas.

Walaupun penanggulangan penyalahgunaan NAPZA telah dijalankan semenjak lebih dari dua dekade terakhir, akan tetapi masih banyak dijumpai hambatan-hambatan seperti :

- a. Belum adanya pengelola program penanggulangan NAPZA yang jelas baik di tingkat dinas kesehatan provinsi maupun kabupaten/kota dan bila ada, kemampuan mereka masih terbatas, program saling tumpang tindih dengan sektor lain dan anggaran yang terbatas.
- b. Sistem informasi yang belum lengkap dan terpadu.
- c. Pemahaman dan pengertian tentang masalah NAPZA yang berbeda-beda
- d. Peraturan perundang-undangan yang tidak mendukung upaya pelaksanaan di lapangan.
- e. Keikutsertaan masyarakat, LSM dan sektor lain yang masih terbatas dan belum terarah dengan tepat.
- f. Fasilitas pemerintah seperti RSU dan RSJ kurang dimanfaatkan karena tidak sesuai dengan kebutuhan populasi
- g. Metoda pengobatan sangat beragam tanpa standar yang jelas.
- h. Perizinan pembukaan dan operasional sarana pelayanan pemulihan ketergantungan NAPZA masih rancu meskipun sudah ada surat keputusan menteri kesehatan.
- i. Masih terdapat ketidaksepakatan antara penegak hukum yang menganggap pengguna juga perlu dihukum, sementara mereka sangat membutuhkan dukungan dari lingkungan yang dapat membantu memberikan rasa aman kepada mereka.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

**5. PENGEMBANGAN MODEL PELAYANAN KETERGANTUNGAN NAPZA**

Semua pelayanan ketergantungan NAPZA harus dapat menjamin terapi dan perawatan yang terstandarisasi dan memiliki beberapa prinsip pelayanan :

- a. **Evidence-based:** Pelayanan yang diberikan harus berbasis bukti dan hasil (*outcome*) yang dapat terukur dan terstandarisasi;
- b. **Komprehensif:** Pelayanan diberikan secara komprehensif melalui upaya Promotif-Preventif serta Kuratif-Rehabilitatif;
- c. **Multidisplin:** Pelayanan harus dilaksanakan oleh tenaga profesional yang multidisiplin dengan memiliki leadership dan keterampilan teknis tinggi. Pelayanan harus dilaksanakan melalui kerjasama tim yang solid, kompak dan utuh serta mampu menerapkan prinsip pelayanan manajemen kasus;
- d. **Akuntabilitas:** Semua kegiatan pelayanan NAPZA di pelayanan kesehatan berupa informasi, tindakan dalam pengelolaan pasien ketergantungan NAPZA harus dapat diukur;
- e. **Responsif dan fokus pada Klien:** Pelayanan yang diberikan harus dapat menjawab berbagai kebutuhan masyarakat atau klien melalui perencanaan dan pelayanan berdasarkan kebutuhan masyarakat yang secara sosio-kultural sensitif;
- f. **Menjaga dan menghormati hak azasi manusia:** Semua upaya pelayanan yang diberikan harus dapat menjamin terjaminnya dan dihormatinya hak azasi manusia. Pelayanan secara jelas dan tegas harus mencerminkan keberpihakan pada rakyat. Harus diakui bahwa rakyat mempunyai hak untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, oleh karenanya pelayanan ketergantungan NAPZA diarahkan tanpa membedakan suku, golongan, agama dan status sosial ekonomi, melainkan semata-mata untuk menjadikan masyarakat yang mandiri dalam hidup sehat.

**6. PENGEMBANGAN PEMBIAYAAN DAN KETERLIBATAN SEKTOR SWASTA**

Upaya penanggulangan ini tidak akan berhasil, tanpa pembiayaan yang memadai. Mengingat masalah ini sudah menjadi masalah bangsa (bukan hanya masalah kesehatan masyarakat), maka Pemerintah baik Pusat maupun Daerah perlu mengangkat hal ini menjadi salah satu program yang mendapat perhatian khusus. Disisi lain, keterbatasan dana Pemerintah merupakan salah satu hambatan utama, (yang selama ini lebih banyak digunakan untuk penanggulangan HIV/AIDS, sedangkan dana untuk penanganan penyalahgunaan NAPZA sangat sedikit), oleh karena itu perlu digalang kerjasama dengan berbagai LSM dan swasta/dunia usaha dalam mencapai kelestarian program intervensi. Masyarakat juga perlu digerakkan untuk memberikan kontribusi dalam penanggulangan.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Pada tahun 2005 pemerintah telah menetapkan bahwa jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60.000.000 jiwa. Penderita ketergantungan NAPZA yang termasuk dalam kategori keluarga miskin mempunyai hak untuk mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatan askeskin.

**VI. PENUTUP**

Sebagaimana yang telah dijelaskan didepan, upaya penanggulangan penyalahgunaan NAPZA bukanlah proses yang mudah dan sederhana. Keberhasilan pelaksanaan program terletak pada kesungguhan, para penyelenggara di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dalam menyusun rencana aksi dan melaksanakan upaya penanggulangan NAPZA.

Upaya penanggulangan NAPZA merupakan tanggungjawab kita bersama, bahkan bukan sektor kesehatan semata tapi juga lintas sektor, masyarakat dan sektor swasta. Kebijakan penanggulangan NAPZA Depkes ini perlu didukung oleh semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Kesamaan persepsi dan pemahaman tentang masalah NAPZA, efektifitas kerjasama antara aparat kesehatan pusat, provinsi, kabupaten/kota termasuk Badan Narkotika Nasional (BNN), Badan Narkotika Provinsi (BNP) dan Badan Narkotika Kabupaten/Kota (BNK) menjadi penting dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran upaya penanggulangan NAPZA.



**MENTERI KESEHATAN,**

**Dr. dr. BITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)**