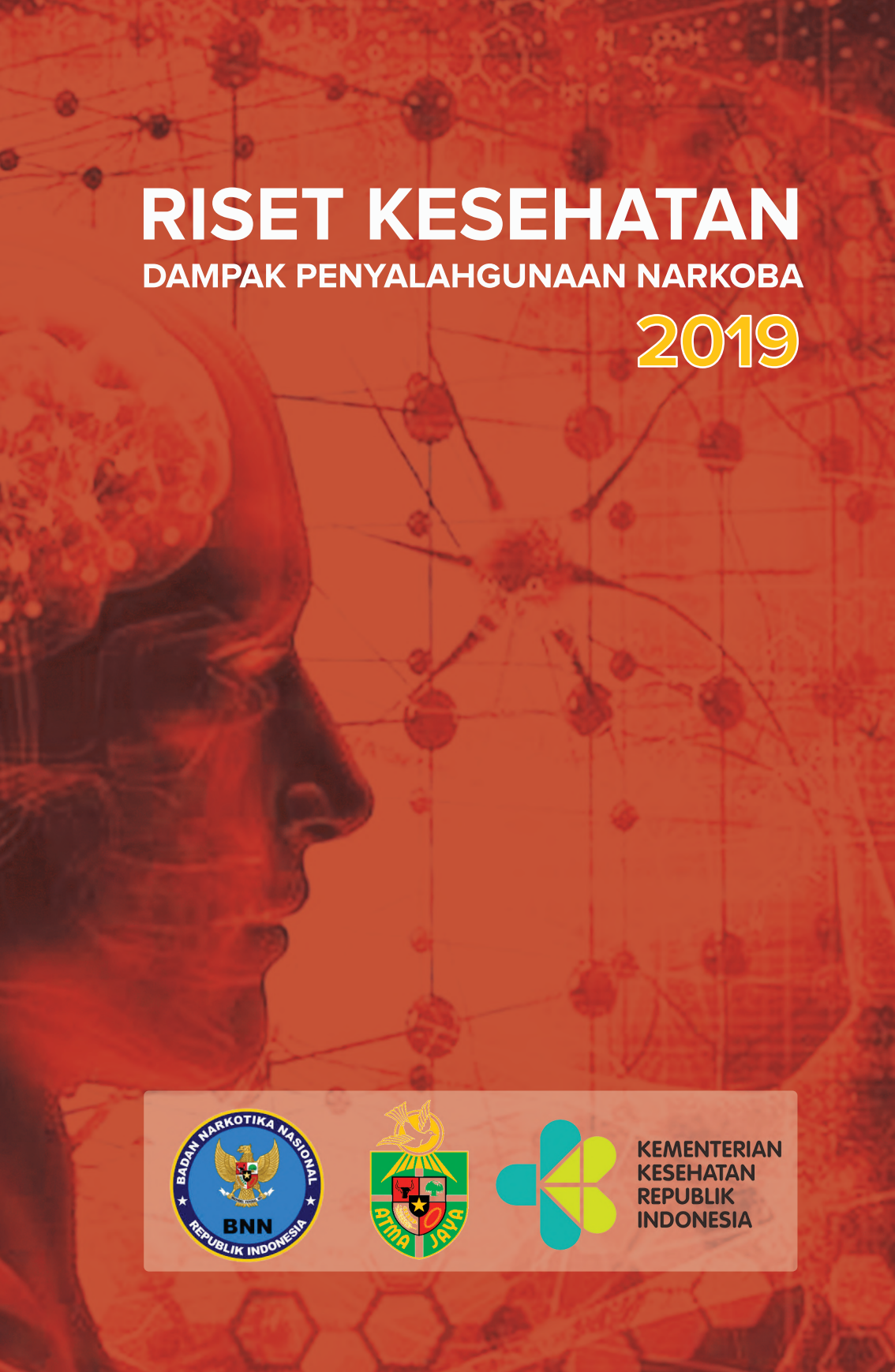
RISET KESEHATAN

DAMPAK PENYALAHGUNAAN NARKOBA

2019



BADAN NARKOTIKA NASIONAL
BNN
REPUBLIK INDONESIA

ATMA JAYA

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

RISET KESEHATAN

DAMPAK PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA

2019

PUSAT PENELITIAN DATA DAN INFORMASI
BADAN NARKOTIKA NASIONAL
2019

ISBN : 978-602-74498-9-3

Riset Kesehatan Dampak Penyalahgunaan Narkotika Tahun 2019

Copyright @2019

Tim Penyusun :

Penanggung Jawab	: Drs. Agus Irianto, S.H., M.H., M.Si
Konsultan Ahli	: Prof. Irwanto, Ph.D
Ketua	: Erma Antasari, S.Si
Sekretaris	: Dwi Sulistyorini, S.Si., M.Si
Anggota	: Siti Nurlela Marliani, SP., S.H., M.Si
	Sri Lestari, S.Kom., M.Si
	Novita Sari, S.Sos., M.H
	Sri Haryanti, S.Sos., M.Si
	Plamularsih Swandari, M.Si
	Quazar Noor Azhim, A.Md
	Armita Eki Indahsari, S.Si
	Radityo Kunto Harimurti, S. Stat
	Tri Sugiharto, S.Kom
	Rizky Purnamasari, S.Psi
Desain Cover & Isi	: Indoyanu Muhamad

Hak Cipta dilindungi undang-undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Penerbit :
Pusat Penelitian, Data, dan Informasi
Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia
Jl. MT. Haryono No. 11 Cawang, Jakarta Timur
Telp.(021) 80871566, 80871567
Fax. (021) 80885225, 80871591, 80871593
Email : puslitdatin@bnn.go.id.
Call Center : 184
SMS Center : 081221675675
Email : puslitdatin@bnn.go.id
Website : www.bnn.go.id

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.
Salam sejahtera bagi kita semua.

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat Rahmat dan Karunia-Nya Riset Kesehatan Dampak Penyalahgunaan Narkotika Tahun 2019 dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Riset Kesehatan Dampak Penyalahgunaan Narkotika Tahun 2019 dilaksanakan atas kerjasama Badan Narkotika Nasional dengan Universitas Katolik Atmajaya dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan. Riset ini dilaksanakan di 6 (enam) Provinsi yang memiliki tempat Rehabilitasi penyalahguna Narkoba yaitu Jawa Barat, Kepulauan Riau, Sumatera Utara, Lampung, Sulawesi Selatan dan Kalimantan Timur. Adapun sasaran Riset ini adalah klien/peserta yang menjalani layanan di beberapa tempat pelaksanaan program penanggulangan narkotika BNN yaitu di Balai Besar Rehabilitasi, Program Pasca Rehabilitasi, Klinik Pratama BNNP dan Mitra Komponen Masyarakat BNNP.

Tujuan utama Riset ini adalah untuk memperoleh gambaran sistematik dari dampak penggunaan narkotika pada diri individu pengguna baik dirinya sendiri maupun pada elemen-elemen dalam relasi sosial-budayanya dengan pihak-pihak yang berpengaruh dalam kehidupan pribadinya. Riset ini merupakan salah satu program Prioritas Nasional yang digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kebijakan nasional.

Salah satu dampak nyata dari penggunaan narkotika berkelanjutan dalam jangka lama adalah adiksi atau ketergantungan obat. Ketergantungan obat atau adiksi merupakan pangkal dari merebaknya berbagai dampak atau gangguan negatif di ranah fisik-biologis, mental, maupun sosial. Orang yang mengalami adiksi sering

memiliki satu bahkan lebih masalah kesehatan. Masalah yang muncul dapat terkait dengan gangguan fisik maupun mental. Gangguan fisik antara lain penyakit paru-paru, jantung, stroke, kanker, dan kondisi kesehatan mental.

Akhirnya selaku Kepala BNN, kami mengucapkan terima kasih kepada Universitas Katolik Atmajaya, Kementerian Kesehatan dan kepada seluruh pihak yang terlibat yang telah membantu pelaksanaan riset ini. Kami berharap agar hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan secara maksimal khususnya oleh Badan Narkotika Nasional dan stakeholder terkait dalam menentukan kebijakan Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN). Selain itu hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan manfaat kepada seluruh masyarakat dalam mensukseskan gerakan Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) di Indonesia.

Sekian dan terima kasih.
Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Jakarta, Desember 2019
Kepala Badan Narkotika Nasional

Drs. Heru Winarko, S.H

Puji syukur Alhamdulillah kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat taufik serta hidayah-Nya yang sangat besar sehingga pada akhirnya Buku Riset Kesehatan Dampak Penyalahgunaan Narkotika Tahun 2019 dapat diselesaikan tepat waktu. Riset ini merupakan kerjasama antara Badan Narkotika Nasional dengan Universitas Katolik Atmajaya dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan. Dalam pelaksanaannya Riset ini dibantu oleh para Mitra Lokal BNNP dan tim Peneliti di 6 Provinsi.

Tujuan utama Riset ini adalah untuk mencari gambaran sistematik dari dampak penyalahgunaan Narkotika pada diri Individu pemakai terhadap pribadi dan elemen-elemen dalam relasi sosial-budayanya dengan pihak-pihak yang berpengaruh dalam kehidupan pribadinya.

Riset ini melibatkan banyak pihak mulai dari tim ahli BNN, BNNP, Balai Besar rehabilitasi, Program pasca rehabilitasi, Klinik pratama BNNP dan Mitra komponen masyarakat BNNP di 6 Provinsi. Dalam kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala BNN Drs. Heru Winarko, S.H dan Drs. Adhi Prawoto, S.H selaku Sestama BNN dan seluruh staf BNN atas dukungan dan kerjasamanya pada setiap tahapan penyusunan buku ini.

Terima kasih kami ucapkan kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan tim peneliti lainnya. Tidak lupa juga kami sampaikan terima kasih kepada seluruh mitra lokal dari Kepulauan Riau, Sumatera Utara, Lampung, Sulawesi Selatan dan Kalimantan Timur serta mitra lokal dari Balai Besar Rehabilitasi BNN, Loka Rehabilitasi Batam, Loka Rehabilitasi Deli Serdang Medan, Loka Rehabilitasi Kalianda Lampung, Balai Rehabilitasi Baddoka Makassar, dan Balai Rehabilitasi Tanah Merah.

Akhirnya kami berharap buku ini dapat memberikan kontribusi yang berguna dan bermanfaat bagi pengambilan keputusan dan penyempurnaan program Pencegahan dan Pemberantasan

Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN) di Indonesia umumnya dan tingkat provinsi khususnya.

Jakarta, Desember 2019

Tim Penyusun

Riset Kesehatan Dampak Narkotika 2018 merupakan mandat Bappenas dan BNN untuk memulai kajian-kajian yang dapat memberikan bukti-bukti empirik yang akan digunakan untuk merumuskan indikator bagi kinerja BNN di masa yang akan datang. Kerangka teoretik yang digunakan adalah bio-psiko-sosial-spiritual untuk mencerminkan konsep sehat yang lebih holistik.

Riset ini adalah penelitian survei *(self-report)* yang melibatkan 602 responden yang dipilih secara acak dari *listing* klien rehabilitasi lembaga di bawah naungan BNN dan mitra di 6 wilayah (Lido; Batam; Tanah Merah; Deli Serdang; Kalianda dan Baddoka) yang berjumlah 4.203 orang. *Random selection* secara proporsional dilakukan dengan tingkat kesalahan 4% menghasilkan 602 respoden. Tidak semua responden dipilih secara *random* karena responden perempuan dan pemakai heroin jumlahnya sangat kecil sehingga seluruhnya dijadikan responden. Ini menjadi catatan kelemahan dari penelitian ini.

Penelitian ini menemukan beberapa temuan sebagai berikut:

1. Indonesia mempunyai permasalahan narkotika yang bersifat *POLYDRUG USE* yang bercirikan populasinya muda (laki-laki 93,9%; 90% di bawah 39 tahun), bereksperimen dengan berbagai zat psikoaktif (85% memakai lebih dari 2 zat sampai 15 jenis zat), memakai dengan cara yang berisiko, dan cenderung menggunakan jangka panjang (1 – 6 tahun). Kebanyakan mereka menggunakan zat sebelum berusia 20 tahun. Mereka berpotensi menjadi pemberi beban penyakit (*burden of disease*) yang serius dan mahal di Indonesia.
2. Zat yang paling banyak disalahgunakan adalah shabu *(Crystal Meth)*, ganja, ATS lainnya, dan obat-obat psikotropik yang terjual di pasar bebas. Zat-zat ini digunakan dengan cara dirokok (64,3%), ditelan (51%), dan dihirup (34,9%) sesuai dengan jenis zatnya. Penggunaan dengan jarum suntik (11,4%) dan sub-lingual (4,8%) relatif sedikit karena pengguna heroin telah menurun dan pemakai halusinogenik (LSD) relatif kecil. Penyalahgunaan Narkotika jangka panjang, khususnya ATS, ganja, heroin, halusinogen, *New Psychoactive Substances (NPS)* dan berbagai obat psikoaktif yang dijual bebas mempunyai dampak serius pada aspek kesehatan fisik dan mental-emosional.

3. Resiko penyalahgunaan zat karena tujuan penyalahgunaan atau ketika zat digunakan cukup memprihatinkan. Sebanyak 73,6% responden pernah mengemudi sambil mabuk dan 15% diantaranya sering melakukan hal ini. Demikian juga 39% mencampur zatnya dengan berbagai zat lain untuk memperoleh efek mabuk. Sekitar 75,5% responden menyalahgunakan zat untuk meningkatkan keberanian dan 45,8% agar berani melawan hukum. Sebanyak 63% responden menyalahgunakan zat untuk tujuan seks dan 75,1% responden yang melakukan hubungan seks, baik yang telah atau belum menikah tidak menggunakan kondom.
4. Dari dampak fisik, sebanyak 59,5% responden mengaku pernah mengalami infeksi mulut karena penyalahgunaan narkotika 22,8% di antaraya menjawab cukup sering sampai sering sekali. Sebanyak 52,8% mengaku mengalami infeksi pernafasan dan 21,9% di antaranya menyatakan cukup sering sampai sering sekali. Dampak fisik lainnya yang diakui adalah pusing/sakit kepala hebat (73,4%), gangguan gigi (64,1%), gangguan mata (45,5%), dehidrasi/kelumpuhan (21,3%) dan kejang-kejang (11,1%). Sebanyak 14,1 % responden pernah mengalami overdosis.
5. Ketika ditanya dampak kesehatan jangka panjang, 5,8% mengakui telah terinfeksi Hepatitis C, 6,8% pernah mengalami PMS, 3% mengalami TBC, 2,7% telah positif HIV, 1,5% mengalami sirosis hati, 0,8% pernah mengalami stroke, dan 13,1% mengakui mengalami dampak gangguan jiwa.
6. Secara lebih detail, 86,4% responden mengalami ketakutan, kecemasan, dan rasa panik dan 48,2% mengatakan cukup sering sampai sering sekali. Sekitar 80% responden pernah merasakan paranoid dan dikucilkan, 77,1% mengalami gangguan memori, 58% mengalami depresi dan putus asa, 56,3% mengalami halusinasi panca indra, 46,5% mengalami kekerasan dari keluarga, 41,7% mengalami kekerasan dari orang lain 22.3% ingin bunuh diri, 56,3% merasa membenci diri sendiri, 55,7% membenci orang-orang terdekat, 72,3% merasa dicap negatif oleh kerabat dekat, 24,7% terputus hubungan dengan keluarga, 77,1% Responden juga merasa bahwa keluarganya mulai diisolasi oleh masyarakat sekitar, hubungan antar anggota keluarga lebih memburuk dan perilaku mereka juga mempunyai dampak negaitf terhadap kondisi finansial

keluarganya. Secara umum hampir tidak ada perbedaan efek antara zat utama yang digunakan dengan gangguan emosional dan sosial.

7. Jika data penggunaan zat dan lama penggunaannya ditabulasi silang dengan kondisi keluarga, maka ada tendensi umum bahwa lama penggunaan zat memperburuk situasi dalam keluarga.
8. Mengenai hubungan antara penyalahgunaan Narkotika dengan situasi di sekolah maka 56% responden menyatakan malas/suka bolos sekolah, 53,2% prestasi akademik menurun dan kurang lebih sepertiga dari responden terganggu hubungannya dengan teman dan guru. 22,1% responden pernah dikeluarkan dari sekolah.
9. Penyalahgunaan Narkotika juga diakui oleh lebih dari 70% responden menyebabkan tidak harmonisnya hubungan dirinya dan keluarganya dengan lingkungan tempat tinggal. Sebanyak 23,4% merasa mereka dianggap musuh masyarakat dan 22,1% pernah dilaporkan ke aparat keamanan.
10. Penyalahgunaan Narkotika juga menyebabkan responden harus berhadapan dengan hukum. Lebih dari 70% responden yang telah memakai narkotika pernah ditangkap, ditahan, dan diperkarakan di pengadilan.
11. Keluarga merupakan pendukung utama dari proses pemulihan. Sekitar 47,7% responden yang saat ini masih dalam perawatan mengaku didorong dan memperoleh dukungan keluarga dan 30,1% merupakan dorongan pribadi. Sekolah dan tempat kerja tidak banyak diakui responden merupakan pihak-pihak yang mendukung proses pemulihan.
12. Responden perempuan mempunyai kebutuhan yang spesifik dan perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk memahami kompleksitas dan kebutuhan khusus mereka – terutama yang menyebabkan mereka cenderung tidak menjangkau layanan rehabilitasi profesional.
13. Penilaian kemampuan diri responden pengguna narkotika yang pernah atau sedang menjalani rehabilitasi dibandingkan dengan responden populasi umum memiliki tingkat masalah yang lebih tinggi pada dimensi kemampuan perawatan diri, melakukan aktivitas sehari-hari dan rasa cemas/depresi.
14. Klien rehabilitasi menilai kualitas kesehatan dirinya pada nilai rata-rata 85 dan nilai tengah 90. Hal ini sebagai ekspresi diri bagaimana

pengguna narkotika yang pernah atau sedang direhabilitasi merasa kualitas kesehatannya saat ini lebih baik dibandingkan sebelum mengikuti rehabilitasi dan sedang di bawah pengaruh penyalahgunaan narkotika.

15. Ada kebutuhan serius untuk mengembangkan program dukungan pasca rehabilitasi. Terutama ketika keluarga tidak dapat memberikan dukungan dengan penuh dan masyarakat masih melakukan stigmatisasi dan diskriminasi. Tempat-tempat rehabilitasi BNN untuk mendukung rehabilitasi perlu diupayakan untuk memberikan layanan yang relevan.

IMPLIKASI MASA DEPAN KEBIJAKAN NARKOTIKA

1. Indonesia telah lama berhadapan dengan dampak buruk penyalahgunaan Narkotika. Upaya bersama-sama Negara lain secara global telah dilakukan sejak awal Orde Baru dan sampai hari ini masalahnya masih sangat serius. Oleh karena itu, berbagai analisis kebijakan perlu dilakukan. Dampak kesehatan memberikan beban pada RAPBN yang cukup signifikan, akan tetapi kajian yang mendetil tentang biaya kesehatan bagi penyalahgunaan narkotika belum dilakukan. Sudah saatnya pemerintah, dalam hal ini BNN mengupayakan berbagai penelitian strategis sehubungan dengan biaya ekonomi kesehatan, sosial, dan kemaslahatan lainnya dan menentukan strategi penanggulangan yang lebih komprehensif.

2. Selain *trend* zat yang disalahgunakan, maka perlu diperhatikan bahwa penelitian BNN sejak tahun 2013 menunjukkan bahwa penyalahgunaan Narkotika di Indonesia bercirikan anak-anak muda dan *polydrug users*. Kenyataan ini merupakan tantangan tersendiri karena *polydrug users* rentan terhadap pengaruh zat tetapi sekaligus rentan terhadap pengarahun interaksi antar zat (Vanderplasschen, De Maeyer,Colpaert, Cogel, Rea, Dom, Sabbe & Broekaert, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR55_en.pdf) yang sangat berbahaya bagi kesehatan maupun jiwa penggunanya. Oleh karena itu, *polydrug-users* akan menjadi beban kesehatan yang sangat mahal jika tidak diperhatikan dengan serius.

3. Salah satu topik diskusi dalam kebijakan publik penanganan dan penanggulangan Narkotika adalah kewenangan sektoral. BNN yang didirikan atas mandat UU No. 35 Tahun 2009 mengenai Narkotika mempunyai wewenang mengawasi dan mengendalikan zat-zat yang ada dalam daftar UU tersebut. Di luar kategori yang ada didalam daftar tersebut, terutama penyalahgunaan obat-obat yang dapat dibeli secara bebas atau melalui resep dokter harus diawasi dan dikendalikan oleh sektor kesehatan yaitu BPOM dan Kemenkes. Debat sektoral ini dapat mengarah pada keputusan yang merugikan jika tidak melihat kenyataan di atas, yaitu bahwa pemakai atau yang menyalahgunakan Narkotika juga menyalahgunakan zat-zat lainnya termasuk obat bebas dan zat-zat yang beredar di masyarakat atau yang di atas disebut *polydrug users*. Pengawasan sektoral akan menuntut koordinasi yang sangat sulit yang selama ini tidak berjalan dengan baik. Oleh karena itu, perlu digagas dan dibentuk satu unit kriminal lintas sektoral khusus, yang selama ini mungklin sudah di dalam kelembagaan BNN atau Kepolisian dengan mandat diperluas atau tupoksi yang lebih fleksibel sehingga dapat menanggapi berbagai dinamika perubahan dalam *demand-supply chain* dan pasarnya.

4. Pokok persoalan berikutnya yang perlu didiskusikan adalah penyalahgunaan zat sebagai bagian dari gaya hidup (*lifestyle*). Pendekatan teoretik menggunakan kerangka *bio-psycho-social-spiritual model*, memberikan peluang untuk melihat penyalahgunaan zat sebagai bagian dari gaya hidup yang diaspirasikan oleh penggunanya (Davies, Ellison, Ward, & Laudet, 2015; Rahman, Gupta, Suklecha, & Khunte, 2010). Dengan demikian mencari tahu alasan penyalahgunaan zat menjadi krusial karena akan menentukan gaya hidup seperti apa yang sedang diangankan pengguna dan hubungannya dengan zat apa yang dipilih dan dengan siapa zat digunakan. BNN dalam penelitian Prevalensi Tahun 2015 telah mengingatkan meningkatnya penyalahgunaan ATS, khususnya Shabu (*Crystal Meth* dan Ekstasi) di samping penyalahgunaan Ganja yang selalu menjadi zat pilihan terbanyak. Penyalahgunaan Heroin atau Putaw yang marak di tahun-tahun sebelumnya mengalami

penuruan drastis. Membaiknya tingkat pendapatan ekonomi per-kapita dibarengi dengan maraknya pusat-pusat hiburan dan *clubbing*, yang cocok dengan ciri-ciri stimulan seperti ATS, komunitas yang lebih terbuka dan lebih melibatkan banyak orang dibanding kultur yang mencerminkan generasi yang bingung dan frustrasi yang mendasari penyalahgunaan depresan termasuk Heroin. Meskipun demikian, otoritas yang mengawasi penyalahgunaan zat perlu waspada bahwa tidak ada gaya hidup yang bersifat menetap. Meningkatnya produksi opium di dunia (65% dari 2016 ke tahun 2017) yang dilaporkan oleh *The World Drug Report* (UNODC, 2018) di kawasan Afghanistan memberikan sinyal bahwa opiat akan kembali lagi. Mungkin dalam bentuk yang baru dan lebih murah.

5. Peranan masyarakat, khususnya sekolah dan tempat kerja, untuk bekerjasama dengan keluarga dan BNN bidang Pencegahan sangat krusial, yaitu:
   a. Mengupayakan deteksi dini kasus-kasus penyalahgunaan obat dan Narkotika. Observasi di sekolah dan di tempat kerja jauh lebih memungkinkan untuk menemukan masalah dalam perilaku individu yang menyalahgunakan Narkotika. Selain itu, lembaga pendidikan perlu menciptakan suasana belajar mengajar yang mendukung konsep diri yang positif, rasa berani dan kemampuan siswa untuk memilih kegiatan alternatif yang positif. Hal-hal ini sering menjadi alasan penyalahgunaan zat karena ingin berani, tidak mampu, dan kadang ingin lebih kreatif. Di rumah, individu dapat mengisolasi dirinya di kamar atau di luar rumah sehingga pengamatan orang lain menjadi terbatas. Laporan atas indikasi dini dapat membantu orangtua, aparat, atau yang bersangkutan untuk memperoleh atau menerima bantuan. Deteksi dini yang diimbangi dengan intervensi dini akan membantu mengelola perilaku berisiko klien, terutama mencegah semakin banyak zat yang digunakan dan dalam jangka panjang. Selain itu, klien juga dapat dibantu untuk tidak menggunakan zat dalam keadaan intoksifikasi. Untuk itu, perlu dikembangkan kebijakan sekolah dan tempat kerja yang supportif dan edukatif sehingga mengurangi rasa takut untuk lapor dan meminta bantuan profesional.

b. Upaya preventif harus dilakukan sejak dini dan harus lebih agresif dan menyeluruh - usia remaja (10 tahun ke atas) merupakan usia resiko untuk *gateway drugs* – pengawasan rokok dan alkohol juga sangat krusial. Dalam hal ini kita cenderung meremehkan data dan fakta yang ada karena kedua zat tersebut memainkan fungsi sosial yang diterima oleh masyarakat.
c. Mendukung pemulihan dan reintegrasi pasca rehabilitasi. Sekolah dan tempat kerja adalah lingkungan sekunder yang sangat dibutuhkan penyintas rehabilitasi. Banyak pecandu yang ditangkap dan kehilangan kesempatan sekolah karena membawa, coba-coba, atau pengguna rekreasional. Kesempatan untuk melanjutkan sekolah dan bekerja merupakan harapan sebagian besar pecandu yang menyelesaikan program rehabilitasinya. Membangun budaya sekolah dan budaya kerja yang tidak mendiskriminasi mantan pecandu dan individu yang pernah berkonflik dengan hukum akan menjadi lingkungan yang memberdayakan bagi pemulihan yang dapat dipertahankan dalam jangka panjang.

6. Indonesia sudah lama melakukan investasi dalam rehabilitasi, terutama ketika Mahkamah Agung RI mengeluarkan SEMA No. 3 Tahun 2011 yang memprioritaskan perawatan penyalahguna Narkotika di lembaga Rehabilitasi dan mendorong dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor. Berbagai pihak menyatakan bahwa kebijakan baru ini tidak berjalan dengan baik karena kurangnya kapasitas Lembaga Wajib Lapor dalam penyediaan tenaga profesional yang mengelola program perawatan medik (dokter, psikiater) yang kadang berdampak pada ketersediaan obat esensial, dan yang mengelola program psiko-sosial (pekerja sosial, konselor adiksi, psikolog, ahli penanganan spiritual). Kebutuhan ini disuarakan baik oleh responden/ informan penelitian, maupun oleh pekerja profesional di lembaga rehabilitasi yang merasa kewalahan karena jumlahnya sedikit dan tidak memperoleh dukungan profesional yang serius. Selain itu, perlu juga diperhatikan bahwa data kualitatif

menunjukan bahwa klien dan keluarganya mengalami kesulitan mengakses layanan rehabilitasi yang ada karena hanya berada di wilayah/kota tertentu. Diperlukan perluasan yang strategis dan berbasis masyarakat sehingga dari segi pembiayaan tidak memberatkan klien dan keluarganya.

7. Terkait dengan persoalan di atas, masalah kesehatan mental menjadi isu yang belum banyak diperhatikan seperti depresi, paranoid, cemas, dan lain-lain hal ini disebabkan karena kurangnya sumber daya profesional, sehingga ada kecenderungan merespon gejala-gejala tersebut ketika sudah mengganggu. Peningkatan kapasitas staf melalui program *task and skill shifting* dalam menangani persoalan psikososial dan kesehatan mental akan sangat membantu pemulihan klien tanpa adanya ketergantungan serius pada tenaga profesional medis dan psikologis.

8. Ditinjau dari kebutuhan berdasarkan gender, data kualitatif menunjukan bahwa kebutuhan responden perempuan lebih kompleks dibanding laki-laki. Salah satu alasannya adalah persoalan ketergantungan pada pasangan, keluarga baik keluarga inti maupun keluarga besar, pada anak-anaknya sendiri ketika mempunyai keturunan dan *multiple stigma* yang mereka alami. Penjangkauan keluarga dan membantu keluarga maupun klien perempuan untuk berani memiliki informasi tentang layanan yang tersedia dan berani untuk menjangkaunya menjadi program yang penting dalam setiap lembaga rehabilitasi, baik rawat inap maupun rawat jalan.

9. Penilaian kemampuan diri responden pengguna narkotika yang pernah atau sedang menjalani rehabiitasi dibandingkan dengan responden populasi umum memiliki tingkat masalah yang lebih tinggi pada dimensi kemampuan perawatan diri, melakukan aktivitas sehari hari dan rasa cemas/depresi. Faktor ini menjadi salah satu sumber bias dalam penelitian ini tetapi juga menunjukkan pentingnya rawatan rehabilitasi.

KATA SAMBUTAN i
KATA PENGANTAR iii
RINGKASAN EKSEKUTIF v
DAFTAR ISI xiii
DAFTAR TABEL xv
DAFTAR GAMBAR xvi

BAB I - PENDAHULUAN 1
1.1. Latar Belakang 3
1.2. Rumusan Masalah 14
1.3. Tujuan Penelitian 15
1.4. Manfaat Penelitian 15

BAB II - TINJAUAN PUSTAKA 17
2.1. Dampak Penggunaan Narkotika pada Kesehatan 19
2.2. Teori Adiksi dan Implikasinya pada Kesehatan 22
2.2.1. Adiksi sebagai Persoalan Moral dan Kriminal 22
2.2.2 Adiksi sebagai Penyakit Otak *(Brain Disease)* 23
2.2.3. Adiksi sebagai Konstruksi Sosial 25
2.2.4. Adiksi sebagai persoalan bio-psiko-sosial–spiritual (BPSS) 25

BAB III - METODOLOGI 27
3.1. Waktu dan Lokasi Penelitian 29
3.2. Desain Penelitian 30
3.3. Metode Pengumpulan Data 31
3.4. Pelaksanaan Penelitian 38
3.5. Pengolahan dan Analisa Data 42
3.6. Kualitas Hidup/Kesejahteraan *(Well-Being)* 42
3.7. Keterbatasan Penelitian 43

BAB IV - HASIL PENELITIAN 45
4.1. Karakteristik Responden 47
4.1.1. Karakteristik Demografi 47
4.1.2 Riwayat dan Resiko Penggunaan Narkotika 48
4.1.3. Resiko karena perilaku ketika memakai zat 56
4.2. Hubungan dengan Kesehatan Fisik 58

4.3. Hubungan dengan Kesehatan Mental dan Sosial 62
4.4. Dampak Pemakaian Narkotika Pada Pertemanan, Sekolah dan Pekerjaan 72
4.5 Dampak Pada Lingkungan Tempat Tinggal dan Aparatur Negara 74
4.6 Alasan Saat Ini Masuk Rehabilitasi 78
4.7 Sumber Dukungan Untuk Pemulihan 79
4.8 Kualitas Hidup 83
4.8.1. Hasil EQ 5D-5L Pengguna Narkotika DiBandingkan dengan Data EQ 5D-5L pada Populasi Umum dari The Indonesian EQ-5D-5L (2017) 83
4.8.2. Skor Penilaian Kesehatan Diri (EQ-VAS) 85
4.8.3. Perbandingan Skor Kesejahteraan Antar Jenis Kelamin dan Golongan Usia 85
4.9 Kebutuhan Dukungan Pasca Rehabilitasi 86

BAB V - KESIMPULAN 89

BAB VI - IMPLIKASI MASA DEPAN KEBIJAKAN NARKOTIKA 93

DAFTAR NAMA PENELITI 100

LAMPIRAN 101

DAFTAR PUSTAKA 124

Tabel 01: Data Kasus Narkotika dan WBP Juli 2012- Juli 2018 5
Tabel 02: Estimasi Pengguna Narkotika (BNN, 2017) 6
Tabel 03: Prevalensi Penyalahgunaan Narkotika pada remaja dan pemuda 7
Tabel 04: Listing Calon Responden Berdasarkan Tahun dan Lokasi 32
Tabel 05: Jumlah Responden Terpilih Berdasarkan Lokasi 33
Tabel 06: Tempat Pelaksanaan Penelitian di Masing-Masing Provinsi 39
Tabel 07: Jumlah Responden Per Provinsi 40
Tabel 08: Distribusi Informan Wawancara Mendalam 40
Tabel 09: Karakteristik Umum Responden (n = 602) 47
Tabel 10: Usia Pertama Kali Pakai dan Lama Penggunaan Zat 50
Tabel 11: Banyaknya Zat yang Digunakan Responden 51
Tabel 12: Cara Memakai dan Zat yang Digunakan 54
Tabel 13: Pengalaman Gangguan Kesehatan (n = 602) 58
Tabel 14: Kondisi Mental-Emosional (n = 602) 62
Tabel 15: Hubungan Antara Zat Utama yang Digunakan dengan Persoalan Mental emosional 63
Tabel 16: Lama Penyalahgunaan Lima Zat Utama Terhadap Kesehatan Sosial (n=602) 69
Tabel 17: Dampak Narkotika di sekolah (n = 602) 73
Tabel 18: Dampak Narkotika di Lingkungan Tempat Tinggal (n = 602) 74
Tabel 19: Hubungan antara Lama Pemakaian Narkotika Terkait Pengalaman Konflik dengan Aparat Hukum 75
Tabel 20: Faktor Pendukung dalam Upaya Pemulihan 79
Tabel 21: Skor Kesejahteraan Berdasarkan Domain (n = 602) 84
Tabel 22: Tingkat Masalah yang dialami Pengguna Narkotika dari Hasil 5D-5L Berdasarkan Usia Responden 84
Tabel 23: Perbandingan Nilai EQ-VAS Pada populasi Umum dengan Pengguna Narkotika Peserta Rehabilitasi 85

Daftar Gambar

Gambar 01: Model Teoretik Sistemik Ekologis 26
Gambar 02: 10 Zat yang Paling Banyak Digunakan 49
Gambar 03: Cara zat Digunakan (n=602) 53
Gambar 04: Resiko Terkait Tujuan dan Perilaku Saat Intoksifikasi (n=602) 56
Gambar 05: Dampak jangka Panjang Pemakaian Narkotika (n=602) 59
Gambar 06: Dampak terhadap Hubungan Keluarga (n=602) 68
Gambar 07: Dampaknya dalam Pertemanan (n=602) 73
Gambar 08: Alasan Direhabilitasi Saat Ini (n=602) 79
Gambar 09: Nilai rata-rata EQ-VAS Responden Pengguna Narkotika Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Usia 85

I

PENDAHULUAN

Balai Besar Rehabilitasi BNN
Lido, Sukabumi

Batik Masagi Khas Sukabumi

I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

a. Situasi Global

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) telah menerbitkan Laporan Dunia Situasi Penggunaan Narkotika (*World Drug Report 2018)*. Ekspektasi pembaca tentunya laporan ini akan menunjukkan buah-buah upaya global yang telah menghabiskan triliunan dollar AS dalam wujud berkurangnya atau semakin baiknya situasi penggunaan Narkotika di dunia. *Executive Summary* dari World Drug Report 2018 menyatakan:

(1) Komunitas global perlu meningkatkan upaya-upaya pencegahan dan pengurangan pasokan karena tahun ini ditandai oleh produksi Opium yang meningkat 65% dari tahun 2016 menjadi, 10.500 ton, tertinggi sepanjang sejarah. Demikian juga produksi kokaina meningkat menjadi 1.410 ton dengan munculnya Asia dan Afrika sebagai pasar-pasar baru. Penggunaan kedua zat ini yang telah lama saat ini mulai memperlihatkan koeksistensi dengan penggunaan zat-zat psikoatif baru (*new psychoactive substances* atau NPS) yang menambah kompleksitas konsekuensinya.

(2) Penggunaan obat yang diresepkan dokter bukan untuk tujuan pengobatan telah menjadi penyebab 76% kematian

dari pengguna obat yang mengalami gangguan penggunaan zat. Obat berbasis opiat untuk mengurangi rasa sakit seperti Fentanyl dan Tramadol [1] adalah yang terbanyak menimbulkan masalah kesehatan serius sampai kematian karena overdosis.

(3) Kanabis tetap menjadi jenis zat Narkotika yang paling banyak dikonsumsi. Laporan UNODC menunjukkan bahwa tidak kurang dari 192 juta manusia di dunia menggunakan zat ini dan selama satu dasawarsa ini telah meningkat sebesar 16 persen. Pengguna zat lainnya yang terbanyak adalah pengguna *amphetamine* dan obat *stimulant* yang diresepkan dokter (34 juta), pengguna *opioid* (34 juta) dan *opiate* (19 juta), pemakai ekstasi (21 juta), dan kokain (18 juta).

(4) Di antara pengguna berusia muda terdapat dua pola penggunaan yang berbeda dari satu negara ke negara yang lain. Pengguna muda yang berkelas sosial tinggi lebih banyak menggunakan *club drugs* untuk mendukung kegiatan di malam hari dan kegiatan rekreasional. Bagi anak muda yang kelas sosialnya rendah, maka penggunan zat *inhalant* (seperti lem) banyak digunakan oleh anak jalanan di seluruh dunia.

(5) Pengguna berusia 40 tahun ke atas mengalami peningkatan yang serius dan mereka sering mengalami masalah ganda dengan munculnya persoalan-persoalan kesehatan mental. Banyak di antara mereka adalah yang telah pernah menggunakan narkotika di masa remaja mereka

(6) Wanita yang menggunakan obat dokter untuk tujuan non-medis masih sangat problematik dan tidak lebih rendah dari laki-laki – bahkan diperkirakan lebih tinggi dari laki-laki.

b. Situasi di Indonesia

Seiring dengan berbagai upaya global, Indonesia juga telah mengupayakan pemberantasan dan pencegahan penggunaan Narkotika. Meskipun demikian, data-data BNN menujukkan peningkatan kasus yang signifikan selama lima tahun terakhir.

[1] Dalam studi yang dilakukan oleh Irwanto dkk. (2019) bersama Yayasan Sangai Tunas Cilik menunjukkan bahwa Tramadol telah dipakai oleh anak-anak jalanan di kampung-kampung Jakarta. Data BNN (2017) juga menunjukkan penggunanya lebih dari 500 ribu orang di Indonesia.

Tabel 01: Data Kasus Narkotika dan WBP Juli 2012- Juli 2018

Periode	Jumlah Kasus	Jumlah WBP	Peningkatan pertahun
2012 Juli	54.705	151.723	22,1% kasus 19,2% BWP
2013 Juli	62.334	163.152	
2014 Juli	64.224	163.711	
2015 Juli	68.403	174.378	
2016 Juli	77.284	197.656	68,7% Kasus 41,1% BWP
2017 Juli	96.945	224.604	
2018 Juli	104.206	249.933	

Data Online Ditjen Pas: 2018

Data di atas menunjukkan dengan jelas bahwa jumlah kasus yang terungkap tidak pernah turun bahkan meningkat dari 21% (2012-2015) sampai 68,7% (2016-2018) dengan jumlah binaan yang juga meningkat dengan sangat signifikan. Laporan LIPI untuk BNN (2018) juga menyatakan bahwa pada tahun 2017 telah disita 4.71 ton shabu, 151,22 ton ganja, 2.940.748 butir pil ecstasy dan 627,84 kilogram ecstasy cair.

Data estimasi pengguna Narkotika dari BNN (2017) menunjukkan bahwa jumlah pengguna diperkirakan hampir mencapai kurang lebih 3,7 sampai dengan 4 juta penduduk. Pengguna ganja atau kanabis (selama hidup atau *life-time use*) adalah yang terbesar 1,7 juta penduduk diikuti oleh pengguna Shabu yaitu 851 ribu orang dan pemakai obat resep atau psikotropik yang beredar secara umum (616 ribu orang) – Lihat Tabel 02 berikut ini. BNN (2015) menyebutkan bahwa penggunaan sabu telah meningkat 11 kali lipat dari 1 dasawarsa sebelumnya. Estimasi yang dilakukan oleh BNN menyatakan bawa 1 dari 3 pengguna Narkotika pasti menggunakan shabu, sebanyak 68% kasus yang ditangkap pada tahun 2017 adalah terkait amphetamin kristal.

Hal lain yang merisaukan adalah semakin maraknya zat-zat psikoaktif baru (NPS/ *New Psychoactive Substances*) yang dibuat sebagai zat sintetik (UNODC, 2018). Di Indonesia telah diidentifikasi 74 jenis NPS dan baru 66 jenis yang diatur di dalam Permenkes. Zat-zat baru ini cenderung sangat murah tetapi mempunyai efek yang sangat berbahaya, seperti Flakka dan Krokodil, kedua zat tersebut

sangat menakutkan akibat fisik dan kekacauan mental psikologis yang diakibatkannya. Kita juga cukup memahami bahwa dalam berbagai berita koran, zat psikoaktif yang banyak menimbulkan kematian adalah alkohol buatan lokal yang banyak dikonsumsi oleh penduduk miskin. Belum lagi kenyataan bahwa ganja natural adalah produk domestik Indonesia, selain telah banyak ditemukan pabrik-pabrik yang mengolah zat-zat ATS seperti Ecstasy dan *Crystal Meth* (Shabu).

Tabel 02 : Estimasi Pengguna Narkotika (BNN, 2017) [2]

Jenis Narkoba	Jumlah Penyalahguna
Ganja	1.742.285
Shabu/SS	851.051
Obat sakit kepala diminum berlebihan	616.507
Dextro	600.512
Ekstasi (Inex, XTC,Cece)	512.817
Tramadol	504.416
Zat yang sengaja dihisap sampai mabuk/ *Fly*	452.095
Pil Koplo, BK, mboat, mboti, roda	420.651
Trihexyphenidyl/ Trihex	311.004
Obat sakit kepala dicampur dengan soda	288.417
Xanex Camlet/ Calmlet (Alprazolam)	269.468
Valium	250.390
Amphetamine	244.094
Magic Mushroom (Jamur di kotoran sapi)	234.245
Barbiturat (Luminal, Fenobarbital)	230.370
Kecubung (Datura)	223.506
Nipam	215.045
Zenith setahun	206.188
Rohypnol, Magadon	199.011
Olahan ganja setahun	186.170

Sumber : Data BNN, 2017

[2] Tidak diperoleh angka total karena seseorang dapat memakai lebih dari satu jenis obat *(poly-drug use).*

Data LIPI-BNN 2018 juga menyajikan statistik yang merisaukan setiap orangtua yang memilki anak remaja, baik laki-laki maupun perempuan. Anak usia 12-15 tahun ternyata telah bereksperimentasi dengan Narkotika. Memang tidak dijelaskan laki-laki atau perempuan, tetapi 5 dari 100 anak usia itu telah menunjukkan masalah yang cukup serius.

Tabel 03: Prevalensi Penggunaan Narkotika pada Remaja dan Pemuda

Tingkat Pendidikan	Pernah Pakai		Setahun Terakhir Pakai	
	N	%	N	%
SMP	63	4,8 %	43	3,3%
SMA	127	6,4%	71	3,6%
PT	113	6,0%	53	2,8%
TOTAL	**303**	**5,8%**	**167**	**3,2%**

Sumber : Data BNN-LIPI, 2018

Angka prevelansi tertinggi justru di tingkat sekolah menengah atas yaitu usia 15-18 tahun. Angka prevalensi ini menunjukkan bahwa anak-anak yang sedang menginjak usia produktif dan menjalani transisi ke masa dewasa adalah periode yang paling berisiko. Data selanjutnya, menunjukkan bahwa prevalensi laki-laki dan perempuan hampir sama di SMP (3,40% & 3,20%), maka di tingkat SMA laki-laki mempunyai tingkat prevalensi tertinggi (5%), sedangkan perempuan hanya separuhnya (2,3%). Di populasi dewasa yang bekerja, statistik LIPI-BNN (2018) melaporkan bahwa prevalensi di bawah usia 30 tahun adalah 2,70% (Laki-Laki) dan 1% (Perempuan), sedang mereka yang berusia di atas 30 tahun adalah 2,80% (Laki-Laki) dan 1,4% (Perempuan). Seperti dijelaskan di atas perempuan juga banyak menggunakan obat bukan untuk tujuan medis. Di Indonesia banyak perempuan menggunakan ATS untuk mengatur berat badan (agar kurus) dengan dampak medis yang cukup serius.[3]

[3] *Drug Information*, https://obat-drug.blogspot.com/2014/10/amphetamine-amfetamine.html.

c. Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 (Riskesdas, 2018)

Berikut ini beberapa jenis Narkotika dari hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018.

c.1. Tembakau dan rokok

Riskesdas 2018 melaporkan bahwa 0,7% anak-anak pada usia 10-15 tahun telah merokok tembakau setiap hari. Ketika mereka lebih dewasa, prevalensi merokok setiap hari meningkat menjadi 12,7% (usia 15-19 tahun) dan 27,3% (usia 20-24 tahun). Laki-laki yang mengkonsumsi rokok setiap harinya (47,3%) lebih tinggi daripada perempuan (1,2%). Penduduk yang hidup di pedesaan lebih banyak (25,8%) dibanding yang di perkotaan (23,3%).

Dalam hal usia pertama kali menggunakan alkohol, 3,8% anak dan remaja memulai merokok di usia 5-9 tahun. Anak perempuan lebih banyak yang memulai merokok sejak dini (1,3%) di banding laki-laki (0,9%). Penduduk desa lebih banyak yang memulai merokok sejak dini (1,0%) dibanding penduduk kota (0,7%).

c.2. Konsumsi alkohol

Laporan Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa 0,3% penduduk usia 10-14 tahun telah mengkonsumsi alkohol selama sebulan yang lalu (termasuk minuman keras seperti *Whisky*). Prevalensi konsumsi alkohol meningkat ketika berusia 15-19 tahun (3,7%) dan usia 20-24 tahun (6,4%). Alkohol tradisonal memainkan peranan sangat besar karena dikonsumsi lebih dari 33% penduduk. Lebih banyak laki-laki (6,1%) yang mengkonsumsi alkohol di banding perempuan (0,4%).

d. Kebijakan Narkotika di Indonesia saat ini

Kebijakan narkotika di Indonesia saat ini masih menitikberatkan pada pendekatan-pendekatan moral-legal dan mulai mengarah pada kebijakan yang berbasis HAM, terutama hak untuk berobat dan hak untuk sehat bagi pecandu. Kebijakan diatur dalam beberapa UU yang mengalami pergantian dan dilengkapi dengan beberapa peraturan pemerintah dan Keputusan dari Presiden dan beberapa lembaga pemerintah. Pada awalnya, kebijakan narkotika diatur dalam Undang-Undang Nomor 22

tahun 1997 tentang Narkotika. Di dalam UU tersebut mengamanatkan dibentuknya suatu lembaga koordinasi untuk menetapkan kebijakan nasional di bidang narkotika dalam hal ketersediaan, pencegahan dan pemberantasan, penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika. Lembaga ini diberi nomenklatur Badan Koordinasi Narkotika Nasional (BKNN) yang kemudian diubah menjadi Badan Narkotika Nasional (BNN) melalui Keputusan Presiden Nomor 17 tahun 2002.

Situasi peredaran dan penggunaan narkotika di Indonesia, mendorong pemerintah mengeluarkan peraturan baru untuk mengganti UU No. 22/1997 tentang narkotika yang dinilai sudah tidak relevan lagi. Pemerintah mengeluarkan UU 35 tahun 2009 tentang Narkotika. Ada beberapa tujuan yang hendak dicapai oleh pemerintah Indonesia dengan diberlakukannya UU No. 35 tahun 2009, yaitu: (1) menjamin ketersediaan narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/ atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; (2) mencegah, melindungi, dan menyelamatkan bangsa Indonesia dari penyalahgunaan narkotika; (3) memberantas peredaran gelap narkotika dan prekursor narkotika; dan (4) menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalah guna dan pecandu narkotika.

Namun demikian, UU No 35 Tahun 2009 tentang Narkotika dinilai kurang memperhatikan hak-hak pengguna narkotika. Pengguna narkotika dikategorikan sebagai pecandu, yaitu orang yang menggunakan atau menyalahgunakan narkotika dan dalam keadaan ketergantungan pada narkotika, baik secara fisik maupun psikis. Dalam Pasal 55 ayat (2) disebutkan bahwa pecandu narkotika dan korban penyalahguna narkotika wajib menjalani rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Wajib rehabilitasi yang merupakan rangkaian dari wajib lapor, disertai ancaman pidana bila tidak melaporkan diri berpotensi melanggar hak atas kesehatan. Padahal hak atas kesehatan adalah jaminan yang diberikan negara terkait informasi mengenai jenis pelayanan yang akan diberikan kepada pengguna narkotika dan pemberian pelayanan atau tindakan medis itu harus berdasarkan persetujuan dari orang yang dirawat.

Selain itu, dalam UU No 35 Tahun 2009 tentang narkotika, menunjukkan Parlemen hendak mempertahankan pemikiran tentang pengguna narkotika sebagai seorang kriminal dengan

mencantumkannya sebagai penyalahguna narkotika, yaitu orang yang menggunakan narkotika dengan melawan hukum. Dalam praktiknya, penegakan hukum di Indonesia masih memandang penggunaan narkotika sebagai sebuah tindak pidana atau persoalan hukum bukan sebagai persoalan kesehatan. Dalam pelaksanaan UU No 35 tentang Narkotika memberi pandangan pecandu atau korban penyalahguna narkotika lebih dominan dianggap sebagai pelaku kejahatan dibandingkan dengan pendekatan kesehatan dan penyembuhan terhadap ketergantungan narkotika.

Selain UU Narkotika, terdapat juga Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 Tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika (PP No. 25 Tahun 2011). Dimana dalam Pasal 13 ayat (3) PP No. 25 Tahun 2011 menyebutkan bahwa pecandu narkotika yang sedang menjalani proses peradilan dapat ditempatkan dalam lembaga rehabilitasi medis atau rehabilitasi sosial. Dalam pelaksanaannya program wajib lapor dilaksanakan oleh BNN, BNNP, BNNK atau ke lembaga yang ditunjuk sebagai IPWL (Institusi Penerima Wajib Lapor) dari Kemenkes maupun Kemensos.

Dorongan untuk menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat di Indonesia dalam merespon masalah narkotika, mendorong Kejaksaan Agung dan Mahkamah Agung mengeluarkan surat edaran untuk penempatan korban/penyalahguna narkotika ke dalam lembaga rehabilitasi. Kejaksaan Agung mengeluarkan Surat Edaran Jaksa Agung Nomor SE-002/A/JA/02/2013 tentang Penempatan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial di dalam sistem peradilan tindak pidana Narkotika". Sebelumnya, Mahkamah Agung (MA) mengeluarkan SEMA 7 tahun 2009 Tentang Penempatan Pemakai Narkoba ke dalam Lembaga Terapi dan Rehabilitasi (SEMA 7/2009). Kemudian seiring dengan diundangkannya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. Dengan melakukan perubahan terhadap SEMA No. 07 Tahun 2009 menjadi SEMA No. 04 Tahun 2010, maka dapat dikatakan Mahkamah Agung masih mengakui bahwa sebagian besar narapidana dan tahanan kasus narkotika adalah termasuk kategori pemakai atau bahkan sebagai korban yang jika dilihat dari aspek kesehatan, maka

sesungguhnya mereka adalah orang-orang yang menderita sakit, dan tentunya pemenjaraan bukanlah langkah yang tepat [4].

Perkembangan selanjutnya, terkait dengan kebijakan narkotika, pada tahun 2014 dilakukan penandatanganan peraturan bersama terkait Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahguna Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi. Peraturan Bersama ini ditandatangani oleh BNN dan Sekretariat Mahkamah Agung, Kementerian Hukum dan HAM, Kejaksaan Agung, dan Kepolisian RI (Mahkumjakpol). Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Jaksa Agung, Kapolri, serta BNN di Istana Wakil Presiden. BNN dan Sekretariat Mahkumjakpol mengklaim bahwa peraturan bersama ini merupakan langkah konkret bagi pemerintah dalam menekan jumlah pecandu dan atau korban penyalahguna narkotika di Indonesia.

Pada tahun 2014, Presiden Joko Widodo mengeluarkan pernyataan bahwa Indonesia dalam situasi darurat narkotika. Pernyataan ini di respon Lembaga pemerintah dengan meningkatkan upaya penegakan hukum dan rehabilitasi. Penegakan hukum dilakukan melalui operasi lapangan dan upaya meningkatkan akses rehabilitasi melalui penetapan target rehabilitasi 100 ribu orang pengguna narkotika. Target rehabilitasi dalam pelaksanaannya dilakukan melalui digencarkan kembali program wajib lapor yang terbukti kurang efektif.

Program rehabilitasi melalui program wajib lapor dinilai kurang sesuai dengan kebijakan dari UNODC/ WHO yang pada tahun 2012 menyatakan lebih menyarankan untuk *treatment as alternative* daripada pemenjaraan yang mengeluarkan *mandatory* rehabilitasi tidak direkomendasikan lagi. *Mandatory treatment* dinilai kurang efektif karena ada unsur pemaksaan dan bukan karena kesadaran atau kebutuhan dari pengguna narkotika. Selain itu, wajib lapor juga dinilai kurang sejalan dengan komitmen bersama yang baru ditandatangani wakil pemerintahan Indonesia dalam hasil sesi khusus majelis umum tentang masalah narkoba dunia (UNGASS) pada bulan April 2016. Pada bagian "Perawatan gangguan penggunaan narkoba, rehabilitasi,

[4] Eddyono et all. 2016 Meninjau Rehabilitasi Pengguna Narkotika dalam Praktik Peradilan Implementasi SEMA dan SEJA Terkait Penempatan Pengguna Narkotika dalam Lembaga Rehabilitasi di Surabaya. ICJR.

pemulihan dan reintegrasi sosial; pencegahan, pengobatan dan perawatan HIV/AIDS, virus hepatitis dan penyakit infeksi lain yang ditularkan melalui darah", rekomendasi yang diberikan mempromosikan langkah-langkah efektif yang ditujukan untuk meminimalkan kesehatan masyarakat dan sosial yang merugikan konsekuensi penyalahgunaan narkoba.

Pada Tahun 2014, BNN dan Sekretariat Mahkamah Agung, Kementerian Hukum dan HAM, Kejaksaan Agung, dan Kepolisian RI (Mahkumjakpol) telah melakukan penandatanganan Peraturan Bersama terkait Penanganan Pecandu Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika ke dalam Lembaga Rehabilitasi. Penandatanganan tersebut dilakukan oleh Mahkamah Agung, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Jaksa Agung, Kapolri, serta BNN di Istana Wakil Presiden. Pada saat itu, BNN dan Sekretariat Mahkumjakpol mengklaim bahwa Peraturan bersama ini merupakan langkah kongkret bagi pemerintah dalam menekan jumlah pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika di Indonesia.

Pemerintah memutuskan menggelar Rencana Aksi Nasional Penguatan Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika (P4GN) Tahun 2018-2019. Hal ini tertuang dalam lampiran Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 6 Tahun 2018 yang telah ditandatangani oleh Presiden Joko Widodo pada 28 Agustus 2018 (tautan: Inpres Nomor 6 Tahun 2018)[5]. Inpres ini sebagai payung hukum semua Kementerian/Lembaga, untuk bersama-sama melaksanakan kegiatan Rencana Aksi Nasional (RAN) P4GN dan mengandung semangat, RAN akan dilaksanakan secara bersinergi Badan Narkotika Nasional bersama Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah. Merespon keluarnya Inpres No.6 Tahun 2018, mendorong Kepala BNN mengeluarkan Peraturan Kepala BNN No.10 Tahun 2018 tentang implementasi RAN P4GN di lingkungan BNN.

RAN P4GN Tahun 2018-2019 dikelompokkan ke dalam kategori: A. Bidang Pencegahan; B. Bidang Pemberantasan; C. Bidang

[5] https://setkab.go.id/inilah-rencana-aksi-nasional-pencegahan-dan-pemberantasan-narkotika-2018-2019/

Rehabilitasi; dan D. Bidang Penelitian dan Pengembangan Penanganan Penyalahgunaan Narkotika dan Prekursor Narkotika. Beberapa program dari masing masing Bidang, diuraikan sebagai berikut:

(1) Bidang Pencegahan, beberapa RAN yang akan dilakukan dalam kategori bidang pencegahan, di antaranya: 1. Sosialisasi bahaya Narkotika dan Prekursor Narkotika serta informasi tentang P4GN kepada pegawai Aparatur Sipil Negara, prajurit TNI, dan anggota Polri dengan penanggung jawab BNN, Kementerian PANRB, dan Kemendagri; 2. Penyelenggaraan Hari Remaja Internasional pada tingkat pusat dan provinsi; dan 3. Pendirian 5 (lima) Pusat Informasi Edukasi Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (PIE NAPZA) di 5 wilayah rawan dan rentan Narkotika dan Prekursor Narkotika. Masih dalam kategori Bidang Pencegahan, juga ada RAN dalam bentuk: 1. Pelaksanaan tes urine kepada seluruh pegawai Aparatur Sipil Negara, termasuk calon Aparatur Sipil Negara; 2. Pembentukan satuan tugas/relawan anti narkotika dan prekursor narkotika; dan 3. Pelaksanaan pelatihan kader pemuda anti Narkotika dan prekursor narkotika.

(2) Bidang Pemberantasan, dalam bidang pemberantasan, beberapa RAN telah disiapkan diantaranya: 1. Penyelamatan aset yang berasal dari tindak pidana narkotika dan prekursor narkotika atau tindak pidana pencucian uang terkait narkotika dan prekursor narkotika; 2. Pengawasan lembaga pemasyarakatan narkotika; dan 3. Pembentukan rumah tahanan narkotika.

(3) Bidang Rehabilitasi, beberapa RAN bidang rehabilitasi dalam P4GN Tahun 2018-2019 di antaranya adalah: 1. Penyediaan layanan rehabilitasi di setiap provinsi, kabupaten, dan kota; dan 2. Pendampingan anak korban, anak saksi, dan anak penyalahguna narkotika dan prekursor narkotika.

e. Kebijakan dalam Penelitian dan Pengembangan Penanganan Penyalahgunaan Narkotika dan Prekursor Narkotika.

Beberapa RAN yang telah disiapkan diantaranya: 1. Survei prevalensi penyalahgunaan narkotika dan prekursor narkotika; 2. Penyediaan data terkait P4GN; dan 3. Penyediaan aplikasi integrasi data terkait P4GN. Dari berbagai program yang tercantum, secara

umum pada bidang pencegahan, program sosialisasi bahaya narkoba dan tes urine ke seluruh pegawai di Kementerian/Lembaga masih menjadi program utama bidang pencegahan. Kegiatan tes urine dan sosialisasi bahaya narkoba disarankan sebagai kegiatan yang dapat dilakukan di masing masing Kementerian/Lembaga berkoordinasi dengan BNN, misalnya pada saat ada penerimaan pegawai baru atau kenaikan pangkat pegawai. Padahal jelas program tes urine ini terbukti kurang efektif dan membutuhkan anggaran yang besar.

Peluang program RAN P4GN untuk bekerjasama dengan institusi yang bukan pemerintah, secara eksplisit kurang terlihat. Padahal perkembangan keterlibatan masyarakat sipil cukup besar terlihat dalam bidang penelitian, kajian kebijakan dan program yang terlibat langsung dalam memberi pelayanan bagi pengguna narkotika. Peran organisasi masyarakat sipil bisa menjadi mitra pemerintah baik sebagai pengawas kerja pemerintah maupun membantu pelaksanaan kerja pemerintah.

Beberapa program yang perlu mendapat pertimbangan terkait dengan ketersediaan sumber daya dan efektifitas pemanfaatan program adalah rencana pembentukan rumah tahanan narkotika dan penyediaan layanan rehabilitasi di setiap provinsi, kabupaten, dan kota. Rencana penyediaan pusat rehabilitasi membutuhkan sumberdaya yang cukup besar jika ditargetkan sampai di tingkat kabupaten dan kota namun akan menjawab kebutuhan tempat rehabilitasi di masing masing wilayah. Strategi untuk mengadakan pusat rehabilitasi perlu mempertimbangkan kesiapan sumberdaya dan data sebaran situasi penggunaan narkotika untuk efektifitas pemanfaatan pusat rehabilitasi.

1.2. Rumusan Masalah

Karena kesehatan tidak sekedar persoalan “tidak sedang sakit” secara fisik-biologis dan mental, tetapi sekaligus adanya rasa sejahtera secara sosial dan budaya, maka dampak penggunaan Narkotika juga dirumuskan sebagai pengaruh dan dampak zat-zat psikoaktif yang dipakai bukan untuk keperluan pengobatan/medis terhadap kesehatan dan kesejahteraan fisik-biologis, mental-psikologis, dan sosial-kultural

seseorang atau unit (keluarga dan masyarakat) di mana orang itu berada.

Perumusan tersebut berimplikasi bahwa persoalan kesehatan bukan hanya merupakan persoalan individu tetapi juga merupakan persoalan sistemik. Artinya, pengalaman individu dalam menggunakan narkotika akan direfleksikan bukan hanya sebagai pengalaman individu, tetapi juga sebagai pengalaman sistem yang paling proksimal dengan kehidupannya.

1.3 Tujuan Penelitian

Secara umum tujuan penelitian ini mencari gambaran sistemik dari dampak penggunaan Narkotika pada diri individu pemakai terhadap pribadi dan elemen-elemen dalam relasi sosial-budayanya dengan pihak-pihak yang berpengaruh dalam kehidupan pribadinya. Adapun secara khusus dapat dirinci sebagai berikut :

1. Memahami dampak penggunaan narkotika dalam menentukan perjalanan hidup individu pengguna, baik secara fisik, mental-psikologis, maupun sosial.
2. Memahami dampak dari situasi yang dihadapi oleh individu yang sedang memakai narkotika dalam keberfungsiannya dalam pertemanan, keluarga, masyarakat dan negara.
3. Memahami sumbangan faktor-faktor non-fisik-biologis dalam menentukan keparahan dan pemulihan pengguna narkotika.

1.4. Manfaat Penelitian

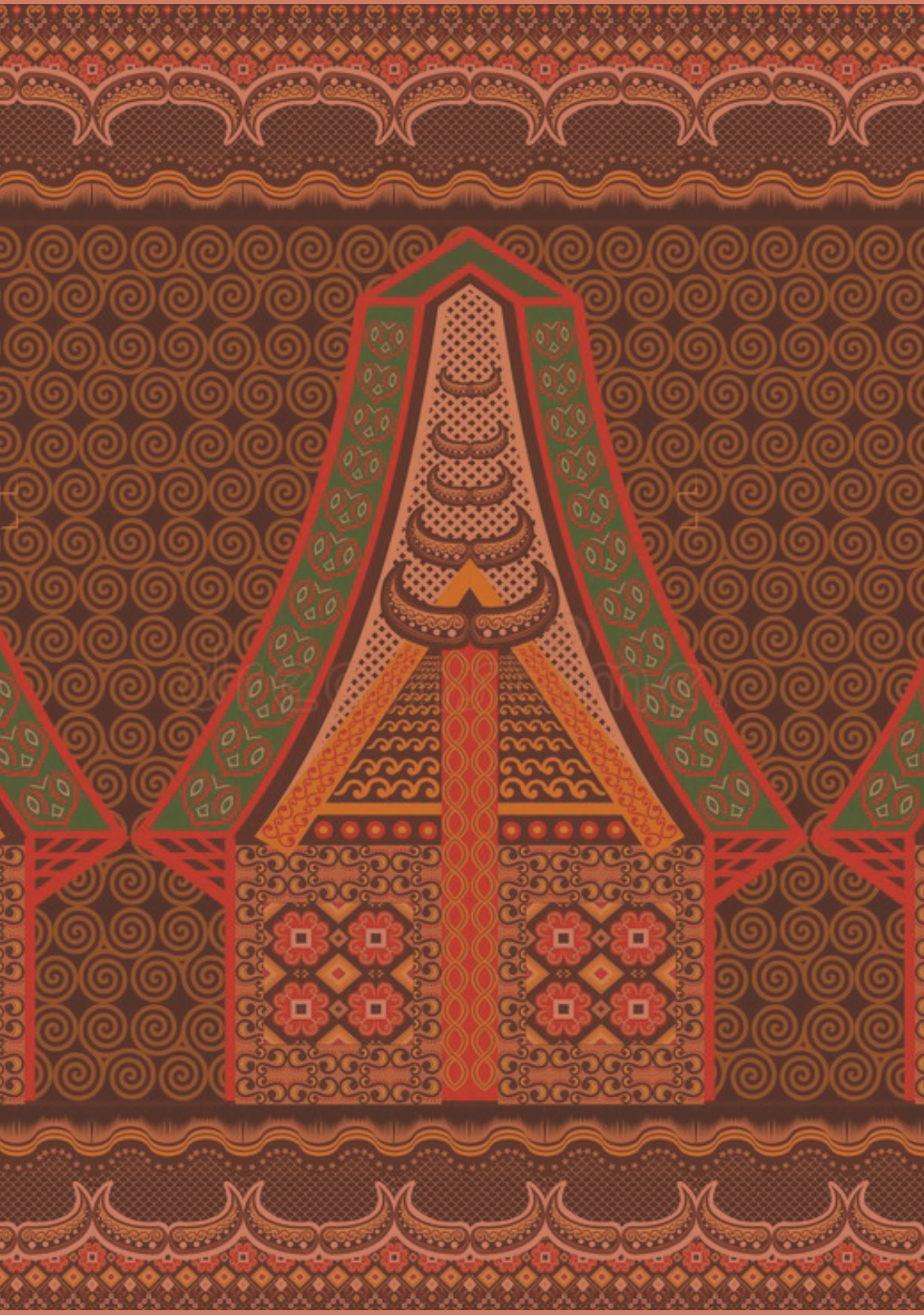
a) Memberikan informasi pada publik mengenai dampak narkotika yang tidak hanya bersifat fisik-biologis, tetapi juga dampak psikologis, sosial, dan spiritual.
b) Mencari berbagai upaya alternatif untuk mengemas pesan-pesan pencegahan yang berbasis data penelitian.
c) Mencari arah kebijakan di masa yang akan datang, khususnya dalam strategi pengurangan permintaan dan dampak buruk.

d) Menunjukkan peranan berbagai elemen masyarakat, keluarga, komunitas, sekolah, dan sektor swasta dalam penanggulangan Narkotika.

II

TINJAUAN PUSTAKA

Balai Rehabilitasi BNN
Baddoka, Makassar



Batik Toraja Khas Sulawesi Selatan

II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Dampak Penggunaan Narkotika pada Kesehatan

Sebelum membahas mengenai dampak penggunaan Narkotika pada kesehatan, ada baiknya kita definisikan apa yang dimaksud dengan "sehat" khususnya versi WHO (WHO, 1946; Callahan, 1973; van Spijk, 2002). Menurut otoritas kesehatan PBB ini, SEHAT adalah: *"a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".* Definisi ini menekankan pentingnya memperluas pengertian sehat bukan hanya sebagai kondisi di mana adanya infeksi penyakit atau adanya berbagai kelemahan atau kekurangan tertentu, tetapi sebagai suatu kondisi yang lebih menyeluruh secara fisik-biologis, mental, dan sosial. Walau dianggap cukup kontroversial, konsep sehat yang holistik ini berupaya untuk memberikan gambaran sehat sebagai kemampuan manusia beradaptasi dan mengelola tantangan fisik, mental, dan sosial sepanjang hidupnya.

Dampak langsung penggunaan berulang dalam jangka panjang berbagai jenis narkotika terhadap otak telah banyak diuraikan di berbagai sumber. Pada dasarnya zat-zat narkotika baik yang bersifat depresan, stimulan, maupun halusinogen berpengaruh langsung pada zat-zat kimiawi yang mengelola *"reward circuit"* atau pusat emosi dan perasaan *(mood)* yang menimbulkana rasa "enak dan puas" (sebagai bagian dari sistem limbik), bahkan berbagai fungsi kognitif (berpikir dan memori) individu, yang jika dirangsang akan memicu kecenderungan berulangnya perilaku. Ini penting untuk dicatat karena awal dari penggunaan narkotika itu pada umumnya sukarela. Perubahan zat-zat kimiawi pada sentra rasa

inilah yang memicu toleransi [6] zat dan pada akhirnya mengakibatkan gejala putus obat yang disertai gejala-gelaja fisik seperti flu berat.

Rasa sakit dan tidak nyaman inilah yang mendorong individu untuk mencari dan menggunakan zat itu lagi sehingga pola penggunaannya tidak lagi sukarela, tetapi di bawah pengaruh gejala putus obat atau sakau *(withdrawal)*. Karena terpaku pada pencegahan rasa sakit karena sakau, maka individu tidak mementingkan kesehatannya secara umum. Kasus-kasus anemia dan merebaknya infeksi penyakit oportunistik (seperti HIV/AIDS). Jika pengguna adalah seorang Ibu yang hamil, maka fisik dan otak bayi akan memperoleh pengaruh negatif yang serius (Gateway, https://www.gatewayfoundation.org/faqs/effects-of-drug-abuse/).

Salah satu dampak nyata dari penggunaan narkotika berkelanjutan dalam jangka lama adalah adiksi atau ketergantungan obat atau kecanduan. Ketergantungan obat atau adiksi merupakan pangkal dari merebaknya berbagai dampak atau gangguan negatif di ranah fisik-biologis, mental, maupun sosial. Orang yang mengalami adiksi atau kecanduan sering memiliki satu atau lebih terkait masalah kesehatan. Masalah yang muncul dapat terkait dengan gangguan fisik maupun mental. Gangguan fisik antara lain penyakit paru-paru, jantung, stroke, kanker, dan kondisi kesehatan mental. Scan gambar, sinar-X dada, dan tes darah dapat menunjukkan efek kerusakan jangka panjang pada penggunaan narkoba di seluruh tubuh. Misalnya, asap tembakau dapat menyebabkan kanker, methamaphetamine dapat menyebabkan gigi rusak parah yang dikenal sebagai "mulut met," dan bahwa opioid dapat menyebabkan overdosis dan kematian. Selain itu, beberapa obat, seperti inhalan, dapat merusak atau menghancurkan sel-sel saraf, baik di otak maupun sistem saraf perifer (sistem saraf) di luar otak dan sumsum tulang belakang).

Penggunaan narkotika juga dapat meningkatkan risiko tertular infeksi *Human immunodeficiency Virus* (HIV), Hepatitis B dan Hepatitis C. Infeksi dapat terjadi dari berbagi peralatan injeksi dan aktivitas seksual yang tidak steril. Infeksi jantung dan katupnya *(endokarditis)* dan infeksi kulit *(selulitis)* dapat terjadi setelah pajanan dengan bakteri melalui penggunaan narkoba suntikan.

[6] Toleransi adalah proses biologis kimiawi di mana dalam penggunaan jangka panjang tubuh biologis akan meminta jumlah zat dalam jumlah lebih banyak untuk menimbulkan efek yang sama.

Sifat adiksi tidak saja membahayakan diri seseorang yang menggunakan narkoba, namun juga bisa mengganggu kesehatan orang lain. Sebagai contoh penggunaan narkoba saat hamil atau menyusui dapat menyebabkan bayi mengalami gejala "putus obat" setelah lahir disebut *Neonatal Abstinence Syndrome* (NAS), beberapa anak yang terpapar obat sejak kecil akan mengalami masalah perkembangan perilaku, perhatian, dan pemikiran. Penggunaan narkoba juga meningkatkan penyebaran penyakit menular. Injeksi obat yang berlebihan menyumbang 1 dari 10 kasus HIV. Injeksi penggunaan narkoba juga merupakan faktor utama dalam penyebaran hepatitis C, bisa menjadi penyebab endokarditis, selulitis, dan meningkatkan peluang perilaku seksual berisiko. Selain itu, penggunaan narkoba juga meningkatkan risiko kecelakaan kendaraan bermotor. Dalam LAMPIRAN kami sertakan kajian pustaka mengenai jenis-jenis zat dan dampaknya pada kesehatan manusia.

Karena kompleksitas gejala yang disebut adiksi, maka kriteria diagnostik adiksi bersifat komprehensif, mencakup masalah psikososial dan kesehatan fisik. Berikut ini 11 kriteria yang digunakan untuk menentukan adiksi dari DSM-V, yang mencantumkan berbagai kriteria sebagai berikut:

1. Cara-cara penggunaan obat yang berbahaya bagi diri sendiri maupun bagi orang lain
2. Individu atau pengguna mengalami masalah sosial (relasional) atau interpersonal karena pemakaian obat tersebut.
3. Mengesampingkan semua tanggung jawab dan peranannya di tempat kerja, sekolah, atau rumah karena pemakaian obat tersebut.
4. Ketika berhenti memakai obat, mengalami gejala akibat putus obat yang sangat menyakitkan dan menggangu.
5. Pengguna mengalami toleransi yaitu harus menambah dosis pemakaiannya untuk memperoleh akibat yang sama seperti sebelumnya.
6. Jumlah penggunaannya meningkat karena toleransi dan penggunaan dalam jangka waktu yang lebih lama.
7. Telah mencoba berulang kali untuk berhenti atau mengendalikan penggunaan tetapi tidak pernah berhasil.
8. Terlalu banyak waktu terbuang untuk pemakaian obat
9. Mulai menimbulkan permasalahan fisik (seperti kerusakan hati, kanker paru, dll.) dan psikologis (depresi dan kecemasan)

10. Banyak aktivitas yang biasanya senang dilakukan tetapi tidak lagi dilakukan karena pemakaian obat.
11. Muncul gejala-gejala ketagihan *(craving)* ketika efek obat sudah menghilang.

2.2. Teori Adiksi dan Implikasinya pada Kebijakan

a. Adiksi sebagai persoalan moral dan kriminal

Ada beberapa kerangka penjelasan (teori) mengenai adiksi terkait penggunaan obat bukan untuk keperluan medik tetapi untuk keperluan rekreasi atau gaya hidup *(recreational or life-style drug use).* Teori yang paling dominan adalah teori yang memandang bahwa penggunaan obat adalah tindakan kriminal dan bertentangan dengan moral. Pandangan ini berasal dari masa Prohibisi [7] *(Prohibition)* yang berlaku beberapa abad yang lalu. Di zaman perkembangan agama Islam di Timur Tengah, kira-kira di abad ke-7 Masehi, hukum Syari'at Islam melarang konsumsi berbagai zat yang dapat menyebabkan mabuk (tidak hanya alkohol, termasuk penggunaan *hasish* atau kanabis). Meskipun demikian, praktik menggunakan *hasish* dianggap tidak melanggar hukum, terutama di Mesir pada abad ke-11 sampai 14, jika dilakukan untuk tujuan pengobatan. Karena didasarkan atas hukum Qanun, maka perbuatan *intoksikasi* atau mabuk dianggap kriminal sekaligus melanggar norma-norma dan moralitas agama. Pelarangan di zaman Ottoman di bawah Kaisar Murad IV (1612-1640), bahkan mencakup meminum kopi yang dianggap sebagai minuman memabukkan. Lain halnya yang terjadi di Eropa dalam periode yang sama, kopi dilarang karena diimpor dari Turki sehingga kaum muslim menganggap sebagai perbuatan kriminal.

Di Asia, Raja Ramathibodi I dari Thailand (1314-1369) melarang perdagangan opium yang berlangsung hampir 500 tahun hingga masa Raja Rama IV (1851-1868) yang membuka Thailand untuk bangsa Eropa dan mempersilahkan para migran dari Cina mengkonsumsi opium. Pada tahun 1360, Raja Hayam Wuruk telah memerintahkan pada Mpu Prapanca mengenai akibat-akibat buruk opium dalam bukunya Negerakertagama (Yatim dalam Yatim & Irwanto, 1986).

[7] Prohibisi adalah suatu periode dalam sejarah di mana pemerintah atau lembaga Agama melrang penggunaan zat-zat psikoaktif tertentu karena alasan normatif dan moral (Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Prohibition_of_drugs

Larangan ini muncul lagi sebagai kebijakan publik yang disebut Prohibisionisme di Eropa Barat dan Amerika di abad ke -20 [8] yang pada akhirnya mempengaruhi Konvensi mengenai Narkotika di PBB yang disebut *Single Convention on Narcotic Drugs* yang diikuti oleh 1971 *Convention on Psychotropic Substances.* Sebagai landasan teknis PBB menyepakati *UN Convention Agaisnt Illicit Traffic in Narcotics Drugs and Psychotropics Substances 1988*. Konvensi ini dipicu oleh semakin besarnya permintaan akan obat rekreasional dan gaya hidup di hemisfer Barat dan karenanya Konvensi ini menjadi dasar regulasi penggunaan zat-zat psikoaktif yang berbahaya sehingga tidak disalahgunakan dan menjadi basis kebijakan kriminalisasi di seluruh dunia [9]. Hanya sedikit negara yang memberikan kelonggaran penggunaan kanabis karena alasan tradisi (India) dan medis (Belanda). Indonesia mempunyai UU Narkotika No 22 Tahun 1997 yang berazaskan ketiga Konvensi tersebut.

Pertimbangan legal, moralitas, dan keagamaan dalam penggunaan Narkotika ternyata tidak membawa perubahan berarti dalam prevalensi pemakaian dan kerugian yang ditimbulkan pada masyarakat dan negara, terutama karena pengucilan dan pemenjaraan yang tidak pandang bulu telah mengakibatkan buruknya perlakuan terhadap pengguna dan pendekatan seperti perang *(War on Drugs)* yang membutuhkan biaya triliunan US dollar dan menghilangkan nyawa jutaan orang yang sebenarnya dapat diselamatkan melalui rehabilitasi dan intervensi berbasis kesehatan masyarakat. Banyak negara kemudian merevisi UU Narkotika mereka dan mulai memandang pentingnya menyelamatkan manusia melalui intervensi tertentu dan rehabilitasi. UU narkotika lama di Indonesia diganti dengan UU No. 35 Tahun 2009 yang lebih berazaskan kesehatan masyarakat dan kesehatan mental di mana peranan laporan dan perawatan pada pecandu lebih menonjol dibanding UU sebelumnya.

b. Adiksi sebagai penyakit otak *(Brain Disease)*

Bersamaan dengan itu, para ilmuwan di Amerika Serikat, khususnya yang bekerja untuk NIDA *(the National Institute of Drug Abuse)*

[8] Pelarangan penggunaan psikoatif bukan untuk tujuan medik dilakukan di Inggris melalui the Pharmacy Act 1868 yang mengatur distribusi racun dan obat-obatan, kemudian pada tahun 1928 diterbitkan Dangerous Drug Acts 1928 yang mengakibatkan alkohol dan marijuana menjadi ilegal di Inggris dan menular ke semua jajahan termasuk di AS.

[9] Walau konvensinya sendiri tidak memberikan petunjuk spesifik untuk kriminalisasi pemilikan substansi yang dilarang (TNI, https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#5)

mensosialisasikan teori adiksi sebagai masalah di sistem syaraf pusat atau Otak yang mereka sebut sebagai *The Science of Addiction: Drugs, Brains, and Behavior* [10] yang awalnya dikemukan oleh Alan Leshner dalam tulisannya *Addiction is a Brain Disease* (1998; 2001) dan Margaret Munro yang menulis *The Hijacked Brain* (2015). Teori penyakit otak ini didasarkan atas asumsi bahwa zat-zat psikoaktif yang digunakan bukan untuk tujuan pengobatan, dosis sembarangan, dan bercampur dengan berbagai zat lain yang berefek negatif tidak hanya mampu memperbudak otak yang memiliki unsur-unsur *neurotransmitter* yang sama dengan zat-zat tersebut, tetapi juga sekaligus merusak mekanismenya karena penggunaan yang sembarangan dan berlangsung lama.

Salah satu gejala yang dijadikan basis argumennya adalah gejala-gejala putus obat atau kecanduan. Kecanduan yang dipahami secara umum sebagai masalah penyakit otak sejak tahun 1990-an didasarkan pada pemahaman neurosentrisme yaitu pemahaman bahwa obat obatan rekreasional mengatur tingkah laku manusia melalui struktur otak tertentu, sehingga ada perbedaan yang nyata dari pengamatan antara otak yang menderita kecanduan dan otak yang tidak kecanduan. Perbedaan ini yang kemudian dianggap sebagai penyebab kecanduan dan menjadi target untuk memberikan perawatan terhadap kecanduan itu. Sehingga perspektifnya adalah program-program dilakukan untuk mengobati otak yang kecanduan dengan farmakologi.

Grifell & Hart (2018) menyebutkan asumsi berbahaya dari teori otak yang sakit adalah bahwa setiap penggunaan obat-obatan tertentu (misalnya, kokain, heroin, atau metamfetamin) dianggap patologis, bahkan penggunaan untuk sifatnya sosial-rekreasional non-problematik, yang mencirikan pengalaman mayoritas yang ikut menggunakan narkoba pada saat ini, dipandang sebagai masalah. Asumsi yang menyatakan adiksi adalah penyakit otak harus dievaluasi kembali untuk merumuskan pandangan yang lebih akurat tentang kecanduan narkoba berdasarkan pada bukti dan menekankan peran penting untuk faktor-faktor psikososial, lingkungan dan alternatif pendukung bukan hanya obat obatan untuk mengurangi penggunaan narkoba yang bermasalah.

[10] https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface

c. Adiksi sebagai Konstruksi Sosial

Ketidak puasan para ahli dalam menghadapi kebijakan publik yang menekankan kriminalisasi dan kemudian mengambil model patologis medik (penyakit otak) mendorong para ahli membentuk sebuah konsorsium kerbijakan Narkotika di dunia yang disebut *International Drug Policy Consortium* atau IDPC[11] yang membangun narasi baru yang lebih simpatik dan mendukung dikembangkanya strategi *Harm* atau *Risk Reduction*. Munculnya gerakan *Harm Reduction (HR)* atau *Risk Reduction* untuk mengatasi berbagai dampak buruk dari *War on Drugs* ini dipicu oleh rasa keadilan dan pemikiran yang lebih positif mengenai penggunaan Narkotika. Pendekatan yang mengakui bahwa penggunaan Narkotika merupakan konstruksi sosial-budaya di mana ada kemiskinan struktural, ketidak adilan hukum, dan kebijakan publik yang tidak membela masyarakat yang hidupnya sudah sangat sulit baik karena miskin atau karena keadaan darurat termasuk konflik bersenjata. Oleh karena itu, kebijakan ini sering disebut *rights-based* atau kebijakan berbasis HAM.

Program HR banyak diimplementasikan di berbagai negara dalam berbagai bentuknya antara lain layanan substitusi Metadon dan Buprenorfin, pertukaran jarum suntik, konseling perubahan perilaku, konseling notifikasi pasangan, dan lain lain untuk mencegah penularan penyakit yang dibawa oleh darah dalam pemakaian Narkotika Suntik. Ini menjadi krusial ketika muncul gaya hidup seksual yang menggunakan Narkotika *(stimulant)* sebagai bagian dari ritual dan kepuasan seksual yang disebut *Chemsex* (Beg, 2017; Stevens & Forrest, 2018). Selain itu PBB juga mempromosikan pendekatan ekonomi untuk mengganti tanaman Narkotika dengan tanaman lain *(Cash Crop Substitution)* sebagai pengganti menanam ganja, opium, maupun kokain di negara-negara produsen seperti Thailand, Myanmar, dan lain-lain.[12]

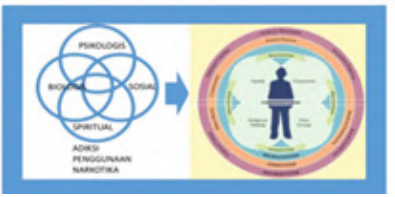
d. Adiksi sebagai persoalan bio-psiko-sosial–spiritual (BPSS)

Perkembangan perspektif dalam memahami adiksi narkotika telah menyebabkan bergesernya argumentasi bahwa adiksi merupakan sebuah persoalan yang dipicu oleh sebab-sebab tunggal (seperti fisik/biologis/

[11] https://idpc.net/

otak/defisit moral/kriminogen) ke arah yang lebih komprehensif. Adiksi adalah sebuah persoalan yang kompleks yang disebabkan oleh berbagai sebab yang saling berkaitan. Lembaga-lembaga PBB seperti UNODC dan WHO saat ini mengadopsi pendekatan baru yang mencoba memahami persoalan adiksi atau penggunaan Narkotika sebagai suatu persoalan Bio-psiko-sosial atau *Bio-psycho-social Model of addiction*. Pandangan ini dikemukakan oleh Dr. George Engel (1977) yang menyatakan bahwa suatu penyakit, apapun itu, tidak dapat dimengerti hanya dari sudut biologis atau anatomis saja tetapi memerlukan perspektif sosial dan kultural yang menjadi konteks atau "lingkungan" terjangkitnya penyakit tersebut. Pandangan ini diadopsi oleh para penggiat di bidang adiksi dan rehabilitasi di akhir tahun 1990an sebagai solusi atas teori yang monolitik. Di dalam konteks di mana persoalan spiritual juga dianggap mempengaruhi pemaknaan dari adiksi, maka modelnya menjadi Bio-Psiko-Sosial-Spiritual atau BPSS (Frankle, Quill, & McDaniel, 2003; Borrell-Carrio, Suchman, & Epstein, 2004; Howarth dkk., MentalHelp.net). Perspektif inilah yang akan digunakan dalam merumuskan masalah dalam riset ini.

GAMBAR 01:
MODEL TEORETIK: SISTEMIK EKOLOGIS



Karena model BPSS ini memperluas ruang lingkup kausalitas terjadinya adiksi maka model intervensi yang dikembangkan harus diwujudkan secara sistemik ke dalam teori ekologi perkembangan manusia dari Broffenbrenner (1994). Teori ekologi perkembangan ini menunjukkan bahwa manusia berkembang dari janin menjadi dewasa melalui berbagai interaksi dengan faktor-faktor di dalam sistem mikronya (keluarga, teman sekolah, teman bermain, guru dan lain-lain), sistem meso (berbagai hal yang ada di dalam masyarakat di mana keluarganya hidup), dan sistem makro (yaitu berbagai lembaga dan aturan pemerintah yang berpengaruh pada dirinya dan keluarganya). Karena semua sistem itu berada dalam dimensi waktu, maka sejarah atau peristiwa-peristwa penting di dalam hidup pribadi atau masyarakatnya akan ikut mempengaruhi arah perkembangan hidupnya. Ini erat kaitannya antara individu sebagai pecandu dengan arah kebijakan yang ditempuh pemerintah.

[12] Asian Correspondents, 23 Dec.,2014 https://asiancorrespondent.com/2014/12/burmese-opium-farmers-seek-viable-alternative-crops/.

III

METODOLOGI

Balai Rehabilitasi BNN
Tanah Merah, Samarinda

Batik Kembang Kenanga Khas Samarinda

III

METODOLOGI

3.1. Waktu dan Lokasi Penelitian

a. Waktu Penelitian

Riset dilaksanakan selama 7 (tujuh) bulan dimulai pada bulan Mei sampai dengan November 2019. Kegiatan pengumpulan data dilaksanakan pada bulan September-Oktober 2019 dengan diawali oleh kegiatan pre-visit pada bulan September 2019. Kemudian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data lapangan hingga bulan Oktober 2019.

b. Lokasi Penelitian

Riset dilakukan di 6 (enam) provinsi yaitu:

1. Batam, Provinsi Kepulauan Riau
2. Lampung, Provinsi Lampung
3. Bogor, Provinsi Jawa Barat
4. Medan, Provinsi Sumatera Utara
5. Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur
6. Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan

Pemilihan lokasi dan tempat penelitian mempertimbangkan efektivitas proses koordinasi dan pengumpulan data, variasi karakteristik responden dan jenis zat narkotika yang digunakan. Responden dalam riset ini adalah klien peserta program rehabilitasi yang mengikuti program rehabilitasi di Balai Besar rehabilitasi BNN, program pasca rehabilitasi,

program rawat jalan di Klinik pratama dan program yang bermitra dengan komponen masyarakat.

3.2. Desain Penelitian

a. Jenis Penelitian

Riset ini adalah penelitian bersifat deskriptif kuantitatif yang didukung oleh penelitian kualitatif berbasis sejarah hidup dan pengalaman dari informan. Secara metodologi, penelitian ini disebut *mixed-method* di mana metode kuantitatif deskriptif digunakan sebagai pendekatan utama. Pendekatan kualitatif digunakan untuk memberikan penjelasan yang lebih mendetil yang tidak mungkin diperoleh dari instrumen kuantitatif. Data kuantitatif dikumpulkan melalui survei dengan menggunakan kuesioner. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara semi terstruktur dengan menggunakan panduan topik-topik yang ingin digali lebih jauh dari informan.

b. Kerangka penelitian

Masalah kesehatan tidak sekedar persoalan "tidak sedang sakit" secara fisik-biologis dan mental, tetapi sekaligus adanya rasa sejahtera secara sosial dan budaya. Oleh sebab itu, dampak penggunaan narkotika dirumuskan sebagai pengaruh dan dampak dari zat-zat psikoaktif yang dipakai bukan untuk keperluan pengobatan/medis terhadap kesehatan dan kesejahteraan fisik-biologis, mental-psikologis, dan sosial-kultural seseorang atau unit (keluarga dan masyarakat) di mana orang itu berada.

Perumusan di atas berimplikasi bahwa persoalan kesehatan bukan hanya persoalan individu tetapi juga merupakan persoalan sistemik. Artinya, pengalaman individu dalam menggunakan narkotika akan direfleksikan bukan hanya sebagai pengalaman individu, tetapi juga sebagai pengalaman sistem yang paling proksimal dengan kehidupannya.

c. Persetujuan Etik *(Ethical Clearence)*

Penilaian *ethical clearence* riset dilakukan oleh komisi etik Lembaga Penelitian dan Pengabdian UNIKA Atmajaya.

3.3. Metode Pengumpulan Data

Dikarenakan riset ini bersifat *mixed-method*, menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualtitatif. Oleh karena itu masing-masing pendekatan mempunyai metode pengumpulan data dan sumber informasi yang berbeda.

a. Pendekatan Kuantitatif

1) Responden Penelitian

Responden penelitian adalah pengguna narkotika yang sedang menjalani program rehabilitasi atau pasca rehabilitasi di tempat rehabilitasi BNN atau mitra kerjanya.

Kriteria inklusi untuk menentukan responden sebagai sampel penelitian, yaitu:

- Pernah menggunakan narkotika selama 2 tahun terakhir
- Pernah atau sedang mengikuti layanan rehabilitasi BNN tahun 2017-2019 di Balai Besar dan Loka Rehabilitasi BNN, termasuk peserta IPWL mitra program BNN. Responden di prioritaskan pasien yang sedang melaksanakan rehabilitasi di Balai BNN dan pasien pasca rehabilitasi.
- Usia 15 – 64 tahun (standar UNODC)
- Tidak dalam kondisi gangguan jiwa yang berat

Dalam riset ini, selain lembaga pemberi layanan rehabilitasi, peneliti juga akan bekerjasama dengan organisasi komponen masyarakat mitra program BNN dan komunitas-komunitas pengguna Narkotika baik laki-laki maupun perempuan.

2) Teknik pengambilan sampel

Responden sebagai sampel penelitian diambil menggunakan teknik pengambilan sampel *Proportional Random Sampling* (*Sage Research Methods* [13])

[13] https://methods.sagepub.com/Reference/encyc-of-research-design/n340.xml

Dalam *random sampling* setiap kelompok dalam populasi memiliki kesempatan untuk menjadi sampel, namun pengambilan sampel penelitian juga mempertimbangkan pada tujuan variasi sampel yang ingin dicapai.

Jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus Slovin (Sevilla et. al., 1960:182), sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan : n: jumlah sampel ; N: jumlah populasi dan e: batas toleransi kesalahan *(error tolerance)*

Dari rumus di atas, Jumlah populasi (N) adalah jumlah total dari listing peserta rehabilitasi di 6 wilayah penelitian dalam kurun waktu 2017-2019. Selanjutnya jumlah sampel yang diperoleh (n) akan dibagi secara proposional sesuai jumlah populasi di masing-masing wilayah penelitian.

Berdasarkan data dari 6 Balai Besar Rehabilitasi BNN, jumlah populasi dari data peserta rehabilitasi di 6 balai tersebut selama Tahun 2017-2019 adalah 4.203 orang. Dengan distribusi sebagai berikut:

Tabel 04: Listing Calon Responden Berdasarkan Tahun dan Lokasi

Lokasi	Tahun			
	2017	2018	2019	JUMLAH
Jawa Barat (Lido)	686	716	254	1.656
Sulawesi Selatan (Badoka)	313	304	134	751
Kepulauan Riau (Batam)	201	233	116	550
Sumatera Utara (Deli Serdang)	72	87	86	245
Lampung (Kalianda)	130	122	65	317
Kalimantan Timur (Tanah Merah)	252	263	169	684
TOTAL				**4,203**

Dengan menggunakan batas toleransi kesalahan sebesar 4% akan diperoleh jumlah sampel yang dibutuhkan sebanyak 545 orang. Dengan mempertimbangkan situasi lapangan ditambahkan 10% responden sebagai cadangan sehingga total sampel yang dibutuhkan 600 responden. Distribusi jumlah responden per Provinsi antara lain:

Tabel 05: Jumah Responden Terpilih Berdasarkan Lokasi

No	Lokasi	Jumlah Responden
1	Lido, Jawa Barat	215
2	Batam, Kepulauan Riau	80
3	Tanah Merah, Kalimantan Timur	95
4	Deli Serdang, Sumatera Utara	55
5	Kalianda, Lampung	55
6	Badoka, Sulawesi Selatan	100

Pemilihan sampel dilakukan melalui beberapa tahapan, antara lain:

a) Calon responden berjenis kelamin perempuan langsung dipilih sebagai responden
b) Calon responden dengan pengalaman penggunaan opiat-putaw langsung diambil sebagai responden
c) Calon responden dipilih dengan random dari daftar listing calon responden lainnya. Jika responden terpilih tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian, maka responden tersebut diganti dengan responden lainnya. Calon responden merupakan klien rehabilitasi yang sedang mengikuti program rehabilitasi baik rawat inap atau rawat jalan di tempat rehabilitasi BNN dan mitra BNN

b. Pendekatan Kualitatif

Pendekatan kualitatif digunakan untuk menggali informasi yang lebih dalam dari informan penelitian, baik yang terlibat secara langsung maupun tak langsung dalam memberikan pendampingan dan perawatan kepada pengguna narkotika sebagai triangualsi data.

Data kualitatif dikumpulkan untuk memahami secara lebih mendalam pengalaman adiksi dari responden dan orang-orang yang mempunyai hubungan dengan adiksinya (anggota keluarga, pasangan, dokter, konselor dan pekerja sosial pelaksana program rehabilitasi komponen masyarakat). Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur. Informan yang di wawancara sebanyak 20 orang per provinsi. Kriteria inklusi informan untuk wawancara mendalam antara lain:

1) Pengguna narkotika
    - Bersedia diwawancara,
    - Usia 15-64 tahun
    - Tidak mengalami gangguan jiwa berat
    - Memiliki sejarah hidup yang mengalami berbagai dampak narkotika secara sistemik dan memiliki ketangguhan dalam menghadapi berbagai dampak tersebut – terutama jika mengandung kisah tentang pemulihan yang berhasil.
    - Memiliki sejarah hidup yang mengalami berbagai dampak narkotika secara sistemik dan menunjukkan ketidakberdayaan dalam mencegah dan mengatasi berbagai dampak buruk penggunaan narkotika.
2) *Stakeholder* teknis (dokter/psikiater, pekerja sosial)
    - Bersedia di wawancara
    - Memiliki pengalaman menangani klien pengguna narkoba minimal 1 tahun
3) Keluarga pengguna narkotika (orangtua, pasangan)
    - Bersedia di wawancara
    - Mempunyai pengalaman/ berinteraksi langsung/ tinggal serumah dengan pengguna narkotika

c. Instrumen penelitian

1) Instrumen pendekatan kuantitatif

Pengambilan data kuantitatif dilaksanakan melalui survei dengan menggunakan kuesioner. Pada akhir kuisioner terdapat penilaian mengenai kemampuan motorik- menggunakan *EURO Quality of Life QoL (*5D-5L) yang dikembangkan oleh EuroQol Group pada tahun 1990 untuk mengukur status kesehatan yang terdiri dari 5 Dimensi: mobilitas, rawat-diri, aktivitas sehari-hari, kesakitan/rasa tidak nyaman, dan kecemasan/ depresi. Alat ini telah diadaptasi oleh Purba et al, (2017) dan dibuatkan versi Indonesianya.

Kuisioner yang digunakan pada Riset Kesehatan-Dampak Narkotika terdiri dari beberapa elemen, yaitu:

a	BLOK I	Keterangan Tempat
b	BLOK II	Keterangan Pencacahan
c	BLOK III	Karakteristik Responden
d	BLOK IV	Pengalaman Memakai Narkotika
e	BLOK V	Perilaku Beresiko
f	BLOK VI	Pengalaman Sakit Di Luar Putus Obat (Dampak Penyalahgunaan Narkotika Pada Kondisi Fisik, Emosional, Sosial dan Spiritual)
g	BLOK VII	Faktor Pendukung/ Pendorong
h	BLOK VIII	Dampak Pemakaian Narkotika Jangka Panjang
i	BLOK IX	Pengalaman Berurusan Dengan Aparatur Negara
j	BLOK X	Penilaian Diri; Kemampuan Motorik
k	BLOK XI	Penilaian Diri; EURO QoL (EQ-5D) Kuisioner mengenai kesehatan holistik

2) Instrumen pendekatan kualitatif

Instrumen pengumpulan data dengan pendekatan kualitatif berbentuk panduan pertanyaan wawancara semi terstruktur. Masing-masing kelompok informan mempunyai panduan instrumen yang berbeda. Topik-topik pertanyaan untuk masing masing informan antara lain:

a) Informan kelompok klien pengguna Narkotika.
   - Kegiatan dan kualitas hidup sebelum dan sesudah memakai Narkotika
   - *Support system* yang diterima dari keluarga, teman, sekolah/ kerja/masyarakat, Guru agama dan pengalaman dalam mengakses layanan kesehatan dan rehabilitasi.
   - Hal-hal lain yang diperlukan untuk meminimalisir dampak kesehatan dari penggunaan narkotika
   - Saran untuk rekomendasi riset ini.

b) Informan kelompok petugas medis dan pekerja sosial;
   - Pengalaman selama melakukan perawatan.
   - Jenis gangguan fisik, sosial, mental yang banyak dialami klien di tempat perawatan.
   - *Support system* yang diberikan oleh keluarga/ teman dari klien yang ditangani
   - Tantangan dan hambatan yang dihadapi dalam memberikan perawatan dari klien, keluarga, kebijakan dan sistem perawatan yang ada.
   - Hal-hal lain yang menurut informan diperlukan untuk meminimalisir dampak kesehatan dari penggunaan narkotika
   - Usulan/ Saran/harapan dari informan untuk rekomendasi dari riset ini.

c) Informan anggota keluarga/pasangan klien pengguna narkotika
   - Pengalaman menghadapi anggota keluarga/ klien akibat penggunaan narkotika, *support system* yang diberikan oleh keluarga/ teman dan jenis-jenis dampak fisik, sosial, mental yang dialami pengguna
   - Tantangan dan hambatan yang dihadapi dalam memberikan/ mencari pertolongan; terkait akses (informasi, geografis), finansial, kebijakan dan sistem administrasi dan rujukan.
   - Hal lain yang diperlukan untuk meminimalisir dampak kesehatan dari penggunaan narkotika
   - Usulan/saran untuk rekomendasi dari riset ini.

d. Uji coba kuisioner

Uji coba instrumen dilakukan kepada 40 klien rehabilitasi di Balai Besar Rehabilitasi Lido BNN. Uji coba dilakukan dengan maksud agar ada uji keterbacaan, dan ada uji kelayakan wawancara.

Setelah kegiatan uji coba, dilakukan diskusi evaluasi hasil uji coba dari masing masing peneliti. Evaluasi hasil uji coba dilakukan untuk perbaikan instrumen riset, penentuan metode wawancara yang tepat dan perbaikan protokol penelitian.

e. Organisasi penelitian

1) Tim Peneliti

Tim peneliti merupakan orang-orang yang mempunyai kapasitas dan pengalaman dalam bidang penelitian dan penanganan masalah Narkotika. Tim Peneliti dipimpin oleh seorang peneliti dari BNN dan disupervisi oleh Konsultan Senior dan pimpinan tinggi BNN. Dalam pengumpulan data lapangan peneliti dibantu oleh mitra lokal, koordinator lapangan dan enumerator. Jumlah enumerator di setiap provinsi berbeda sesuai dengan jumlah responden di provinsi tersebut.

2) Manajemen data

a. Pengambilan data:

- Data riset diambil oleh enumerator yang sudah mengikuti pelatihan dan memiliki keahlian khusus dalam berkomunikasi dengan para penyalahguna narkoba.
- Data EURO QoL (EQ-5D), mengenai penilaian diri kemampuan motorik dan penilaian kesehatan diri akan diisi sendiri oleh setiap partisipan/responden dengan didampingi enumerator
- Wawancara *life-history* akan dilakukan oleh peneliti setelah peneliti menentukan bahwa "kasus" responden masuk dalam kriteria untuk *life-history interview.* Data akan direkam dan ditranskrip verbatim untuk analisis.
- Wawancara kepada stakeholder akan seiring dengan wawancara *life history* di mana data dan informasi diperoleh berdasarkan peristiwa hidup *(life-events),* terutama peristiwa yang menentukan arah hidup partisipan *(trajectories).*

b. Kendali mutu data *(Quality control)*

Pengendalian mutu data dilakukan sebelum dan selama proses penelitian. Sebelum turun lapangan Enumerator dan pewawancara dilatih terlebih dahulu untuk meningkatkan pemahaman cara melakukan survey wawancara dan memiliki pemahaman terhadap instrumen penelitian, metode penelitian dan teknik-teknik lapangan

lainnya. Selama kegiatan pengumpulan data berlangsung peneliti dibantu oleh satu orang koordinator lapangan yang bertugas khusus (kendali data) dan dua mitra lokal akan melakukan *check-recheck data* sebelum *data entry.* Setelah data dimasukkan ke dalam sistem *database*, akan dilakukan *random checking* untuk memastikan kebenaran data yang masuk sistem

.

3.4 Pelaksanaan Penelitian

1) Bimbingan teknis

   Kegiatan bimbingan teknis dilakukan pada tahap persiapan sebelum pengumpulan data di mulai. Bimbingan teknis difasilitasi oleh dua orang fasilitator dari tim penelitian. Bimbingan teknis diikuti oleh mitra lokal, koordinator lapangan dan enumerator. Kegiatan dalam bimbingan teknis yaitu memberi pemahaman mengenai gambaran, tujuan dan prosedur penelitian, pemahaman instrumen, penarikan sampel dan teknik pengumpulan data.

2) Perijinan

   Kegiatan perizinan dilakukan oleh peneliti bersama mitra lokal dari balai rehabilitasi dan BNNP kepada Pimpinan Lembaga Rehabilitasi di lokasi penelitian. Kegiatan perizinan dilakukan untuk mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian serta meminta arahan dan dukungan untuk kelancaran penelitian

3) Pengumpulan data kuantitatif

   Kegiatan diawali dengan melakukan cross-check terhadap listing data pengguna narkotika yang sudah disiapkan selama proses dan setelah bimbingan teknis sebagai kerangka sampling. Berdasarkan data listing tersebut, peneliti melakukan penarikan sampling sesuai dengan protokol.

   Pengumpulan data kuantitatif dilakukan oleh enumerator, dikontrol oleh koordinator lapangan dan peneliti. Dalam keadaan khusus, Koordinator Lapangan dapat membantu proses pengumpulan data, sedangkan mitra lokal membantu memastikan kesiapan calon responden yang terpilih.

Berikut ini daftar lembaga yang menjadi tempat untuk pelaksanaan riset di masing-masing Provinsi

Tabel 06 : Tempat Pelaksanaan Riset di Masing-Masing Provinsi

No	Provinsi	Tempat Pelaksanaan Riset		
		Dikelola langsung Koordinasi BNNP	Dikelola Komponen Masyarakat Mitra BNNP	Lainnya
1	Kepulauan Riau	• Balai Rehabilitasi • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama BNNP	Rumah Damping	
2	Lampung	• Loka Rehabilitasi Kalianda • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama BNNP	• Wisma Ataraxis • House of Serenity	
3	Sumatera Utara	• Balai Rehabilitasi Deli Serdang • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama	• Yayasan Charitas • Yayasan Bukit Doa • Yayasan Medan Plus • Yayasan Yaomi • KM Rumah kita	
4	Jawa Barat (dan sekitarnya)	• Balai Besar Rehabilitasi Lido • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama	• Agape • Kapeta • Kedathon • Breakthrough • Peka • Kharisma	
5	Kalimantan Timur	• Balai Rehabilitasi Tanah Merah • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama	Sekata	
6	Sulawesi Selatan	• Balai Rehabilitasi Baddoka • Program Pasca Rehab BNNP • Klinik Pratama	• YPKNM • Yayasan Siammasei • Klinik Transit Maros • Yayasan Gaya Celebes • Lembaga Daar Ulil Albab	RS Sayang Rakyat, Rujukan Klien dari Mitra Komponen Masyarakat

Rincian jumlah responden yang berhasil diwawancarai di masing-masing Provinsi tercantum dalam Tabel 07 berikut ini.

Tabel 07 : Jumlah Responden Per Provinsi

No	Provinsi	Jumlah Responden
1	Kepulauan Riau (Batam)	80
2	Jawa Barat (Lido)	215
3	Sumatera Utara (Deli Serdang)	55
4	Lampung (Kalianda)	57
5	Kalimantan Timur (Tanah Merah)	95
6	Sulawesi Selatan (Badoka)	100
TOTAL		**602**

4) Pengumpulan Data Kualitatif

Kegiatan wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti, mitra lokal dan koordinator lapangan. Total informan yang diwawancara sebanyak 120 orang yang terdiri dari 60 orang pengguna narkotika, 36 orang *stakeholder* teknis (dokter/psikiater, konselor, pekerja sosial) dan 24 orang keluarga.

Tabel 08 : Distribusi Informan Wawancara Mendalam

No	Provinsi	Jumlah Informan			Total
		Pengguna Narkotika	Petugas/ Pekerja Sosial	Keluarga/ Pasangan	
1	Jawa Barat	10	5	5	20
2	Kepulauan Riau	10	5	5	20
3	Kalimantan Timur	10	5	5	20
4	Sumatera Utara	10	6	4	20
5	Lampung	10	5	5	20
6	Sulawesi Selatan	10	6	4	20

5) Monitoring Evaluasi

Evaluasi dan monitoring dilakukan selama proses pengumpulan data berlangsung. Pada saat proses pengumpulan data dilakukan koordinasi berkala oleh tim lapangan untuk memastikan data yang dikumpulan melalui riset adalah benar dan sesuai dengan prosedur. Selain itu, tahapan ini dilakukan untuk menghindari kesalahan pemahaman dalam proses pengisian yang berasal dari pewawancara.

Secara umum, evaluasi dan monitoring penggumpulan data dilakukan oleh semua tim yang terlibat dalam riset. Beberapa kegiatan sebagai bagian monitoring dan evaluasi yaitu:

a) Koordinasi Berkala Tim Penelitian

Kegiatan koordinasi dilakukan secara berkala mengikuti kebutuhan proses di lapangan. Koordinasi dijadikan sarana untuk membahas persiapan, strategi dan jadwal penelitian. Kegiatan koordinasi juga menjadi sarana saling berbagi informasi, membahas kasus dan menentukan calon informan wawancara.

b) *Cross Check* Kuesioner

Pengecekan silang *(cross check)* merupakan tahapan yang dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan kuesioner sebelum dilakukan penyerahan ke pusat. *Cross check* dilakukan melalui dua tahap, yaitu tahap pertama dilakukan antar enumerator dan tahap selanjutnya dilakukan oleh koordinator lapangan dan peneliti. *Cross check* dilakukan dengan memperlihatkan beberapa hal berikut :

- Kelengkapan pengisian kuesioner
- Kesesuaian alur kuesioner
- Logika jawaban dari responden.

Jika hasil *cross check* menunjukkan bahwa ditemukan ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian pada kuesioner, maka harus dilakukan wawancara ulang oleh enumerator terhadap responden yang terdata dalam kuesioner tersebut.

c) *Spot-Check*

Tugas *spot-check* dilakukan oleh peneliti, koordinator lapangan dan mitra lokal. *Spot-Check* adalah melakukan pengecekan

ulang secara acak terhadap sejumlah responden yang telah diwawancara. Pertanyaan dalam *spot-check* bersifat tetap, misalnya umur, waktu wawancara, pendidikan dan beberapa variabel lainnya. Jumlah responden *spot-check* sekitar 10% dari total sampel atau disesuaikan dengan kondisi lapangan. Apabila berdasarkan hasil *spot-check* enumerator diketahui tidak mendatangi responden tetapi kuesioner terisi, maka enumerator tersebut langsung diberhentikan dan akan dialihkan kepada enumerator yang lain.

d) Supervisi
Kegiatan supervisi dilakukan oleh perwakilan dari Puslitdatin BNN untuk memastikan kegiatan pengumpulan data berjalan dengan lancar, sesuai dengan desain dan protokol riset.

3.5 Pengolahan dan Analisa Data

Data hasil riset di *entry* ke dalam tabulasi data menggunakan SPSS Versi 23 setelah data dikelola menggunakan Microsoft Excel. Sebelum diolah dilakukan *cleaning data* untuk melihat *data entry* yang salah atau berbagai anomali dalam data yang telah diterima. Analisis data riset melalui perhitungan distribusi frekuensi untuk mengecek konsistensi data dan *crosstabulasi* antar variabel. Data kuantitatif tersebut akan disajikan dalam bentuk tabel/grafik.

Data hasil wawancara mendalam disajikan dalam bentuk resume dan transkrip hasil wawancara. Sebagai dasar pengelompokan tema atau variabel untuk menjawab tujuan penelitian. Selanjutnya data hasil wawancara akan menjadi pelengkap data grafik tabel melengkapi analisis, dalam bentuk kutipan pendukung.

3.6 Kualitas Hidup/Kesejahteraan *(Well-Being)*

Responden menilai kualitas hidupnya sendiri dengan menggunakan instrumen (EQ-5D-5L) dan EQ VAS (Visual)[14]. Penilaian dilakukan pada lima dimensi yakni mobilitas, kemampuan perawatan diri, aktivitas sehari

[14] Janssen Bas, Van Reenen, EQ- %D-5L User Guide Basic Information on How To Use The EQ-5D-5L Instrument.

hari, rasa sakit/ tidak nyaman dan rasa cemas/depresi, menggunakan lima tingkat skala dari tidak bermasalah, ringan, sedang, cukup dan sangat bermasalah. Selanjutnya responden memberi penilaian mengenai kondisi kesehatan saat dilakukan wawancara dari skor 1-100 menggunakan instrumen EQ-VAS *(the visual analogue scale)*

Penilaian kualitas hidup disajikan di dalam tiga poin sebagai berikut:

a. Hasil dari sistem deskriptif EQ-5D-5L sebagai profil kesehatan
   Salah satu cara menyajikan data sebagai profil kesehatan dibuat dalam bentuk tabel dengan frekuensi atau proporsi masalah yang dilaporkan untuk setiap level untuk setiap dimensi. Tabel ini dipecah untuk memasukkan proporsi per sub-kelompok, seperti usia, jenis kelamin dan lama pakai zat narkotika. Tingkat EQ-5D-5L juga akan dikelompokkan menjadi 'tidak ada masalah' (yaitu level 1) dan 'masalah' (yaitu level 2 hingga 5).

   Selain itu, akan dilakukan perbandingan antara data EQ-5D-5L dari hasil riset ini dengan data dari hasil studi [15] untuk membahas nilai EQ-5D-5L pada populasi umum di Indonesia.

b. Menyajikan hasil nilai indeks EQ-5D-5Lan Reenen / Bas Janssen
   Nilai indeks EQ-5D-5L dapat disajikan dengan cara yang sama seperti data EQ VAS, yaitu menggunakan ukuran kecenderungan sentral dan ukuran dispersi.

c. Hasil EQ-VAS sebagai ukuran keseluruhan diri peringkat status kesehatan
   Untuk menyajikan semua aspek data EQ-VAS mengenai penilaian status kesehatan diri ditampilkan dalam ukuran kecenderungan sentral dan ukuran dispersi. Ini bisa menjadi nilai rata-rata dan standar deviasi, nilai median dan persentil ke-25 dan ke-75.

3.7 Keterbatasan Penelitian

Sebuah penelitian pasti memiliki keterbatasan penelitian tidak terkecuali riset ini. Dalam riset ini terdapat beberapa keterbatasan yaitu: **Pertama**, responden riset ini adalah klien yang masih dalam perawatan

[15] Data Self-reported health using the EQ-5D-5L descriptive system and the EQ VAS. Sumber Purba et al, The Indonesian EQ-5D-5L Value Set. July 2017.

rehabilitasi dan pasca rehabilitasi. Populasi penelitian adalah klien di dalam tempat rehabilitasi dan di luar tempat rehabilitasi yang memiliki ciri-ciri berbeda. Dalam hal hubungan dengan keluarga dan kerabat, misalnya jarak dan keterjangkauan tempat rehabilitasi dapat menentukan kualitas hubungan mereka. Demikian juga dari sisi kesehatan secara umum. Klien yang berada di dalam tempat rehabilitasi memperoleh perawatan dan perhatian dari petugas rehabilitasi sehingga akan lebih mampu menjaga kesehatan mereka. Sedangkan di luar tempat rehabilitasi banyak tantangan yang dapat menyebabkan kondisi kesehatan mereka tidak optimal.

Kedua, karena dalam riset ini partisipasi perempuan sangat sedikit (37 orang atau 6.1%), rekrutmen terhadap populasi ini sebagai sampel tidak dapat dilakukan secara random dan pelajaran yang diperoleh dari populasi ini mempunyai keterbatasan dalam generalisasi.

Ketiga, demikian juga yang dihadapi dalam merekrut pengguna heroin. Karena jumlahnya sedikit, maka peneliti merekrut semua yang ada dalam *listing* tanpa seleksi *random*.

Keempat, metode riset yang mengandalkan tanggapan responden menggunakan ingatan tentang hal atau peristiwa yang ditanyakan. Ini membatasi tanggapan responden mengenai nama zat yang digunakan, jumlahnya, lamanya, dan caranya. Sama halnya dengan dampak pada kesehatan. Responden mungkin saja tidak ingat atau tidak tahu mengenai gangguan atau penyakit tertentu yang pernah dialaminya. Oleh karena itu, jawaban mereka hanyalah indikasi pengalaman mereka selama ini dan akan cenderung lebih banyak yang tidak terungkapkan.

IV

HASIL PENELITIAN

Loka Rehabilitasi BNN
Batam

Batik Melayu Ikan Tamban Khas Kepulauan Riau

IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Karakteristik Responden

4.1.1. Karakteristik Demografi

Untuk memperoleh gambaran umum dari ciri demografis responden tabel 09 di bawah ini menyajikan karakteristik demografis dari semua responden (n=602).

Tabel 09 : Karakteristik Umum Responden (n = 602)

Variabel Demografi	n (%)
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	656 (93,9)
Perempuan	37 (6,1)
Usia	
<20 tahun	100 (16,6)
20-29	288 (47,8)
30-39	159 (25,6)
40+	60 (10,0)
Status Pendidikan	
Tidak sekolah	12 (2,0)
Tidak tamat SD	18 (3,0)
SD/MI sederajat	45 (7,5)
SMP/MTs sederajat	108 (17,9)
SMA/MA sederajat	345 (57,3)
Akademi/PT	74 (12,3)

Variabel Demografi	n (%)
Status Pekerjaan	
Pelajar/Mahasiswa	60 (10,0)
Belum/tidak bekerja	119 (19,8)
Ibu Rumah Tangga	10 (1,7)
Petani	15 (2,5)
Nelayan	12 (2,0)
Wiraswasta/pedagang	161 (26,7)
PNS/TNI-POL/BUMN	45 (7,5)
Pegawai swasta	93 (15,4)
Pekerja lepas	87 (14,5)
Tempat Tinggal	
Bersama Orangtua	406 (67,4)
Sendiri	81 (13,5)
Saudara/kerabat	113 (18,8)
Teman	73 (12,1)
Pasangan hidup	175 (29,1)
Asrama	10 (1,7)
Lapas/Rutan	9 (1,5)

Dari Tabel 09 di atas tampak jelas bahwa mayoritas responden riset ini adalah laki-laki (93,9%) dengan usia sekitar 20-39 tahun (73,4%), sebagian besar belum menikah (54.5%), memiliki tingkat pendidikan di atas SLTA (69,6%), dan telah bekerja (70,2%). Meskipun tidak sama rata, semua jenis pekerjaan terwakili. Dari aspek tempat tinggal mereka, kebanyakan responden masih tinggal dengan orangtuanya (67,4%), walau pun ada yang tinggal dengan pasangan (29,1%).

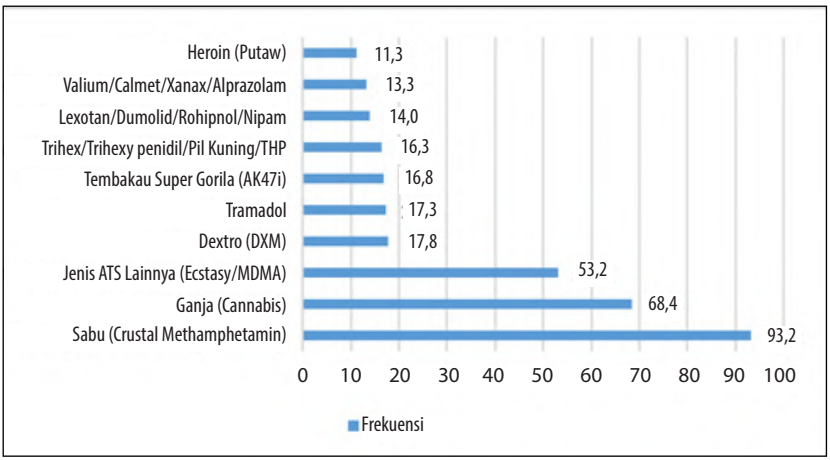
4.1.2 Riwayat dan Resiko Penyalahgunaan Narkotika

Untuk melihat riwayat penyalahgunaan narkotika, ada beberapa variabel yang dianalisis, yaitu: a) zat yang paling banyak digunakan; b) usia pertama kali memakai *(age of onset)* dan berapa lama menggunakan zat tersebut; c) berapa jenis zat yang digunakan, dan d) cara menggunakan zat. Riwayat penyalahgunaan zat berhubungan dengan resiko kesehatan yang terjadi.

a) Zat yang paling banyak digunakan

Dalam kuesioner disajikan 28 jenis zat yang diketahui oleh BNN sering disalahgunakan. Riset kesehatan ini menanyakan zat yang pernah digunakan. Gambar 02 berikut ini menjelaskan 10 zat yang paling banyak dipilih oleh responden.

Gambar 02 : 10 Zat yang Paling Banyak Digunakan



Dari 10 zat yang paling banyak digunakan, diketahui bahwa shabu *(crystal meth)* menjadi yang terbanyak diikuti oleh ganja, jenis ATS lainnya– khususnya MDMS (ecstasy), dan zat-zat psikotropika (Dextro, Tramadol dan lain-lain). Tren ini sesuai dengan fakta di lapangan yang ditemukan dalam survei prevalensi BNN dari tahun 2014 yang menyebutkan bahwa angka capaian penyitaan *crystal meth* dan ATS meningkat dengan pesat.

b) Usia pertama kali dan lama penyalahgunaan zat tersebut

Tabel 10 berikut ini menunjukkan bahwa ada 12 zat yang digunakan responden sebelum mereka berusia 20 tahun. Kebanyakan zat itu adalah obat psikotropika yang tersedia di pasaran umum. Usia termuda rata-rata 14 tahun adalah penyalahguna Inhalan. Tiga zat yang dianggap zat berbahaya juga digunakan sebelum usia 20 tahun yaitu ganja (16,8 tahun), heroin (18,7 tahun), *crystal meth* atau shabu (19,7 tahun).

Tabel 10: Usia Pertama Kali Pakai dan Lama Penggunaan Zat

Jenis Zat	Usia Pertama Kali Pakai Zat (Tahun)		Lama Penggunaan Zat (Tahun)	
	N	Mean	N	Mean
Ganja (Canabis, Cimeng, Mariyuana, Gele, Daun)	419	16,80	411	4,6
Heroin (Putaw, bedak, etep)	68	18,68	63	5,4
Morfin (brown sugar)	16	22,38	12	3,8
Tramadol (Trama)	105	18,66	102	1,9
Shabu/Meth Kristal/Methamphetamine	560	19,74	557	6,5
Tembakau super gorilla/Hanoman/Ganesha/Sun Gokong/Gor, AK47i)	101	22,13	100	1,2
Lexotan/Dumolid/Rohipnol/Nipam (Magadon/BK/Pil Koplo)	83	18,57	81	3,4
Kokain (Coke, Snow, Koka, Happy Dust, Charlie)	22	22,55	22	1,1
Kodein	17	21,82	16	1,0
Opium (Candu, Poppy)	6	22,00	6	0,5
Metadon (bukan dari resep dokter)	13	26,31	13	2,9
Inhalan (Zat yang mudah menguap) seperti Lem Aica, Lem Cap Kambing, Bensin, Thiner, Etil, Spirtus, Spidol	87	14,60	87	1,3
Dextro (DXM, Dextromethorpan)	109	16,67	106	1,3
Suboxone/burenorphine (bukan dari resep dokter)	10	23,00	10	1,6
Petidin (bukan dari resep dokter)	3	24,33	3	3,4
LSD (Acid, tabs, trips)	39	21,62	39	0,1
Hasish	16	22,44	16	1,1
Ekstasi/Inex/MDMA/Happy Five/Cece/XTC/Pil Y	321	20,41	317	1,0
Valium/Calmet/Xanax/Alprazolam (tanpa resep dokter)	78	21,65	78	3,8
Trihex/Trihexy penidil/Pil kuning/THP/Double L/Pil Trek	99	17,71	98	3,2
Katinon (Kats)	3	21,67	3	2,0
Metilon (Molly)	2	23,50	2	0,4
Zenith (Camophen/Somadril/PCC/Dil Jin)	39	18,33	38	0,1
Obat sakit kepala diminum berlebihan	24	18,54	23	2,2
Mushroom/Jamur Kotoran Sapi	61	20,38	60	1,5
Ritalin/Prohier (bukan dengan resep dokter)	7	23,57	7	0,8
Flakka (obat zombie)	1	20,00	1	1,8

Data tabel 10 menunjukkan lama penggunaan zat shabu atau *Crystal meth* adalah zat terlama digunakan dengan rata-rata penggunaan (6 tahun 5 bulan), heroin (5 tahun 4 bulan), ganja (4 tahun 7 bulan), morfin (3 tahun 9 bulan), Lexotan dan sejenisnya (3 tahun 5 bulan), Suboxone tanpa resep dokter (3 tahun 5 bulan). Sedangkan zat lainnya telah digunakan rata-rata 1 sampai dengan 2,5 tahun.

c) Jenis zat yang digunakan

Tabel 11 berikut ini memberikan informasi bahwa kebanyakan responden, terlepas dari usia, jenis kelamin, dan berbagai variabel demografis lainnya, cenderung menggunakan lebih dari satu zat.

Tabel 11: Banyaknya Zat yang Digunakan Responden

Karakteristik Responden	Jumlah Zat yang digunakan					
	Mono drug	2-5 Zat	6-10 Zat	11-15 Zat	16+ Zat	N
Kelompok Usia						
15-19 Tahun	18.0	66.0	16.0	0.0	0.0	100
20-29 Tahun	13.5	67.4	15.3	2.8	1.0	288
30-39 Tahun	10.4	75.3	11.0	3.2	0.0	154
40-49 Tahun	15.1	60.4	13.2	11.3	0.0	53
50+	42.9	28.6	14.3	14.3	0.0	7
Jenis Kelamin						
Laki-laki	13.8	68.1	14.0	3.5	0.5	565
Perempuan	16.2	67.6	16.2	0.0	0.0	37
Status Perkawinan						
Belum menikah	12.2	66.2	19.2	1.8	0.6	328
Menikah	17.5	68.4	7.8	5.8	0.5	206
Cerai Mati	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	6
Cerai Hidup	9.7	77.4	9.7	3.2	0.0	62
Tingkat Pendidikan						
Tidak sekolah	8.3	75.0	16.7	0.0	0.0	12
Tidak/belum tamat SD	27.8	61.1	11.1	0.0	0.0	18
SD/MI sederajat	15.6	77.8	6.7	0.0	0.0	45
SMP/MTs sederajat	19.4	64.8	13.0	1.9	0.9	108
SMA/MA sederajat	12.2	68.1	15.7	3.5	0.6	345
Akademi/PT	10.8	67.6	13.5	8.1	0.0	74

Karakteristik Responden	Jumlah Zat yang digunakan					
	Mono drug	2-5 Zat	6-10 Zat	11-15 Zat	16+ Zat	N
Status Pekerjaan						
Pelajar/Mahasiswa	16.7	60.0	21.7	0.0	1.7	60
Belum/tidak bekerja (karena..)	10.9	67.2	17.6	4.2	0.0	119
Ibu rumah tangga	20.0	80.0	0.0	0.0	0.0	10
Petani	13.3	86.7	0.0	0.0	0.0	15
Nelayan	25.0	58.3	16.7	0.0	0.0	12
Wiraswasta/pedagang	11.8	69.6	14.3	4.3	0.0	161
PNS/TNI/POLRI/ BUMN/dan Lainnya	26.7	68.9	4.4	0.0	0.0	45
Pegawai swasta	9.7	74.2	11.8	4.3	0.0	93
Pekerja lepas	16.1	62.1	14.9	4.6	2.3	87
Total	**14.0**	**68.1**	**14.1**	**3.3**	**0.5**	**602**

Dari data diatas terdapat informasi menarik bahwa semakin dewasa usianya semakin banyak zat yang digunakan. Dari sisi pendidikan, semakin tinggi pendidikan responden semakin banyak zat yang digunakan, terutama setelah pendidikan menengah ke atas. Dengan demikian, responden dalam riset ini lebih dari 80% adalah *polydrug users* atau menggunakan lebih dari 2 zat dan lebih dari 62% menggunakan lebih dari 3 zat. Secara khusus mereka mewakili anak muda baik siswa maupun angkatan kerja usia produktif dan menjadi harapan bangsa. Menggunakan lebih dari satu jenis zat dan dengan mencampur zat, akan berisiko terhadap akibat interaksi antar zat yang dapat mematikan (lihat LAMPIRAN).

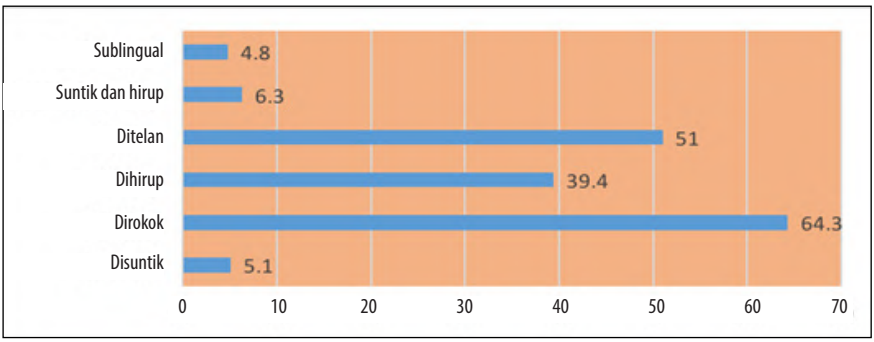
d) Cara penggunaan zat

Berbagai zat yang disalahgunakan disajikan dalam berbagi bentuk, dari berbentuk natura (daun, bunga, biji) sampai dengan berbagai bentuk lainnya seperti pil, bubuk kristal, pasta, dan cairan. Oleh karena itu, beberapa zat akan cenderung digunakan dengan cara tertentu. Namun, perlu diketahui bahwa banyak zat yang dikemas berbeda-beda. Cara zat digunakan menimbulkan resiko tersendiri (spesifik). Pengaruh langsung terhadap tubuh terjadi jika zat digunakan di bagian tubuh tertentu seperti di vena dalam hal disuntik, atau di

rongga mulut, tenggorokan dan paru-paru jika dihisap, dirokok, atau dihirup. Jika disuntikkan maka akan berbahaya karena sisa darah dalam tabung suntik akan bertahan lebih dari 12 jam dan akan menularkan penyakit dalam darah itu jika suntikan digunakan tanpa sterilisasi. HIV dan Hepatitis (C dan B) misalnya, sangat umum menginfeksi pemakai heroin suntik. Hal yang sama jika dilakukan melalui pelukaan atau menyilet. Penyalahgunaan dengan dihirup dan dirokok juga menimbulkan resiko pada sistem respiratori dan rongga mulut. Oleh karena itu, informasi dalam Gambar 03 berikut ini menarik untuk disimak.

Data Gambar 03 menjelaskan bahwa cara pakai zat yang paling sering dilakukan adalah dirokok, dihirup, dan ditelan. Data menggambarkan jenis zat yang disalahgunakan, yaitu sabu, ganja, jenis ATS lainnya, dan obat psikotropika. Zat lainnya relatif kurang dari 10%.

Gambar 03: Cara Zat Digunakan (n=602)



Meskipun demikian, data di atas tidak dengan serta merta dapat diinterpretasi seperti itu. Selain responden adalah *polydrug users* cara penyalahgunaan tertentu dilakukan oleh pemakai zat yang bermacam-macam (Lihat Tabel 12). Oleh karena itu, menarik untuk mengetahui jenis zat dan cara pakai zat tersebut. Berdasarkan hasil tabulasi silang antara cara pakai dengan zat yang digunakan maka ditemukan fakta yang menarik. Fakta tersebut ditunjukkan pada tabel 12 bahwa resiko yang tidak terisolasi pada satu jenis zat atau satu cara pemakaian saja

Tabel 12: Cara Memakai dan Zat yang Digunakan

Cara Memakai	Pemakai Zat
Disuntik	46% pemakai heroin 1,2% pemakai ganja 31% pemakai morfin 0,7% peakai sabu 4,8 pemakai kokain 16,7% pemakai metadon 50% pemakai suboxone 66,8% pemakai petadin 0,6% pemakai MDMA 3,9% pemakai valium 1% pemakai trihex 5,1% pemakai zenith 14% pemakai ritalin
Dirokok	13,2% pemakai heroin 54,2% pemakai sabu 89,1% pemakai tembakau gorilla 4,8% pemakai kokain 40% pemakai opium 93,3% pemakai hasish 66,7% pemakai katinon 3,3% pemakai magic mushroom 14,3% pemakai ritalin
Dihirup	4,9% pemakai ganja 20,6% pemakai heroin 56,3% pemakai morfin 42,5% pemakai sabu 6,9% pemakai tembakau gorilla 76,2% pemakai kokain 28,6 pemakai PCP 18,8% pemakai kodein 40% pemakai opium 5,3% pemakai LSD 6,7% pemakai hasish
Disuntik & dihirup	19,1% pemakai heroin 6,3% pemakai morfin 2% pemakai sabu/crystal meth 14,3% pemakai PCP 2,6% pemakai valium dan sejenisnya

Cara Memakai	Pemakai Zat
Ditelan	6,3% pemakai morfin 100% pemakai tramadol 2% pemakai tembakau gorilla 97,65% pemakai lexotan dll. 14,3% pemakai kokain 81,3% pemakai kodein 20% pemakai opium 83,3% pemakai metadon 57,1% pemakai PCP 99,1% pemakai dextro 10% pemakai suboxone 33,3% pemakai petadin 18,7% pemakai LSD 98,4% pemakai MDMA 92,2% pemakai valium 99% pemakai trihex 33,3% pemakai katinon 100% pemakai metilon 94,9% pemakai zenith 100% pemakai obat sakit kepala 91,8% pemakai magic mushroom 85% pemakai ritalin 100% pemakai flakka
Sublingual	10% pemakai suboxone 76.3% pemakai LSD (Acid)

Dengan tambahan informasi di atas, maka kita akan lebih memahami bahwa pemakai sabu, ganja, morfin, heroin, suboxone dan LSD akan menghadapi resiko paling tinggi karena banyak cara penyalahgunaannya, terutama karena cara penyuntikan yang beresiko membawa virus di dalam darah akibat penggunaan jarum suntik yang tidak steril. Zat-zat yang khas untuk dihirup atau dirokok seperti ganja, kokain, sabu, inhalan dan lain-lain tentu akan memberikan resiko di rongga mulut, tenggorokan dan paru-paru. Zat-zat lain yang ditelan akan memberikan resiko terhadap sistem syaraf pusat karena campuran zat yang berbahaya. Dengan kata lain, dalam persoalan penyalahgunaan zat yang begitu kompleks, kita tidak mungkin menentukan akibat zat-zat tertentu secara spesifik dengan metodologi penelitian seperti ini. Jika ingin membangun argumen

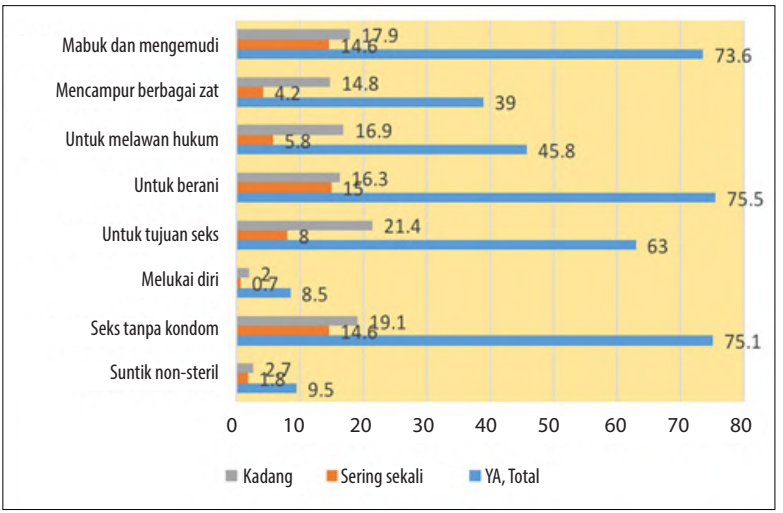
yang lebih spesifik, perlu dilakukan penelitian eksperimental berbasis laboratorium.

4.1.3. Resiko karena perilaku ketika memakai zat

Jika kita mencermati Gambar 04 di bawah ini, maka kita perlu mewaspadai resiko perilaku di bawah pengaruh intoksifikasi. Perlu dicermati informasi yang menunjukkan bahwa sekitar 8,5-75,5% responden telah melakukan berbagai perilaku berisiko ketika menggunakan Narkotika, baik menyuntik tanpa sterilisasi, melukai diri sendiri, menyetir kendaraan dalam keadaan mabuk, dan mencampur zat yang mereka gunakan. Implikasi dari perilaku berisiko di atas tidak hanya pada kesehatan tetapi juga pada keselamatan diri sendiri dan orang lain.

Informasi seperti ini memperlihatkan bahwa walaupun angkanya relatif kecil seperti pada perilaku "mabuk dan mengemudi" diketahui bahwa 17,9% yang menyatakan kadang dan 14,6% yang menyatakan sering sekali namun secara keseluruhan 73,6% responden pernah melakukan perilaku beresiko ini.

Gambar 04: Resiko Terkait Tujuan dan Perilaku Saat Intoksifikasi (n=602)



Melalui wawancara dengan informan, terungkap berbagai alasan mengapa mereka melakukan perilaku berisiko tersebut.

TEMUAN KUALITATIF

Beberapa tujuan yang diakui oleh pemakai Narkotika adalah sebagai berikut:

"...Iyah, mungkin bisa jadi kemungkinan besar lebih kayak ingin lebih di terima dipergaulan." **(21004, L -36 tahun)**

"...setelah pakai jadi giat nyari duit, terus pintar ngakalin orang" **(41005, L – 30 tahun)**

"...Ya menurut saya sih waktu saya memakai narkoba itu ya percaya diri itu buat sekolah. Ada lah misalnya lagi belajar misalnya lagi pelajaran apa kek salah satu contoh IPS ya kan belajar nanya-nanya duduk paling depan kan pede sekali saya waktu itu makai narkoba...nanya-nanya ama guru juga, wih lo paling aktif disini katanya. Wih gue bilang keren ya gue paling aktif di kelas. Ketika itu saya ditunjuk jadi ketua kelasnya kan wah kaget juga bro. Ketika besoknya lagi wih gue jadi ketua kelas nih gimana ya, ya udah. Biar besoknya sama temen lagi ya gue boti abis nih beliin aja dong....." **(11008, L- 28 tahun).**

"... ini awal mulanya itu karena berat badan saya, berat badan saya dulu sampai 120 kg nah jadi nih teman-teman nawarin kan ini nanya-nanya lah ini pake ini bisa ngurusin katanya gitu," **(31002, Klien. L 39 Tahun)**

"... klien saya ada juga yang..kerja sebagai buruh dia merasa kalau dia menggunakan (zat), dia itu mampu mengangkat sampai berapa puluh kilo gitu pada saat itu. Tapi kalau dia nggak menggunakan, dia nggak mampu ngangkat,..makanya dia merasa harus make. Terus ada juga kasus klien saya yang dia bekerja di kapal, gitu. Dia menggunakan itu selama lima hari itu. Jadi, ternyata lima hari itu batasan dia bekerja selama lima hari itu nggak tidur, dia make. Terus dia doping terus tuh, dia make terus." **(52002, konselor L-27 Tahun)**

4.2. Hubungan dengan Kesehatan Fisik

Setelah mengkaji berbagai resiko terkait dengan zat-zat yang disalahgunakan, maka riset ini akan mencoba melihat dampak penyalahgunaan zat tersebut pada berbagai aspek kesehatan dan kesejahteraan individu. Tabel 13 di bawah ini menjelaskan resiko kesehatan apa saja yang pernah dialami oleh responden, minimal 1 kali dalam hidup mereka.

Tabel 13 : Pengalaman Gangguan Kesehatan (n = 602)

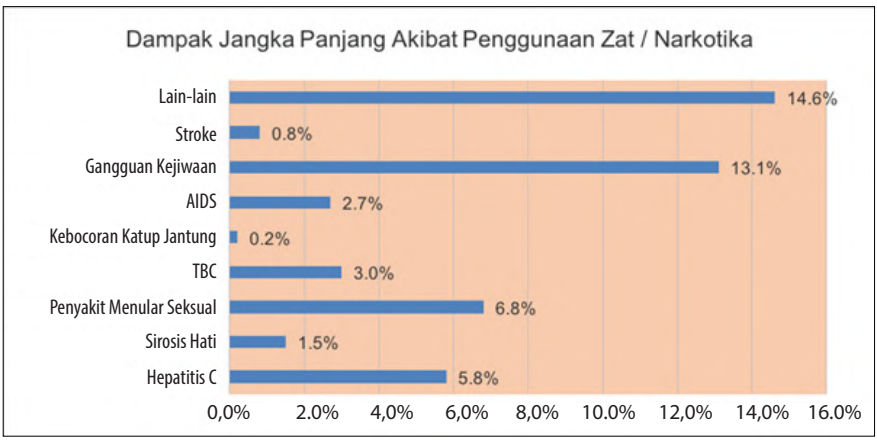
Variabel (%)	Kumu-latif	Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
Sakit	YA					
Infeksi pernafasan	52,8	9,0	21,9	10,0	6,6	5,3
Infeksi kulit	24,1	7,1	8,3	3,8	3,0	1,8
Infeksi mulut	59,5	13,8	17,9	11,5	9,3	7,0
Overdosis	14,1	9,5	2,7	0,7	1,0	0,3
Dampak fisik lainnya						
Pusing/sakit kepala hebat	73,4	10,5	21,3	16,8	14,6	10,3
Kejang-kejang	11,1	4,0	3,2	1,5	2,0	0,5
Dehidrasi/kelumpuhan	21,3	9,1	5,3	3,7	2,5	0,7
Gangguan gigi	64,1	15,0	18,3	14,3	9,8	6,8
Gangguan rongga mulut	60,1	9,6	19,6	11,5	13,6	5,8
Gangguan mata	45,5	7,5	17,1	7,8	9,0	4,2
Mentruasi tidak teratur (p)	2,8	0	1,0	0,7	0,5	0,7
Keputihan (p)	2,8	0,5	0,8	0,5	0,5	0,7

Secara umum, Tabel 13 di atas menunjukkan berbagai keluhan fisik yang oleh responden dianggap terkait dengan pemakaian zat yang disalahgunakan. Jika kita melihat jawaban secara kumulatif, maka gangguan di rongga mulut dan tenggorokan merupakan keluhan yang paling sering dikemukakan. Terutama keluhan sehubungan dengan infeksi rongga mulut (59,5%), gangguan pernafasan (52,8%), gangguan kulit (24,1%), dan overdosis (14,1%). Dampak fisik lainnya yang mereka alami adalah pusing-pusing hebat (73%), gangguan gigi (64,1%), dan

gangguan rongga mulut (60,1%) merupakan keluhan yang paling sering dikemukakan dengan variasi frekuensi kejadian gangguannya.

Selain itu, responden juga menyebutkan dampak jangka panjang dari penyalahgunaan zat seperti terlihat dalam Gambar 05. Sedikitnya sekitar 35 responden (6%) menyatakan mengalami gangguan kesehatan jangka panjang seperti hepatitis C dan lain-lain. Diperkirakan dampak kesehatan di atas terkait dengan zat yang paling banyak digunakan yaitu ATS dan ganja serta berbagai zat psikotropik yang bersifat analgesik, sedatif, maupun antidepresan yang berpengaruh pada gangguan memori dan gangguan mental. Perlu digarisbawahi bahwa jawaban ini tergantung dari pengetahuan dan ingatan responden. Banyak responden yang mungkin tidak tahu atau tidak peduli dengan kesehatan mereka walau sudah periksa dokter.

Gambar 05: Dampak Jangka Panjang Pemakaian Narkotika (n=602)



Berdasarkan gambar di atas, dampak fisik jangka panjang yang sering dialami para responden adalah gangguan kejiwaan sebanyak 13,1%. Urutan kedua adalah penyakit menular seksual sebanyak 6,8%. Urutan ketiga adalah penyakit hepatitis C sebanyak 5,8%. Urutan keempat adalah penyakit TBC sebanyak 3,0%. Penyakit yang lain yaitu sirosis hati (1,5%), stroke (0,8%), kebocoran katup jantung (0,2%), dan penyakit lain-lain 14,6% (depresi, halusinasi, bipolar, berbagai bentuk kecemasan dan kesulitan tidur).

TEMUAN KUALITATIF

Responden (31006, P – 22 tahun) yang sudah menjalani rehabilitasi 2 kali (tahun 2017 dan tahun 2019) di lembaga rehabilitasi yang sama, sudah menikah dua kali dan telah bercerai, memiliki anak 3 orang tetapi diasuh keluarga mantan suami

"setelah pake jadinya malas, bawaannya jadi mau tidur aja"

"menjadi kurus, menjadi 45 (kg) dari sebelumnya 50-55 (kg)" (dalam kurun waktu 1 (satu) tahun).

Responden (31007, P)
Setelah memakai narkotika hidup tidak wajar dan tidak berkualitas. Secara Fisik banyak keluhan, sulit tidur, susah makan. Sekolah di drop out, karena sering bolos, tidak dipercaya keluarga besar, keluarga inti hancur, dijauhi anak, teman-teman lebih banyak yang sesama pemakai.

"... Setelah menggunakan narkoba, kualitas hidup hancurlah dan berantakan banget, akhlak tidak terjaga, suka-suka awak, tidak peduli orang lain, gak peduli di sekitar siapa lu siapa gua. Kesehatan fisik badan rasanya gak enak, susah tidur, susah makan dan banyak gak enak badan."

Responden 51005 (P, 24 tahun) – Karena hidup dengan narkoba itu akhirnya ia kembali menjadi PSK. Banyak perubahan negatif yang dia rasakan setelah memakai narkoba termasuk perubahan pada fisik, mental, maupun sosial. Dalam kehidupannya di dunia hitam dia juga mengakui memiliki 14 orang suami (nikah siri). Sampai dengan saat diwawancara, keluarganya tidak mengetahui keberadaannya sejak masuk penjara.

Gangguan fisik yang dirasakan oleh informan setelah memakai narkoba (shabu): Badan menjadi kurus, muntah darah. Badan terasa lemas jika tidak menggunakan shabu, tapi ketika menggunakan shabu rajin bekerja.

Gangguan mental yang dirasakan oleh Informan: halusinasi, mudah lupa, lebih sensitif (mudah marah), paranoid.

Menurut Dokter 32011, P- 32 tahun

".....klien biasanya lebih banyak tidak mau makan dan susah tidur. Merasa percaya diri penuh, aktivitas maksimal bisa gitu, selama 3 hari tidak ngantuk tetap terjaga, kadang tidak makan juga.. aktivitas mereka full..."

"..Kalau shabu ke batuk sih,., sama seperti ganja, rokok juga,,, gangguan pernafasan aja kalau hepatitis kan mungkin saja bisa tertular sama seperti HIV. Kalau shabu kan biasanya untuk seks, meningkatkan gairah seks, ganti-ganti perempuan bisa dapat resiko ke penularan karena virus..."

"....ganja sama shabu itu banyak menimbulkan gejala yang mirip, gejala psikotik ya, psikotik itu halusinasi, waham.."

Dokter 52001, L-34 tahun.

" Efek shabu...rata-rata di masalah infeksi saluran pernafasan atas, jadi klien yang masih detoksifikasi , kadang ada keluhan batuk, sesak nafas, mungkin sebelumnya ada riwayat yang memperberat, misal klien ada asma, terus pakai shabu juga stimulan sehingga memperberat. Kalau yang gak punya riwayat.. dari withdrawal, kadang dada sesak, berdebar-debar, kadang pusing, bervariasi. . Keluhannya biasa sakit kepala, yang hilang timbul..".

"...Efeknya (pakai gorilla) seperti sesaknya tertimpa beban,,kaya susah mau ngapa ngapain, kaya ketindihan, tapi withdrawalnya gak lebih berat dari withdrawal shabu sih,"

"...Lem biasanya yang di bawah umur, ekonomi mereka yang biasa. Pemula..mereka cenderung halusinasi kadang sesak juga, Kalau gangguan mentalnya, dari shabu kebanyakan halusinasi, halusinasi penglihatan dan pendengaran, ada beberapa waham yang tidak bisa dipatahkan.."

Khusus pada perempuan

"Kalau gangguan fisik lelaki perempuan kurang lebih sama, cuman karena perempuan menstruasi mulai terganggu, Jadi ada masalah dengan fisiologisnya. Kadang ada 1-3 bulan gak menstruasi. Padahal secara normal gak ada masalah, gak ada keluhan..." ***(Dokter 42017, L-38 Tahun)***

"...Kalo perempuan ya emosionalnya tidak stabil jadinya disitu dia bedanya, kalo laki-laki masih bisa lah ini tapi kalo sudah perempuan moodswing nya mudah berubah sekali apalagi kalo sudah visit-an nanti ketemu kangen anak pingin pulang dibelakang udah ngamuk-ngamuk minta pulang minta pulang..." **(Dokter 52020, L-34 Tahun).**

4.3. Hubungannya dengan Kesehatan Mental dan Sosial

Hubungan antara responden dengan keluarga, kerabat, dan orang-orang lain di sekitarnya merupakan bagian penting bagi kesejahteraan sosialnya. Jika kita simak Tabel 14 di bawah ini, maka pemakaian atau penyalahgunaan zat merupakan salah satu faktor yang oleh responden dianggap menimbulkan efek sebagai berikut:

Tabel 14: Kondisi Mental Emosional (n=602)

Variabel (%)	Kumu-latif	Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
Takut, cemas. panik	86,4	11,6	26,6	20,1	14,3	13,8
Dikucilkan, paranoid	80,0	10,5	19,8	19,3	16,3	14,1
Depresi, putus asa	58,0	14,0	17,8	10,8	9,1	6,3
Ingin bunuh diri	22,3	13,0	4,2	3,3	1,3	0,5
Terputus dengan keluarga	24,7	10,0	7,3	2,2	2,5	2,7
Mengalami kekerasan keluarga	46,5	13,5	14,6	8,1	6,6	3,7
Mengalam kekerasan dari orang lain	41,7	15,4	12,5	8,6	2,8	2,3

Variabel (%)	Kumu-latif	Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
Gangguan Memori	77,1	11,0	19,9	20,3	16,4	9,5
Halusinasi pancaindra	56,3	12,8	15,8	7,3	6,8	4,7
Membenci diri sendiri	56,3	14,6	20,4	9,5	7,8	4,8
Membenci orang terdekat	55,7	16,9	14,5	7,1	4,8	2,3
Merasa dicap negatif oleh saudara dekat	72,3	14,8	20,3	14,3	13,5	10,5

Tabel 14 di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden mengalami berbagai masalah mental dan emosional serta hubungan emosional yang negatif dengan orang-orang terdekatnya. Bahkan 2 di antara 10 pengguna (22.3%) pernah ingin mengakhiri hidup mereka sendiri.

Pertanyaan lain yag juga dianggap penting adalah mengenai kesehatan mental emosional individu responden berdasarkan zat yang disalahgunakan. Tabel 15 di bawah ini menjelaskan efek dari penyalahgunaan Zat terhadap berbagai aspek mental, relasional, dan emosional responden.

Tabel 15: Hubungan Antara Zat Utama yang Digunakan dengan Persoalan Mental Emosional

Masalah Emosional	Jenis Zat utama yang digunakan					
	Shabu	Ganja	Ecstacy/ MDMA	Dextro	Tramadol	NPS Sintetik
N sampel	**561**	**412**	**320**	**107**	**104**	**101**
Takut, cemas, panik	86,8%	88,1%	86,6%	90,7%	86,5%	88,1%
Dikucilkan, paranoid	80,9%	83,3%	80,6%	85%	79,8%	81,2%
Gangguan Memori	77,5%	83,5%	79,1%	86,9%	71,2%	84,2%
Dicap negatif oleh saudara dan teman	74,5%	79,4%	79,1%	81,3%	73,1%	76,2%
Depresi, putus asa	59,4%	64,1%	67,2%	68,2%	62,5%	66,3%
Membenci diri sendiri	58,6%	61,7%	61,3%	63,6%	51%	56,4%
Mengalami kekerasan keluarga	47,8%	50,2%	48,1%	60,7%	41,3%	46,5%
Halusinasi pancaindra	47,1%	50%	50%	62,6%	58,7%	62,4%

Masalah Emosional	Jenis Zat utama yang digunakan					
	Shabu	Ganja	Ecstacy/ MDMA	Dextro	Tramadol	NPS Sintetik
Membenci orang tua dan saudara kandung	46,7%	48,3%	49.1%	46,7%	42,3%	43,6%
Mengalami kekerasan dari orang lain	42,6%	46,4%	47,8%	52,3%	47,1%	49,5%
Ingin bunuh diri	23,2%	23,8%	26,3%	33,6%	32,7%	29,7%
Terputus dengan keluarga	25%	26,2%	25,6%	32,7%	27,9%	14,9%

Secara umum hampir tidak ada perbedaan efek antara zat utama yang digunakan dengan gangguan emosional. Pemakai Dextromtrophan (Dextro) yang merupakan obat pereda batuk mempunyai angka yang relatif tinggi hampir di semua gangguan, bahkan tertinggi dalam keinginan bunuh diri. Demikian juga pengguna Tramadol yang merupakan obat pengurang rasa sakit turunan opiat. Diperlukan tenaga ahli farmakologi untuk menjelaskan hasil-hasil ini. Perlu juga digarisbawahi, karena responden adalah *polydrug users*, maka hubungan antara penyalahgunaan zat utama dengan gejala-gejala mental-emosional dan sosial seperti di atas masih bersifat proxy dan bersifat asosiatif dan bukan kausatif.

Wawancara dengan informan responden penelitian, orangtua, dokter, dan psikolog menunjukkan bahwa dapak penyalahgunaan Narkotika terhadap kesehatan mental adalah persoalan riil dan serius. Pada perempuan, dampaknya lebih rumit karena aib dan stigma yang lebih berat.

TEMUAN KUALITATIF

Dampak Mental/Psikologis

"...dampak gangguan mental yang pasti tergantung lama penyalahgunaan, terus intensitas penyalahgunaanya seberapa sering dia pakai, dosisnya, dan ada tidak nya kerentanan genetik, jadi maksudnya memang secara genetik itu dia punya bakat untuk mengalami gangguan mental, mungkin ada keturunan keluarganya ada yang mengalami gangguan mental nah itu dia pakai narkoba justru jadi memicu, jadi muncul padahal kalo dia tidak pakai narkoba tidak muncul" **(42017, Dokter L-38 Tahun)**

"..beberapa orang yang konseling ke saya itu menceritakan tentang misalnya gini, Bu. Mereka itu menggunakan selalu dihantui perasaan takut ditangkap gitu. Kalau ada, jadi mereka kalau lagi make di kamar itu tiba-tiba ada yang buka pintu tuh kadang-kadang yang muncul di pikiran mereka tuh polisi kayak gitu. Takut ditangkap. Itu beberapa klien terjadi seperti itu." **(52002, Konselor L-27 Tahun)**

"...kalo yang bunuh diri ya sudah pasti ada gangguan mentalnya, kaya depresi sih yang paling sering, sampai bunuh diri." **(42017, Dokter L, 38 Tahun)**

"...sekarang yang banyak. Justru masalah kejiwaannya..rata-rata penyalahgunaannya juga sintetik banyak akhirnya lebih pengaruh ke perilaku dan kejiwaannya. Kalo dulu karena penyalahgunaannya putaw masih ke fisik.." **(41015, Perawat P, 30 Tahun)**

Pengalaman pengguna Kanabis dan Kanabis sintetik:

"...Yang saya rasakan waktu saya pakai itu badan saya, kurus terus saya itu pelupa jadinya, sensi juga sama orang, terus kaya ada bayang-bayang orang ngomongin saya" **(510015, P 24 Tahun)**

"....gorilla ini saya berhalusinasi sebenarnya saya dipaksa berpikir walaupun terlihat seperti meler-meler gitu..." **(41005, L)**

"....ganja sama shabu itu banyak menimbulkan gejala yang mirip, gejala psikotik ya, psikotik itu halusinasi, waham.." **(Dokter 42017, L-38 tahun).**

Pengalaman pengguna Dextro:

"...di Mangkutana (Luwu) harga 15 ribu dua biji, efeknya kasih tenang..tapi juga bikin paranoid...." Perasaan ada yang jalan-jalan di badan,,, kaya cuman ilusi aja..." **(61002, P-18 tahun)**

"....Rasanya tuh pengen make terus bro, soalnya misalkan kalo ngak make terus lihat keluarga jadi sedih bro, jadi kalo make happy, asik, gak kepikiran, terus kalo dosisnya sudah turun jadi sedih pikiran lagi bro, aduh kenapa aku kayak gini yah, begitu yah. Soalnya pernah gara-gara mikirin keluarga, akhirnya minum baygon dan racun tikus 1 gelas di kamar untuk mau bunuh diri tapi gak ketahuaan, waktu itu pas SMP kelas 3, efeknya cuma mual-mual muntah gitu aja bro," **(41002, P).**

Penyalahguna Lem dan Shabu

Dokter, 52001, L. 34 tahun
"..Lem biasanya yang di bawah umur, ekonomi mereka yang biasa. Pemula..mereka cenderung halusinasi kadang sesak juga, Kalau gangguan mentalnya, dari shabu kebanyakan halusinasi, halusinasi penglihatan dan pendengaran, ada beberapa waham yang tidak bisa dipatahkan.."

STIGMA pada perempuan

"...populasi perempuan tidak ada keinginan untuk rehabnya sedikit gitu untuk masuk, akhirnya mereka cerita bahwa di luar itu nggak gampang sis untuk kita memberanikan diri masuk ke rehabilitasi

karena kami sudah di label sebagai perempuan, belum lagi di label perempuan yang pakai, belum lagi dapat label perempuan yang pakai dan rehabilitasi. Stigma ganda sekali, makanya perawatan mungkin lebih kepada bagaimana mengembalikan fungsi-fungsi mereka sebagai perempuan" **(52004, Psikolog, P-33 Tahun)**

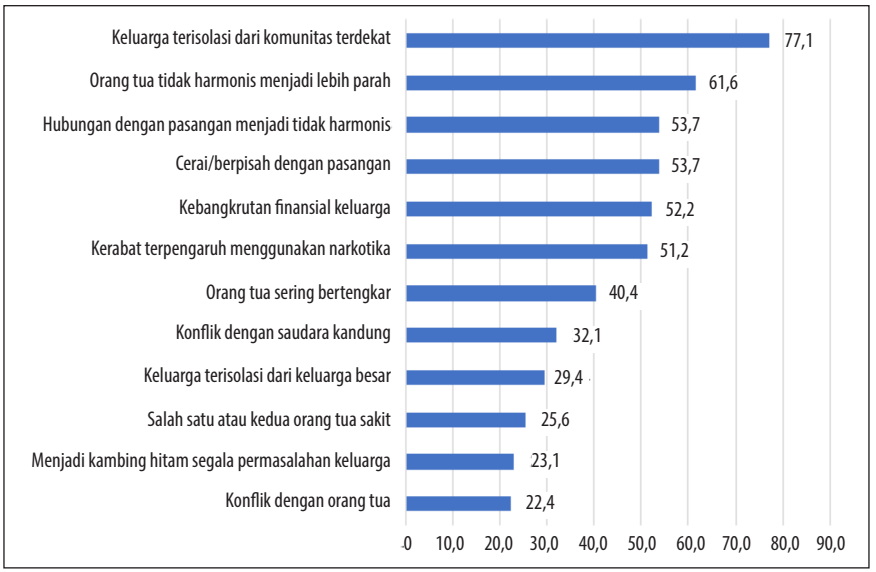
"....karena biasanya lebih ketat perempuan, Padahal kasusnya banyak.. karena disini kan malu, kalu direhab, keluarga juga malu, Kalau laki-laki kan biasa.. makanya kalau perempuan biasanya rawat jalan.." **(32011, P)**

"....Tantangan ke perempuan, staf perempuan memfasilitasi klien perempuan, karena harus memfasilitasi dari sisi emosinya juga. Masalah adiksi kemudian ditambah juga dengan kondisi emosi yang lebih sensitif daripada laki-laki gitu, belum lagi permasalahan mereka distigma karena mereka perempuan..." **(52004, Psikolog, P 33 Tahun)**

"...Kalo perempuan ya emosionalnya tidak stabil jadinya disitu dia bedanya, kalo laki-laki masih bisa lah ini tapi kalo sudah perempuan moodswing nya mudah berubah sekali apalagi kalo sudah visit nanti ketemu kangen anak pingin pulang dibelakang udah ngamuk-ngamuk minta pulang" **(52020-Dokter 2, L-34 Tahun)**

Secara spesifik riset ini juga ingin memahami tentang dampak penyalahgunaan Narkotika terhadap kualitas relasional di dalam keluarga responden. Seperti telah dijelaskan di awal dalam bagian teoritik dari riset ini, yang dimaksud dengan sehat adalah sehat secara fisik, mental, sosial dan spiritual. Keluarga adalah bagian yang sangat penting dalam ekologi sehat setiap responden. Relasi yang sehat dengan anggota keluarga mempunyai arti dan dampak signifikan pada kesejahteraan hidup responden. Demikian juga keharmonisan hubungan dengan pasangan hidup. Gambar 06 berikut ini memberikan informasi seperti berikut:

Gambar 06: Dampak Terhadap Hubungan Keluarga (n=602)



Menurut Gambar 06 di atas, ada beberapa dampak serius dari penyalahgunaan narkotika. Mereka merasa bahwa keluarga mereka terisolasi dari komunitas terdekat, hubungan antar orang tua menjadi tidak harmonis, dan hubungan dengan pasangan hidup menjadi terganggu. Responden juga berpendapat bahwa pemakaian narkotika telah menyebabkan ketidakharmonisan keluarga, baik dengan orangtua maupun dengan saudara kandung. Pembaca perlu hati-hati dalam menginterpretasi data ini karena data tidak disajikan dalam bentuk sebab akibat. Apakah ketidak harmonisan keluarga menjadi akibat atau penyebab penyalahgunaan narkotika. Responden merasa bahwa statusnya sebagai penyalahguna narkotika mempunyai asosiasi dengan kondisi keluarga dan hubungan sosial lainnya.

Pada Tabel 16 berikut ini, dilakukan pengujian apakah ada asosiasi antara lamanya responden menyalahgunakan berbagai jenis Narkotika dengan kualitas hubungan keluarga, pasangan dan kerabat dekat. Secara umum ada hubungan yang linier antara kondisi hubungan dengan keluarga dan kerabat dekat. Meskipun demikian, efek dari zat tidak terlihat. Artinya di semua penyalahgunaan zat ada kecenderungan bahwa semakin lama

responden menggunakan zat semakin besar proporsi yang mengakui adanya masalah.

Tabel 16 : Lama Penyalahgunaan Lima Zat Utama Terhadap Kesehatan Sosial (n=602)

Hubungan Keluarga / Zat dan Lama memakai (th)	ganja			Tramadol			Shabu			Dextro			Ekstasi		
	N= 412			N=104			N=561			N=107			N=320		
	< 2 th	2-5	5	< 2 th	2-5	5	< 2 th	2-5	5	< 2 th	2-5	5	< 2 th	2-5	5
N sampel															
Orang tua sering bertengkar	41,9	56,3	53,8	38,4	47,4	50,0	36,4	46,5	49,4	54,3	70,6	37,5	44,4	43,2	41,7
Konflik dengan orang tua	19,5	28,1	13,6	27,4	10,5	30,0	28,0	24,1	18,0	16,0	17,6	12,5	20,5	16,2	23,6
Orang tua yang memang sudah tidak harmonis, menjadi lebih parah	31,6	32,8	30,3	23,3	31,6	10,0	25,8	32,4	30,6	30,9	47,1	25,0	23,4	35,1	40,3
Konflik dengan saudara kandung	65,6	64,1	69,7	64,4	63,2	60,0	52,3	66,5	69,4	69,1	76,5	75,0	63,2	75,7	73,6
Anda menjadi kambing hitam untuk segala masalah di keluarga	60,9	48,4	58,3	38,4	42,1	50,0	43,9	61,8	58,4	58,0	76,5	62,5	49,7	67,6	58,3
Salah satu atau salah kedua orang tua anda sakit	56,7	50,0	53,8	52,1	47,4	50,0	50,0	57,6	52,9	61,7	70,6	75,0	55,0	52,7	52,8
Kebangkrutan finansial keluarga	40,0	39,1	45,5	37,0	42,1	50,0	28,0	44,7	46,7	54,3	35,3	50,0	39,2	52,7	44,4
Keluarga terisolasi dari keluarga besar	74,9	71,9	70,5	75,3	78,9	50,0	80,3	74,7	68,6	72,8	82,4	50,0	75,4	68,9	72,2
Keluarga terisolasi dari komunitas terdekat	24,7	25,0	25,0	17,8	26,3	40,0	18,2	24,1	26,7	22,2	29,4	25,0	22,2	28,4	22,2
Hubungan anda dengan pasangan menjadi tidak harmonis	54,4	57,8	70,5	38,4	31,6	70,0	37,9	54,7	67,5	55,6	58,8	62,5	57,3	59,5	70,8
Cerai atau berpisah dengan pasangan	32,6	37,5	41,7	20,5	36,8	60,0	25,0	28,2	40,8	33,3	17,6	25,0	41,5	31,1	44,4
Anak atau anggota keluarga lain, ada yang menggunakan narkoba karena pengaruh	20,5	31,3	28,0	21,9	21,1	10,0	12,1	27,6	24,7	29,6	41,2	37,5	21,1	18,9	31,9

Untuk memberikan ilustrasi, maka simak hasil wawancara kualitatif di bawah ini. Informan wawancara yang terdiri dari responden, orang tua dan profesional menunjukkan berbagai contoh gangguan relasi sosial. Dari responden penelitian, ada beberapa ungkapan yang memberikan indikasi bahwa hubungan sosial dengan keluarga dan kerabat sudah buruk sebelum mereka menyalahgunakan Narkotika.

TEMUAN KUALITATIF

Pengakuan Informan 31007 (P) – seorang ibu rumah tangga yang juga pemakai Narkotika, menceritakan betapa kompleksnya hubungan dengan orang-orang terdekat, sebagai anak, istri, dan Ibu yang memiliki anak-anak.

"Hubungan dengan keluarga tidak baik, keluarga tidak percaya sama kita, dalam hal sehari-hari, mereka stigma, mau minta modal usaha dicurigai. Hubungan dengan keluarga hancur. Anak-anak juga gak percaya sama ibunya. Anak-anak gak mau bicara sama ibunya. Tahun 2017 bulan 5 rehab keluar bulan 9. Masuk lagi tahun 2018 bulan 3 keluar bulan 7. Masuk lagi tahun 2019 bulan 8 sampai sekarang. Anak-anak kecewa, mereka memilih tinggal dengan kakek neneknya. Mertua juga minta saya dan suami untuk cerai, karena kalau gabung pakai lagi. Klien tidak kerja, suami kerja part time buat jok-jok mobil. Rata-rata teman pemakai, termasuk ponakan-ponakannya teman semua pakai. Teman yang tidak pakai sedikit tapi tidak dekat. Kalau pakai, makin meracau, bicara asal-asalan. Teman yang tidak pakai menjauh.Tidak ada figur yang dihormati selain suami dan orang tua, itu pun berantakan, apalagi suami pakai juga jadi walaupun saya hormati tetap saling tidak percaya dan berantakan sekali. Pada dasarnya saya tinggal mandiri dengan suami dekat rumah mertua, tapi setelah 2016 relaps, banyak cekcok, akhirnya saya pisah rumah dan kembali ke rumah orang tua. Awal perbaikan ada setelah kakak ipar memasukkan saya ke rehab. Lingkungan sekitar rumah saat masih pakai, tidak mau menerima, mereka tahu tapi tidak perduli. Dapat disimpulkan kualitas hidup setelah pakai narkoba hancur dan tidak berkualitas...".

Informan (31002, L-32 tahun)

"Kalau dengan keluarga awalnya belum tahu bro. Sebelum ketahuan makai drugs itu harmonis, deket, dipercaya, terus baik-baik, tapi semenjak ketahuan sudah ngak dekat saya lagi, sudah agak renggang, sering diceramahin, suruh berubah jangan kayak gitu lagi. Kalau dengan teman, teman gak menjauh tapi sering dikasih nasehat, dibilang sudah berhenti sampai kapan mau make, badan sudah habis, tapi tidak dijauhin."

Pengakuan orang tua – anak menjadi aib dalam keluarga.

"...saya sebenarnya sangat malu dengan kelakuan anak saya, saya sempat mau melarikan diri dari Makassar, merasa masalah saya yang paling besar dan parah. Saya sempat berfikir untuk meruqyah anak saya tetapi ada masukan dari keluarga yang punya kontak dengan BNNP untuk langsung mengantar anak ke BNNP..." **(63020, P, 58 th)**

Beberapa informan sudah mempunyai hambatan berkomunikasi dengan orang tua mereka:

"...saya gak merasa akrab dengan orang tua.. gak nyaman begitu. kaya berbicara berbicara, tapi gak terlalu...".**(61002, P, 18 th)**

"Kalau tidak ada hal-hal yang penting, malas berkomunikasi dengan keluarga...maupun sosial..kalau ada event baru gabung, tapi kalau untuk ngobrol yang nyaman, enaknya kalau gabung dengan komunitas sendiri..' Karena kita pecandu merasa lain dari yang lain. Akhirnya terbawa jadi baper..." **(620011, P, 35 th)**

"Yang awalnya... kita jadi bapak yang mengayomi banget, bapak yang baik tadi melenceng, hubungan seksual tidak mau lagi sama istri mau cari lagi yang lain menyimpang, dari situ kita berjudi lagi, gameling paling kenceng, jadi kalau lagi kenceng itu pengennya judi judi judi dan judi kalau judi menang ke cewek larinya gitu" **(41004, L, 37 tahun)**

"*Diumur dia (anak) 8 tahun dia ngomong gini "pa jadi orang benar dong, kasian ibu nungguin disini nangis tiap hari" dia ngomong gitu doang .... secara tidak langsung anak saya tumbuh dewasa dengan bukan umurnya dia.. Saya takut ada, ya dampak dari semuanya itu dampak dari perilaku saya sebagai bapaknya tidak kasih edukasi yang bagus sama dia"* **(41004- L, 45 tahun)**

"Tujuan hidupku jadi berantakan...sudah pasti aku ingin hidup bahagia dengan anakku.. Makanya saya selalu bilang,, jangan jauh dari ibu nak.. kalau ada kalian ibu jadi semangat. Saat kita makan sama sama..ibu senang sekali...kalau ada cucu..senang ada hiburan..." **(61004- P, 40 tahun)**

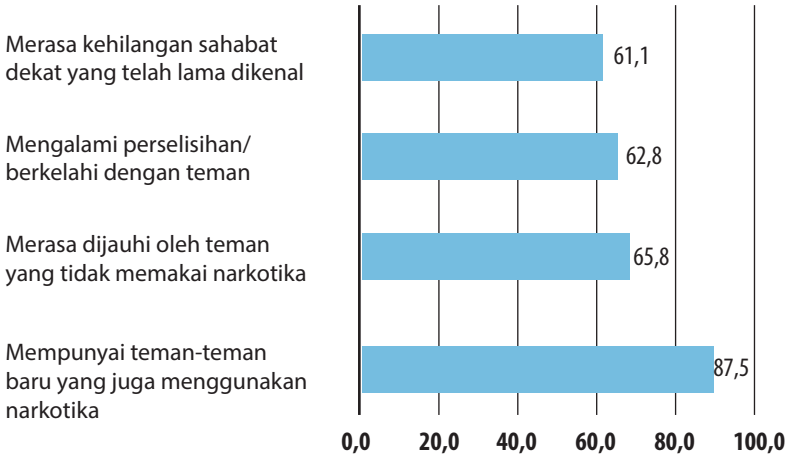
Akibat penyalahgunaan narkotika, mempengaruhi kehidupan orang orang terdekat dari pengguna narkotika. Keluarga menjadi cemas saat membawa klien berkunjung dan menarik diri dari lingkungan keluarga besar akibat perilaku anak yang suka mencuri bukan hanya di rumah tetapi juga di rumah kerabat. Hal ini menyebabkan orang tua jarang mengunjungi keluarganya. Selain itu, ada istri yang akhirnya sering mendapat perlakuan kasar baik verbal maupun fisik dari pasangan yang ketergantungan narkotika. Berikut ini pengakuan dari informan mengenai dampak dari penyalahgunaan narkotika yang dilakukan sepupu atau kerabat dekatnya:

"Kalau itu, perubahan awalnya yang tadi dia lebih memahami situasi, bahkan dia tipenya dulu bisa menasehati orang atau menasehati saya gitu. Karena secara umur pun sudah beda 6 tahun, tapi makin aktif, dia itu menyikapinya seperti anak kecil gitu, setiap ada masalah dia langsung emosi, terus mulai kasar gitu secara verbal dan fisik." **(13019, P)**.

4.4. Dampak Pemakaian Narkotika Pada Pertemanan, Sekolah dan Pekerjaan

Sekolah merupakan lingkungan hidup kedua yang sangat bermakna bagi setiap anak dan remaja. Demikian juga tempat kerja bagi orang dewasa yang bekerja. Oleh karena itu, gangguan dalam relasi di lingkungan ini akan mempengaruhi kualitas hidup responden.

Gambar 07: Dampak Narkotika dalam pertemanan (N = 602)



Kebanyakan responden mengakui bahwa penyalahgunaan Narkotika memberikan dampak negatif pada pertemanan mereka, terutama dalam hubungannya dengan teman-teman bukan pemakai Narkotika. Sebagian besar mereka juga mengakui bahwa ketika memakai Narkotika, mereka juga memperoleh teman-teman baru pemakai narkotika.

Tabel 17: Dampak Narkotika di sekolah (N = 602)

Variabel (%)	Kumu-latif	Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
Suka bolos/malas sekolah	56,0	3,5	7,5	14,1	17,1	13,8
Mengganggu hubungan dengan teman dekat	39,9	8,6	11,5	7,5	9,1	3,2
Mengganggu hubungan dengan guru/dosen	33,6	7,0	9,5	7,3	5,5	4,3
Prestasi akademik menurun	53,2	6,5	9,0	11,8	16,4	9,5
Dikeluarkan dari sekolah	22,1	9,8	2,8	2,8	2,5	4,2

Walau tidak semua responden mengakui adanya dampak buruk pemakaian Narkotika terhadap prestasi akademik maupun relasinya terhadap teman dan guru, paling tidak separuh dari responden menyatakan adanya pengalaman negatif. Bahkan 2 dari 10 responden telah pernah dikeluarkan dari sekolah.

4.5. Dampaknya Pada Lingkungan Tempat Tinggal dan Aparatur Negara

Lingkungan tempat tinggal merupakan sumber dukungan sosial, emosional, dan kultural bagi responden. Tabel 18 menggambarkan dampak penyalahgunaan Narkotika terhadap hubungan diri dan keluarga di lingkungan.

a) Hubungan dengan lingkungan tempat tinggal

Tabel 18: Dampaknya di Lingkungan Tempat Tinggal (n = 602)

Variabel (%)	Kumu-latif	Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
Tidak ikut kegiatan lingkungan	74,6	10,0	15,9	12,0	14,8	21,9
Digosipkan negatif	73,6	11,5	19,8	15,4	16,8	10,1
Dicurigai oleh orang sekitar	72,1	10,5	20,6	15,8	14,1	11,1
Tidak dihargai/dilibatkan	45,0	8,5	10,3	9,8	7,0	9,5
Musuh bersama masyarakat	23,4	5,3	8,5	4,3	3,0	2,5
Dilaporkan pihak keamanan	22,1	8,3	3,3	1,3	2,7	2,2

Demikian juga dampak penggunaan Narkotika terhadap relasi di lingkungan masyarakat. Meskipun tidak diakui oleh semua responden, sebagian besar menyatakan pernah mengalami berbagai pengalaman negatif yang dipertanyakan terutama dicurigai dan menjadi pokok pembicaraan negatif di masyarakat.

b) Konflik dengan aparat hukum

Aparat penegak hukum adalah bagian tidak terpisahkan bagi ketertiban dan rasa aman suatu komunitas. Jika individu banyak yang mempunyai masalah dengan aparat hukum, maka komunitas tersebut tentu sedang mempunyai masalah sosial. Sebagai warga masyarakat, setiap orang wajib ikut menjaga tata tertib dan rasa aman di lingkungan rumahnya. Karena penyalahgunaan zat-zat yang digolongkan sebagai Narkotika merupakan tindakan melawan hukum dan dikriminalisasi, maka penting untuk mengetahui bagaimana pengamanan responden dengan aparat hukum. Tabel 19 menggambarkan antara lama penyalahgunaan Narkotika dengan kualitas hubungan antara responden dengan lingkungannya.

Tabel 19: Hubungan antara Lama Pemakaian Narkotika terkait Pengalaman Konflik dengan aparat hukum

LAMA PEMAKAIAN/ PENGALAMAN KONFLIK DENGAN HUKUM			Ditangkap petugas	Ditahan petugas	Di proses perkara di peradilan	Dipenjara-kan
Lama Pakai	<2 Tahun	Frekuensi (N)	17	12	0	0
		Persentase	6,4%	5,8%	0,0%	0,0%
	2 - 5 Tahun	Frekuensi (N)	62	46	11	15
		Persentase	23,3%	22,3%	22,0%	22,1%
	>5 Tahun	Frekuensi (N)	187	148	39	53
		Persentase	70,3%	71,8%	78,0%	77,9%
Total			266 (100%)	206 (100%)	50 (100%)	68 (100%)

Tabel diatas menggambarkan bahwa semakin lama pemakaian narkoba maka kecenderungan berurusan dengan hukum semakin besar. Pecandu dengan pemakaian narkoba diatas 5 tahun pernah mengalami penangkapan petugas (70,3%), ditahan petugas (71,8%), diproses perkara di pengadilan (78%), dan dipenjara (77,9%). Hal ini menunjukkan bahwa semakin berpengalamannya pecandu dalam mengkonsumsi narkotika maka semakin besar kemungkinan mereka berurusan dengan hukum karena mereka yang awalnya hanya menjadi pemakai narkoba dapat berkembang menjadi kurir, pengedar bahkan Bandar narkoba untuk dapat memenuhi kebutuhannya dalam mengkonsumsi narkoba.

TEMUAN KUALITATIF

Pertemanan

Dampak negatif terkait dengan hubungan pertemanan di atas secara langsung maupun tidak langsung membuka mekanisme komunikasi yang baru yang digunakan oleh pengguna narkotika. Kehilangan, perkelahian dan menjauhnya teman-teman yang sebelumnya dikenal olah pengguna membuka komunikasi baru pengguna dengan kegiatan atau kesamaan yaitu dengan orang yang menggunakan narkotika. Komunikasi yang cenderung tertutup membuat pengguna merasa lebih nyaman menemui individu yang sama-sama menggunakan narkotika. Hal tersebut seperti yang digambarkan oleh salah satu pecandu bahwa:

"Kalau ketemu teman yang dulu teman sekolah... saya kan suka sembunyi, tidak mau bertemu mereka, tapi mereka yang malah mencari-cari... dan bilang..kakak sudahlah.. kita kan sudah seperti saudara. Saya mau lihat kamu tersenyum seperti dulu." **(61004, P-40 Tahun).**

Masyarakat seringkali melakukan stigmatisasi kepada pelaku penyimpangan sosial tidak terkecuali kepada pengguna narkotika. Sejak kali pertama seorang individu diketahui menggunakan narkotika, biasanya masyarakat menganggap mereka adalah orang yang melakukan kesalahan besar dan dianggap kotor. Kondisi ini dialami oleh salah seorang informan yang memberikan keterangan bahwa:

"Sudah kotor lah bro... dicap pemakai, dijauhi orang... Kita gak pake pun, diomong orang udahlah pemake dia..." **(11008, L)**.

Sekolah

Pemakaian Narkotika memperburuk berbagai relasi di sekolah atau tempat kuliah – karena perhatiannya bukan pada prestasi belajar lagi:

"...Sekolah sebenarnya gak tahu pakai, tapi karena ada masalah,, suka berantem..pukul adek kelasku.. trus dikasih SP3 padahal sudah mau ujian.. sebelumnya sering di kasih SP karena suka labrak, pukul adek kelasku..." **(61002)**

"...sekolah, dikeluarkan, karena kriminal jambret bro., ..uangnya tuk pakai dan judi jackpot. Lebih banyak buat make, khususnya shabu.." **(11004, L).**

"Cuman iseng-iseng.. jadi percaya dirilah..berasa jago,..sudah berulang kali masuk ruang BP. Sudah saya baca sebentar..sih.. dikasih keluar mak ternyata..." **(61002)**

"Kalau kelas 1 MTS masih dapat 10 besar waktu menggunakan narkotika, terus setelah tahun yang kedua mulai merosot... Sekolah jarang masuk, sering main narkoba. Konsentrasi nggak ada lagi, duduk di sekolah selalu di belakang." **(11011, L).**

"... Nggak ada masalah, sekolah baik-baik saja, cuma sering minggat, sering bolos sekolah, sebulan ada hampir 4 kali. Terus ada uang buku yang tidak dibayar malah dipakai beli narkoba. Umur 17 Tahun sudah makai narkoba jenis shabu. Setelah shabu masuk dan keterusan makai akhirnya obat berhenti dan minum alkohol jarang... sempat kuliah Hukum, tapi cuma bertahan 1 semester, karena dapat 2 temen yang pemakai semua jadi teman-temen ngajak nggak usah masuklah nggak enak, akhirnya bolos nggak masuk..." **(41002, P).**

Pekerjaan

Informan banyak yang mengalami penurunan performa dalam pekerjaan mereka seperti yang dinyatakan sebagai berikut:

"..pekerjaan ya terganggu lah sis..kalau kita tak make itu kebanyakan tidak kerja, kebanyakan tidur aja.. kalau lagi pake baru bisa kerja...penghasilan habis ke situ.." **(31003, L- 46 Tahun)**

".....Kalau ada lowongan kerja lagi.. tapi sakit... jadi kalau badanku tak kuat kan.. mending saya berhenti „ kalau orang mengharapkan kita, tapi tidak bisa bekerja...lebih baik berhenti...." (**61004. P-40 Tahun).**

Bahkan ketika informan bekerja sebagai Pekerja Seks – ini pengakuannya:

"....saya, karena dulunya saya belum pemake tu ya dia sangat bangga sama saya. Rajin bekerja maksudnya ngga pernah bikin masalah selama saya jadi pemake saya jadi males kerja gitu, maunya cuma pacaran terus sama laki-laki yang gak ada uang nya,...yang cuma pemake ....Germonya, sampe saya diusir tuh.. Tadinya saya yang biasa sopan santun selama saya jadi pemake tidak ada sopan santun. Malah saya lawan terus bos-bos saya, nyangkal terus" **(51005, P- 24 Tahun).**

<u>Konflik dengan hukum</u>

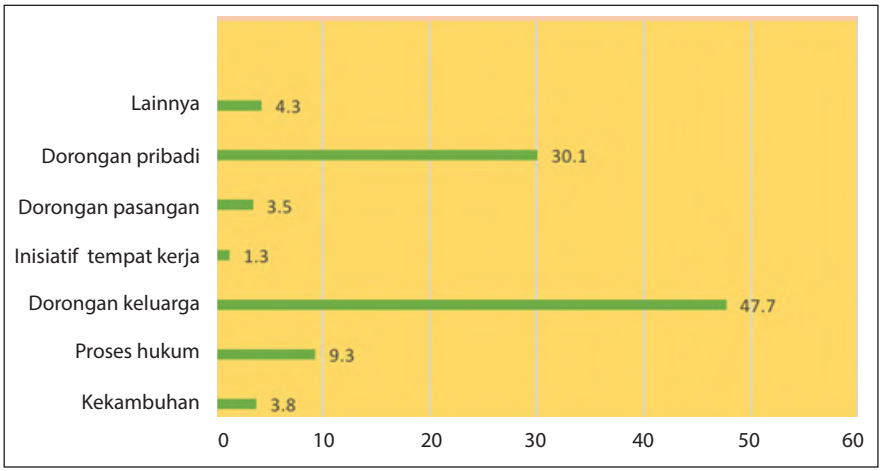
Kondisi ini akhirnya menyebabkan kecenderungan pengguna atau mantan pengguna narkotika melakukan perbuatan kriminal untuk mendapatkan uang. Hal ini dikemukakan oleh salah seorang informan bahwa:

"Kalau lagi gak ada uang gitu nyuri ...Saya pernah mencuri di 2 masjid. Uang infaq „ Ke pohon kelapa orang. Saya panjat pohon kelapanya terus saya ambil kelapanya terus saya jual..." **(11020, L).**

4.6. Alasan Saat Ini Masuk Rehabilitasi

Karena responden direkrut dari tempat rehabilitasi maka kami menggali informasi tentang alasan mereka mengikuti rehabilitasi.

Gambar 08: Alasan Direhabilitasi Saat Ini (n=602)



Gambar di atas memberikan informasi bahwa responden yang saat ini masih dalam rawatan rehabilitasi adalah karena dorongan pribadi, keluarga atau pasangan. Hanya 13% responden yang menyatakan direhabilitasi kali ini karena alasan kekambuhan atau proses hukum. Insiatif dari tempat kerja tidak dikemukakan.

4.7. Sumber Dukungan Untuk Pemulihan

Tabel 20: Faktor pendukung dalam upaya pemulihan

No	Variabel (%)	Kumu-latif	Tingkatan Kategori (%)				
			Min 1 x	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sering Sekali
1	Keluarga						
	Ortu tiba-tiba bersatu mendukung	44,5	4,5	7,6	10,8	10,6	10,0
	Ortu marah tetapi dukung pemulihan	86,2	3,0	6,6	13,3	23,3	40,0
	Kakak dan adik mendukung	86,3	2,5	3,0	9,6	23,1	48,5
	Pasangan setia dan mendukung	53,3	2,0	3,7	5,8	11,3	30,6
2	Lingkungan kantor /sekolah						
	Dukungan teman kerja sekantor	53,7	6,0	10,0	12,1	12,0	13,6
	Dukungan manajemen	26,9	3,7	5,3	7,6	7,6	12,6
	Dukungan guru/dosen	15,6	3,0	2,7	2,5	4,2	3,3

Dari data tersebut menunjukkan bahwa dukungan yang lebih banyak diperoleh responden adalah dari orang tua dan saudara (kakak/ adik) yaitu sekitar 86% responden memperoleh dukungan keluarga. Disini pasangan hidup juga menunjukkan kepedulian yang tinggi yaitu 53,3%. Selain dukungan dari keluarga, banyak juga diantara mereka yang memperoleh dukungan dari teman kerja (53,7%). Dalam tabel 20, teman kerja juga menunjukkan kepedulian yang tinggi terhadap pemulihan responden, hal ini dikarenakan mereka peduli terhadap kehidupan individu si responden, peduli akan masa depan kehidupan keluarganya, dan tidak mau lingkungan kerjanya terpengaruh oleh kebiasaan memakai narkoba si responden. Selain kepedulian yang ditunjukkan oleh keluarga dan teman kerja, lingkungan sekolah juga ikut memberikan dukungan (26%), namun tidak terlalu tinggi, hal ini dapat dikarenakan pemakaian narkoba di lingkungan sekolah masih ditutup-tutupi karena konsekuensi yang ditimbulkan akibat hal tersebut yaitu dikeluarkan dari sekolah.

Wawancara dengan responden berikut ini berkisah tentang berbagai dukungan yang diperoleh anak dari orang tua dan kerabat dekatnya.

TEMUAN KUALITATIF

Keluarga dan orang terdekat

Dukungan dari orang-orang terdekat sangat dibutuhkan responden ketika mengikuti program rehabilitasi. Kehadiran mereka sangat dibutuhkan untuk memotivasi mereka agar bangkit kembali dari keterpurukannya dan meningkatkan kepercayaan diri. Hal ini sebagaimana yang diungkapkan informan dalam wawancaranya dengan peneliti.

" ...saya lihat keluarga sangat, sangat sekali mendukung saya. Seperti saya waktu kemarin tuh start nelpon kedua orang tua nelpon keluarga yang lain. Support sekali bro, banget.. jadi saya terharu juga saya nangis juga kan bro. Ya wajarlah saya nangis juga, saya banyak dosa saya banyak berbohong juga kepada kedua orang tua banyak berbohong kepada keluarga. Ketika saya masuk rehabilitasi ini, keluarga tuh waktu dulunya sering marah-

marah karena saya jarang pulang dari rumah.. pulang malem pulang pagi marah-marah. Gue rasa nih, ah gue udah dikucilin dari keluarga.. padahal bukan bro. Padahal keluarga tuh bener-bener sayang sekali kepada saya bro..” **(41008, L)**

“….Seneng kali..bisa liat mamak ku dan kakak adekku… seneng bisa ngobrol..” **(31001, L -19 tahun)**

“...Dukungan dari keluarga sungguh besar diberikan untuk responden, Kakak juga memberikan motivasi sehingga membuat responden ingin bangkit lagi, Orang tua yang mensupport saya untuk direhabilitasi sampai 3 kali agar saya bisa segera pulih, mengunjungi responden sering padahal jarak dari rumah ke tempat rehab sampai 4 jam perjalanan. setelah rehab,ilitasi rencana untuk kegiatan saya kedepannya apakah akan kembali bekerja sebagai konselor lagi atau membuka usaha selalu di support oleh orang tua...” **(31002, L)**

Bahkan, ada juga *support* yang diperoleh dari tetangga, lingkungan rumah tempat tinggal responden.,dengan memberinya nasehat saat klien akan dibawa ke lembaga rehabilitasi.

“...(tetangga)..Support bro.. yang depan rumah kiri kanan.. katanya ikuti ajalah apa kata mamak..cape kali mamamu,, ikutin aja rehabilitasi..kiri kanan,,juga dari Pak RT bro..” **(11004, L)**

Pecandu sangat membutuhkan keluarga dalam proses pemulihannya, namun tidak semua klien memperoleh dukungan tersebut. Hal ini sebagaimana yang disampaikan oleh salah seorang petugas rehabilitasi yang menyatakan bahwa:

“...Support keluarga ini yang kadang-kadang ada yang memang bagus sekali keluarganya memang perhatian, ada yang memang kaya ditelantarkan kaya dibuang begitu saja ada. Ada yang sampe kita udah kita kasih rujukan nih buat dia kontrol ke rumah sakit kan memang kan namanya kita kan pake BPJS tuh, BPJS kan otomatis harus tau faskes utamanya dulu kan jadi kita kasih buatkan rujukan dari sini nanti dia kasih bpjsnya diantar ke puskesmas atau dokter

praktek nanti dari situ nanti dokter praktek keluarkan rujukan, itu kadang ada yang gak diurusin sama sekali ada" **(52020, L)**

Di antara orang-orang yang berkunjung untuk menengok keluarganya di tempat rehabilitasi, ada juga teman yang berkunjung. Namun ini dibatasi oleh petugas karena dikhawatirkan teman yang datang adalah teman negatif (PIC). Sebagaimana yang disampaikan oleh petugas rehabilitasi berikut ini:

"...Takutnya malahan teman takutnya teman PIC malahan, itu yang bahaya. Dia yang ngajakin ternyata. Kalo teman jarang kebanyakan rata-rata kan teman PIC semua jadi gak ada yang support, paling keluarga..." **(52020, L)**

Motivasi diri sendiri

Selain dukungan yang diperoleh dari orang terdekat, motivasi yang sangat dibutuhkan adalah dari diri sendiri. Sebesar apapun dorongan yang diberikan oleh keluarga dan orang-orang terdekat tidak akan dapat memulihkan kondisi pecandu tanpa adanya motivasi dari dirinya sendiri. Namun hal ini sangat sulit dimiliki oleh pecandu karena efek kecanduan yang ditimbulkan oleh narkotika sangat besar, begitu pula pengaruh teman negatif yang akan selalu membayangi pecandu untuk kembali lagi menggunakan narkotika.

Walaupun demikian tidak sedikit dari responden yang menyatakan bahwa mereka masuk ke tempat rehabilitasi atas kemauan sendiri. Hal ini sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya. Begitu pula informasi yang diperoleh dari wawancara mendalam peneliti dengan klien rehabilitasi berikut:

"....Saya kan punya bapak pak,...bapak saya juga Bandar narkoba juga.. trus ayah saya ketangkap. Nah mamak saya ... Saya jadi kepikiran..untuk saya berubah.. dan bahagiakan mamak saya pak. Makanya masuk rehabilitasi ini., Kalau berubah begitu aja,, gak bisa.." **(11007, L-17 tahun)**

"...Saya mungkin juga merasa cape, menghabiskan uang cukup banyak, saya pikir-pikir uang yang saya habiskan bisa untuk bangun rumah, berkeluarga..itu yang saya pikirkan..." **(51017, L-20 tahun)**

"...Tujuan saya ke sini ketika bisa kembali ke Nunukan saya juga bisa membantu orang lain.." **(51013, L- 32 tahun)**

Dari beberapa kutipan hasil wawancara di atas, diperoleh informasi bahwa mereka ingin pulih dengan kesadaran sendiri atas beberapa alasan dan tujuan seperti ingin membahagiakan orang tua, untuk masa depan, ingin berguna bagi orang lain, dan sebagainya.

4.8. Kualitas Hidup

4.8.1 Hasil EQ 5D-5L pengguna narkotika dibandingkan dengan data EQ 5D-5L pada populasi umum dari The Indonesian EQ-5D-5L (2017) [15]

Kondisi *Well-being* (kesejahteraan responden) dilihat dari beberapa dimensi yaitu mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa, rasa sakit/tidak nyaman, dan kecemasan/depresi. Pada setiap dimensi dinilai berdasarkan tingkat masalah yang muncul mulai dari tidak ada masalah sampai dengan sangat bermasalah/ekstrim.

Penilaian kemampuan diri responden pengguna narkotika yang pernah atau sedang menjalani rehabilitasi dibandingkan dengan responden populasi umum (Tabel 21). Dimensi perawatan diri pada pengguna narkotika ada kenaikan 2,3% yang mengalami masalah, pada dimensi melakukan aktivitas biasa ada kenaikan 7,28% yang mengalami masalah dan pada dimensi kecemasan/depresi ada kenaikan 8,15% yang mengalami masalah.

[15] *Data Self-reported health using the EQ-5D-5L descriptive system and the EQ VAS. Sumber Purba et al, The Indonesian EQ-5D-5L Value Set. July 2017.*

Tabel 21: Skor Kesejahteraan Berdasarkan Domain (n=602)

Tingkatan Masalah	Sistem deskriptif EQ-5D-5L dengan skor dalam%									
	Mobilitas		Perawatan diri		Aktivitas biasa		Rasa Nyeri		Kecemasan/ depresi	
	Data Acuan	Data Riset	Data Acuan	Data Riset	Data Acuan	Data Riset	Data Acuan	Data Riset	Data Acuan	Data Riset
Mengalami Masalah	7,96	7,1	1,89	4,2	10,82	18,1	39,66	36	34,25	42,4
Ringan	6.74	6,1	1.71	3	9.68	14,1	36.53	24,4	28.18	30,4
Sedang	1,04	0,8	0,09	0,5	1,14	3,3	2,56	8,8	5,50	8,1
Berat	0,19	0,2	0,09	0,7	0,00	0,5	0,57	1,5	0,38	2,7
Ekstrim	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,2	0,00	1,3	0,19	1,2

Dari informasi Tabel 21 di atas, responden riset ini memang mempunyai skor yang lebih buruk, terutama ketika diperiksa derajat keparahannya, yaitu dalam kategori berat dan ekstrim.

Tabel 22: Tingkat Masalah yang Dialami Pengguna Narkotika dari Hasil 5D-5 L Berdasarkan Usia Responden

Dimensi 5D 5 L	Kelompok Umur (Tahun)			
	< 20	20 - 29	30 – 39	40+
Kemampuan berjalan	8%	2%	10%	0%
Perawatan diri	4%	5%	5%	0%
Kegiatan sehari hari	19%	15%	15%	50%
Kenyamanan/rasa nyeri	38%	30%	40%	0%
Rasa cemas / depresi	45%	36%	45%	50%
Total	100%	100%	100%	100%

Berdasarkan karakterisitk usia, masalah rasa kenyamanan dan rasa cemas kecenderungannya dimiliki oleh lebih dari 35% pengguna narkotika dari berbagai kelompok usia.

4.8.2 Skor Penilaian Kesehatan Diri (EQ-VAS)

Skor hasil penilaian kesehatan diri pada populasi umum dan populasi pengguna narkotika peserta rehabilitasi menunjukkan hasil penilaian yang lebih tinggi pada pengguna narkotika peserta rehabilitasi. Pengguna narkotika

peserta rehabilitasi secara umum menilai kesehatannya rata-rata di angka 85. Hal ini merupakan ekspresi diri bagaimana pengguna rehabilitasi merasa kualitas kesehatannya saat ini lebih baik dibandingkan sebelum mengikuti rehabiltiasi dan sedang dibawah pengaruh penyalahgunaan narkotika.

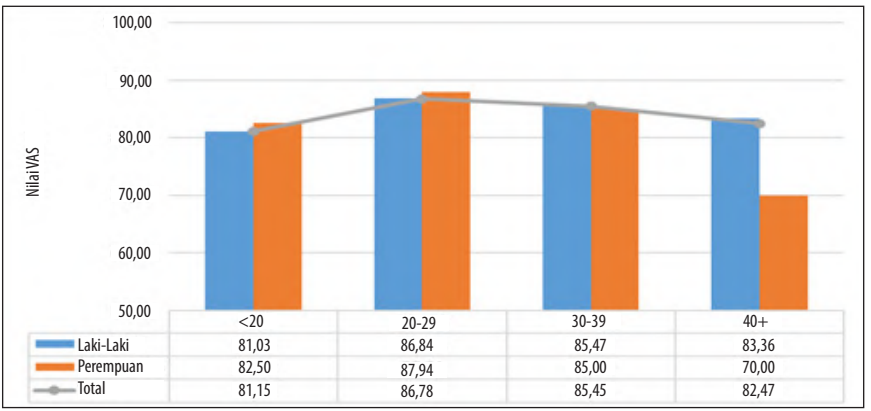
Tabel 23: Perbandingan Nilai EQ-VAS Pada Populasi Umum dengan Pengguna Narkotika Peserta Rehabilitasi

Nilai EQ-VAS	Data Acuan	Data Hasil Riset
Mean	79,38	85,07
Standar deviasi	14,01	13,705
25th Precentil	70	80,00
Median	80	90,00
75th Precentil	90	95,00
Total	100%	100%

4.8.3. Perbandingan Skor Kesejahteraan Antar Jenis Kelamin dan Golongan Usia

Gambar 09 berikut ini menunjukkan rata-rata skor EQ VAS antara laki laki dan perempuan mempunyai kecenderungan tipe yang sama, dimana pada kelompok usia 20-29 tahun mempunyai skor penilaian kualitias diri yang paling tinggi dibandingkan kelompok usia yang lain. Artinya, semakin lanjut usia responden, semakin terasa kondisinya menurun.

Gambar 09: Nilai rata rata EQ-VAS Responden Pengguna Narkotika Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Usia



Menurunnya kondisi kesehatan dan kesejahteraan sejalan dengan peningkatan usia tidak berbeda dari populasi pada umumnya. Penurunan pada kelompok perempuan yang menjadi responden riset ini perlu diamati karena jauh lebih rendah dari responden laki-laki. Kaitan penurunan tersebut dengan beban stigma dan penyakit yang lebih serius, belum dapat dijawab dalam riset ini karena jumlah responden perempuan yang sangat kecil.

4.9. Kebutuhan Dukungan Pasca Rehabilitasi

Hal yang tidak kalah penting untuk diperhatikan bagi pecandu agar terlepas dari pemakaian narkotika adalah dukungan ketika mereka selesai mengikuti program rehabilitasi. Banyak godaan yang akan mereka temui ketika mereka kembali ke lingkungannya, terutama jika mereka kembali ke komunitas teman-teman negatifnya. Meskipun tidak ditanyakan di dalam kuesioner, hal tersebut ditanyakan didalam wawancara kualitatif.

Dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat sangat dibutuhkan untuk membentengi mereka agar tidak kembali menggunakan narkotika. Seperti yang dikemukakan oleh petugas rehabilitasi berikut:

> *"...ketika ada penyalahguna yang harus direhabilitasi hanya klien, dan saya tekankan bahwa yang harus direhabilitasi adalah semua bahkan kalau perlu lingkungan masyarakatnya harus tahu bahwa orang-orang dengan penyalahgunaan zat itu harus dibantu, terutama soal stigma Mbak Kris yang itu masih menjadi PR kita bersama karena stigma itu sendiri yang terbesar adalah justru di keluarga. Keluarga menstigma belum lagi klien menstigma dirinya sendiri..."* **(52004 – P)**

Stigma yang selalu melekat pada diri pecandu akan terus membayangi mereka bahkan ketika mereka dinyatakan pulih setelah mengikuti program rehabilitasi. Adanya stigma ini justru banyak mengakibatkan mereka kembali lagi pada penyalahgunaan narkotika. Hal ini sebagaimana yang diungkapkan klien ketika ditanya apa harapannya ketika kembali ke masyarakat berikut ini:

"...Iya tidak menstigma walaupun saya beratlah ngejalaninya untuk perubahan kembali.." **(51012 – L)**

"Lingkungan masyarakatnya harus tahu bahwa orang-orang dengan penyalahgunaan zat itu harus dibantu, terutama terkait soal stigma, karena stigma itu sendiri yang terbesar adalah justru di keluarga.. belum lagi klien menstigma dirinya sendiri. ." **(52004-Psikolog P- 33 tahun)**

Namun ada pula responden yang menyatakan bahwa ia akan tetap berusaha untuk tidak mengonsumsi narkotika walaupun menerima stigma dari masyarakat. Seperti yang dikemukakan oleh repsonden berikut ini:

"...Kalau mikir sekarang sih. Pasti orang mikir saya aneh-aneh ya. tapi yang pasti saya harus berbuat yang terbaiklah buat keluarga. Biarkan stigma itu...pasti ada lah itu kan perbuatan diri sendiri juga kan, sudah jelas. Orang juga ndak percaya. Kebanyakan disanakan orang ndak tau seperti apa, di rehab itu seperti apa. Mungkin mereka berpikir itu seperti di penjara. Ada yang tau ada yang ndak tau. Kalau stigma itu mungkin masih ada. Karena saya sempat pulang kemaren, pas dari sini pas lebaran itu, baru saya 2 hari di sana, saya mikirnya orang pada ngeliatnya gitu.....Iya jadi untuk apa saya kembali ke Kampung lagi, pasti orang curiga lagi. Cuma kayaknya mikirnya gitu. Cuma disini kan kita juga belajar menghadapi masyarakat di sana. Di sini juga kita belajar ya kita harus berbuat baiklah biar kepercayaan itu datang sendiri terutama dari keluarga dulu lah..." **(51016 – P 31 Tahun)**

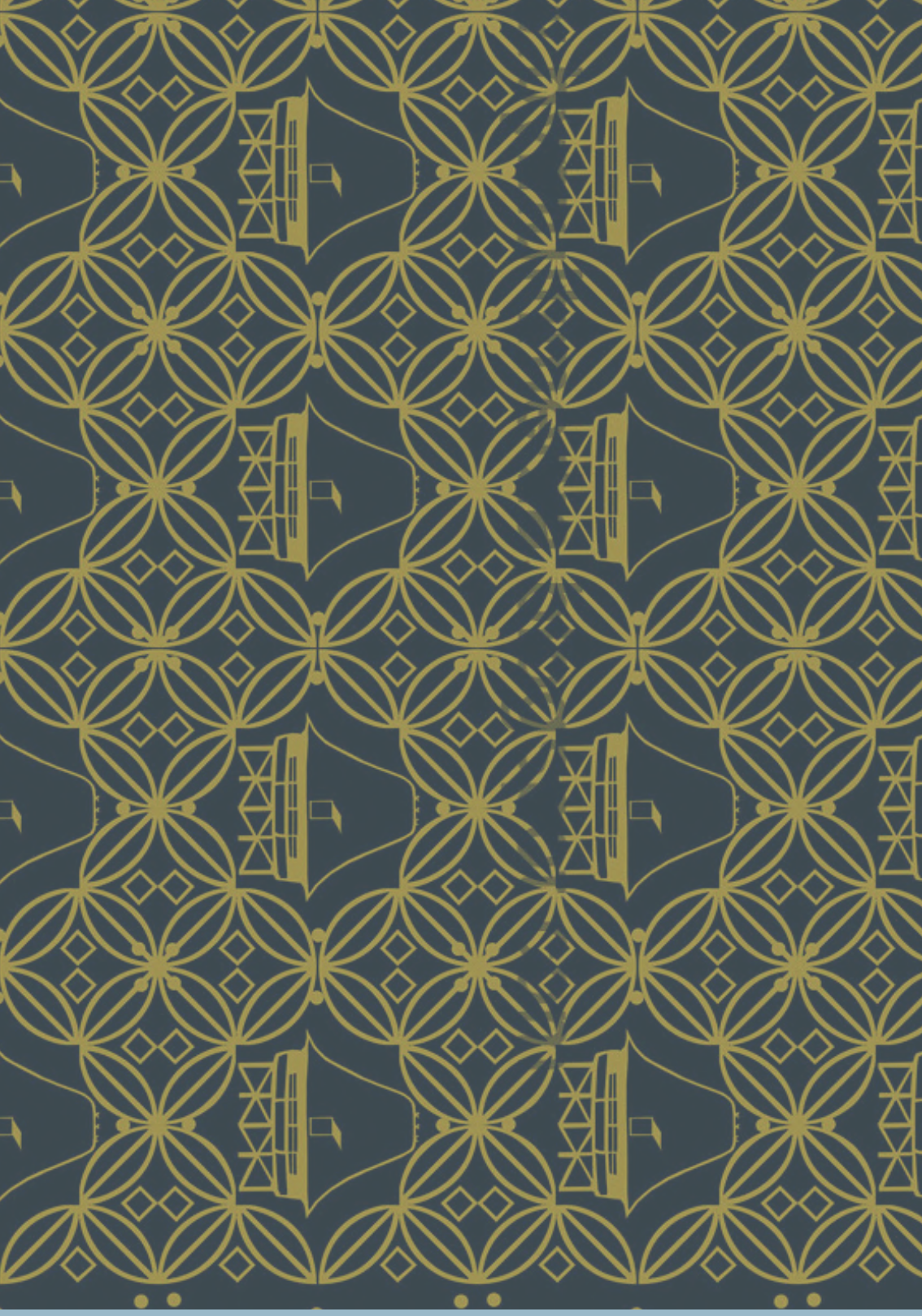
Selain masalah stigma dari masyarakat, permasalahan lain pecandu setelah mengikuti program rehabilitasi adalah ketika ia kembali ke lingkungannya dahulu terutama lingkungan yang pernah mengenalkannya pada narkotika. Seorang pecandu yang telah selesai mengikuti program rehabilitasi harus dapat membentengi diri dari pengaruh lingkungan negatifnya agar tidak kembali menggunakan narkotika. Selain itu solusi yang paling tepat dalam mengatasi hal ini adalah mantan pecandu tidak

kembali ke lingkungannya dahulu melainkan berpindah ke lingkungan yang lebih aman dari pengaruh narkoba. Dibutuhkan dukungan dari keluarga agar mereka dapat berpindah dari lingkungannya dahulu.

V

KESIMPULAN

Loka Rehabilitasi BNN
Deli Serdang



Batik Nias Khas Sumatera Utara

V

KESIMPULAN

1. Indonesia mempunyai permasalahan narkotika yang bersifat *POLYDRUG USE* yang bercirikan populasinya muda, bereksperimen dengan berbagai zat psikoaktif, memakai dengan cara yang berisiko, dan cenderung menggunakan jangka panjang. Kebanyakan dari mereka menggunakan zat sebelum berusia 20 tahun. Mereka adalah calon-calon pemberi beban penyakit *(burden of disease)* yang serius dan mahal di Indonesia.

2. Penyalahgunaan Narkotika jangka panjang, khususnya ATS, ganja, heroin, halusinogen, NPS dan berbagai obat psikoaktif yang terjual bebas mempunyai dampak serius pada aspek kesehatan fisik dan mental-emosional. Selain itu, dampak negatif penyalahgunaan Narkotika dan zat-zat lainnya juga mempengaruhi aspek-aspek kesejahteraan atau kualitas hidup yang melibatkan relasi sosial dengan keluarga dan kerabat dekat, teman dan teman kerja, serta lingkungan tempat tinggal.

3. Akibat penyalahgunaan zat dalam kehidupan spiritual juga perlu diperhatikan dengan seksama, karena penyalahguna sering merasa terkucilkan dan tidak memperoleh bantuan di ranah ini.

4. Sekolah mempunyai peranan penting dalam program pencegahan dan pasca rehabilitasi. Lembaga ini memiliki ukuran prestasi yang

dapat digunakan untuk memandu observasi ketika individu mulai bermasalah dengan Narkotika. Selain itu lembaga ini mempunyai peranan sangat krusial bagi individu yang ingin kembali ke masyarakat setelah mengalami program rehabilitasi

5. Keluarga, pasangan, dan kerabat dekat merupakan faktor dan sumber daya emosional pendukung penting dalam upaya pemulihan. Wawancara dengan klien menunjukkan bahwa mereka merasa sangat bersyukur ketika keluarga masih mau memperhatikan dan mendukung pemulihan mereka. Dalam tahapan pasca rehabilitasi, peranan keluarga untuk tidak mengucilkan mantan pecandu yang kembali ke rumah merupakan faktor krusial dalam mencegah *relapse* atau kekambuhan.

6. Responden perempuan mempunyai kebutuhan yang spesifik. Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk memahami kompleksitas dan kebutuhan khusus mereka, terutama faktor yang menyebabkan mereka cenderung tidak menjangkau layanan rehabilitasi profesional.

7. Penilaian kemampuan diri responden pengguna narkotika yang pernah atau sedang menjalani rehabilitasi dibandingkan dengan responden populasi umum memiliki tingkat masalah yang lebih tinggi pada dimensi kemampuan perawatan diri, melakukan aktivitas sehari hari dan rasa cemas/depresi.

8. Pengguna narkotika peserta rehabilitasi menilai kualitas kesehatan dirinya sehingga diperoleh hasil nilai rata-rata 85 dan nilai tengah 90. Nilai tersebut merupakan ekspresi diri untuk menggambarkan bahwa pengguna narkotika yang pernah atau sedang rehabilitasi kualitas kesehatannya saat ini lebih baik dibandingkan sebelum mengikuti rehabilitasi dan sedang dibawah pengaruh penyalahgunaan narkotika.

9. Ada kebutuhan serius untuk mengembangkan program dukungan pasca rehabilitasi. Terutama ketika keluarga tidak dapat memberikan dukungan dengan penuh dan masyarakat masih melakukan diskriminasi serta cenderung memberikan stigma negatif. Fasilitas milik BNN untuk mendukung pasca rehabilitasi perlu diupayakan memberikan layanan yang relevan.

VI

IMPLIKASI MASA DEPAN KEBIJAKAN NARKOTIKA

Loka Rehabilitasi BNN
Kalianda, Lampung

Batik Siger Khas Lampung

VI

IMPLIKASI MASA DEPAN KEBIJAKAN NARKOTIKA

1. Indonesia telah lama berhadapan dengan dampak buruk penyalahgunaan Narkotika. Upaya bersama negara lain secara global telah dilakukan sejak awal Orde Baru dan sampai hari ini masalahnya masih sangat serius. Oleh karena itu, berbagai analisis kebijakan perlu dilakukan. Dampak kesehatan memberikan beban pada RAPBN yang cukup signifikan, akan tetapi kajian yang mendetail tentang biaya kesehatan bagi penyalahgunaan narkotika belum dilakukan. Sudah saatnya pemerintah, dalam hal ini BNN mengupayakan berbagai penelitian strategis sehubungan dengan biaya ekonomi kesehatan, sosial, dan kemaslahatan lainnya dan menentukan strategi penanggulangan yang lebih komprehensif.

2. Selain trend zat yang disalahgunakan, maka perlu diperhatikan bahwa penelitian BNN sejak tahun 2013 menunjukkan bahwa penyalahgunaan Narkotika di Indonesia bercirikan anak-anak muda dan *polydrug users*. Kenyataan ini merupakan tantangan tersendiri karena *polydrug users* rentan terhadap pengaruh zat sekaligus rentan terhadap pengaruh interaksi antar zat (Vanderplasschen, De Maeyer,Colpaert, Cogel, Rea, Dom, Sabbe & Broekaert, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR55_en.pdf) yang sangat berbahaya bagi kesehatan maupun jiwa penggunanya.

Oleh karena itu, *polydrug-users* akan menjadi beban kesehatan yang sangat mahal jika tidak diperhatikan dengan serius.

3. Salah satu topik diskusi dalam kebijakan publik penanganan dan penanggulangan Narkotika adalah kewenangan sektoral. BNN didirikan atas mandat UU No. 35 Tahun 2009 mengenai Narkotika sehingga wewenangnya adalah mengawasi dan mengendalikan zat-zat yang ada dalam daftar UU tersebut. Selain kategori yang ada didalam daftar tersebut, terutama penyalahgunaan obat-obat yang dapat dibeli secara bebas atau melalui resep dokter harus diawasi dan dikendalikan oleh sektor kesehatan yaitu BPOM dan Kemenkes. Debat sektoral ini dapat mengarah pada keputusan yang merugikan jika tidak melihat kenyataan di atas, yaitu bahwa pemakai atau yang menyalahgunakan Narkotika juga menyalahgunakan zat-zat lainnya termasuk obat bebas dan zat-zat yang beredar di masyarakat atau yang disebut *polydrug users.* Pengawasan sektoral akan menuntut koordinasi yang sangat sulit yang selama ini tidak berjalan dengan baik. Oleh karena itu, perlu digagas dan dibentuk satu unit kriminal lintas sektoral khusus, yang selama ini mungkin sudah ada di dalam kelembagaan BNN atau Kepolisian dengan mandat diperluas atau tupoksi yang lebih fleksibel sehingga dapat menanggapi berbagai dinamika perubahan dalam *demand-supply chain* dan pasarnya.

4. Pokok persoalan berikutnya yang perlu didiskusikan adalah penyalahgunaan zat sebagai bagian dari gaya hidup (*lifestyle*). Pendekatan teoretik menggunakan kerangka *bio-psycho-social-spiritual model*, memberikan peluang untuk melihat penyalahgunaan zat sebagai bagian dari gaya hidup yang diaspirasikan oleh penggunanya (Davies, Ellison, Ward, & Laudet, 2015; Rahman, Gupta, Suklecha, & Khunte, 2010). Dengan demikian mencari tahu alasan penyalahgunaan zat menjadi krusial karena akan menentukan gaya hidup seperti apa yang sedang diangankan pengguna dan hubungannya dengan zat apa yang dipilih dan dengan siapa zat digunakan. BNN dalam penelitian epidemiologinya pada tahun 2015 telah mengingatkan meningkatnya penyalahgunaan ATS, khususnya shabu (*crystal meth* dan *ecstasy*) di samping penyalahgunaan ganja yang selalu menjadi zat pilihan terbanyak. Penyalahgunaan heroin atau putaw yang marak di tahun-tahun sebelumnya mengalami

penurunan drastis. Membaiknya tingkat pendapatan ekonomi per-kapita dibarengi dengan maraknya pusat-pusat hiburan dan *clubbing*, yang cocok dengan ciri-ciri stimulan seperti ATS, komunitas yang lebih terbuka dan lebih melibatkan banyak orang dibanding kultur yang mencerminkan generasi yang bingung dan frustrasi yang mendasari penyalahgunaan depresan termasuk heroin. Meskipun demikian, otoritas yang mengawasi penyalahgunaan zat perlu waspada bahwa tidak ada gaya hidup yang bersifat menetap. Meningkatnya produksi opium di dunia (65% dari 2016 ke tahun 2017) yang dilaporkan oleh *The World Drug Report* (UNODC, 2018) di kawasan Afganistan memberikan sinyal bahwa *opiate* akan kembali lagi. Mungkin dalam bentuk yang baru dan lebih murah.

5. Peranan masyarakat, khususnya sekolah dan tempat kerja, untuk bekerjasama dengan keluarga dan BNN, yaitu:
   a. Mengupayakan deteksi dini kasus-kasus penyalahgunaan obat dan Narkotika. Observasi di sekolah dan di tempat kerja jauh lebih memungkinkan untuk menemukan masalah dalam perilaku individu yang menyalahgunakan Narkotika. Selain itu, lembaga pendidikan perlu menciptakan suasana belajar mengajar yang mendukung kosep diri yang positif, rasa berani dan mampu *(self-efficacy)*, dan kemampuan siswa untuk memilih kegiatan alternatif yang positif. Hal-hal ini sering menjadi alasan penyalahgunaan zat karena ingin berani, tidak mampu, dan kadang ingin lebih kreatif. Di rumah, individu dapat mengisolasi dirinya di kamar atau di luar rumah sehingga pengamatan orang lain menjadi terbatas. Laporan atas indikasi dini dapat membantu orangtua, aparat, atau yang bersangkutan untuk memperoleh atau menerima bantuan. Deteksi dini yang diimbangi dengan intervensi dini akan membantu mengelola perilaku berisiko klien, terutama mencegah semakin banyak zat yang digunakan dan dalam jangka panjang. Selain itu, klien juga dapat dibantu untuk tidak menggunakan zat dalam keadaan intoksikasi. Untuk itu, perlu dikembangkan kebijakan sekolah dan tempat kerja yang suportif dan edukatif sehingga mengurangi rasa takut untuk lapor dan meminta bantuan tenaga profesional.
   b. Upaya preventif harus dilakukan sejak dini dan harus lebih agresif dan menyeluruh karena usia remaja (10 tahun ke atas) merupakan

usia resiko untuk *gateway drugs.* Selain itu- pengawasan rokok dan alkohol juga sangat krusial. Dalam hal ini kita cenderung meremehkan data dan fakta yang ada karena kedua zat tersebut berperan pada fungsi sosial yang diterima oleh masyarakat.

c. Mendukung pemulihan dan reintegrasi pasca rehabilitasi. Sekolah dan tempat kerja adalah lingkungan sekunder yang sangat dibutuhkan penyintas rehabilitasi. Banyak pecandu yang ditangkap dan kehilangan kesempatan sekolah karena membawa, coba-coba, atau pengguna rekreasional. Kesempatan untuk melanjutkan sekolah dan bekerja merupakan harapan sebagian besar pecandu yang menyelesaikan program rehabilitasinya. Membangun budaya sekolah dan budaya kerja yang tidak mendiskriminasi mantan pecandu dan individu yang pernah berkonflik dengan hukum akan menjadi lingkungan yang memberdayakan bagi pemulihan yang dapat dipertahankan dalam jangka panjang.

6. Indonesia sudah lama melakukan investasi dalam rehabilitasi, terutama ketika Mahkamah Agung RI mengeluarkan SEMA No. 3 Tahun 2011 yang memprioritaskan perawatan penyalahguna Narkotika di lembaga Rehabilitasi dan mendorong dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor. Berbagai pihak menyatakan bahwa kebijakan baru ini tidak berjalan dengan baik karena kurangnya kapasitas Lembaga Wajib Lapor dalam penyediaan tenaga profesional yang mengelola program perawatan medik (dokter, psikiater) yang kadang berdampak pada ketersediaan obat esensial, dan yang mengelola program psikososial (pekerja sosial, konselor adiksi, psikolog, ahli penangan spiritual). Kebutuhan ini disuarakan baik oleh responden/informan penelitian, maupun oleh pekerja profesional di lembaga rehabilitasi yang merasa kewalahan karena jumlahnya sedikit dan tidak memperoleh dukungan profesional yang serius. Selain itu, perlu juga diperhatikan bahwa data kualitatif menunjukan bahwa klien dan keluarganya mengalami kesulitan mengakses layanan rehabilitasi yang ada karena hanya berada di wilayah/kota tertentu. Diperlukan perluasan yang strategis dan berbasis masyarakat sehingga dari segi pembiayaan tidak memberatkan klien dan keluarganya.

7. Terkait dengan persoalan di atas, masalah kesehatan mental menjadi isu yang belum banyak diperhatikan seperti depresi, paranoid, cemas, dan lain-lain hal ini disebabkan karena kurangnya sumber daya profesional, sehingga ada kecenderungan merespon gejala-gejala tersebut ketika sudah mengganggu. Peningkatan kapasitas staf melalui program *task and skill shifting* dalam menangani persoalan psikosisal dan kesehatan mental akan sangat membantu pemulihan klien tanpa adanya ketergantungan serius pada tenaga profesional medis dan psikologis.

8. Ditinjau dari kebutuhan berdasarkan gender, data kualitatif menunjukan bahwa kebutuhan responden perempuan lebih kompleks dibanding laki-laki. Salah satu alasannya adalah persoalan ketergantungan pada pasangan, keluarga baik keluarga inti maupun keluarga besar, pada anak-anaknya sendiri ketika mempunyai keturunan dan stigma ganda yang mereka alami. Menjangkau dan membantu keluarga maupun klien perempuan untuk berani memiliki informasi tentang layanan yang tersedia menjadi program yang penting dalam setiap lembaga rehabilitasi, baik rawat inap maupun rawat jalan.

9. Penilaian kemampuan diri responden pengguna narkotika yang pernah atau sedang menjalani rehabilitasi dibandingkan dengan responden populasi umum memiliki tingkat masalah yang lebih tinggi pada dimensi kemampuan perawatan diri, melakukan aktivitas sehari hari dan rasa cemas/depresi. Faktor ini menjadi salah satu sumber bias dalam penelitian ini tetapi juga menunjukkan pentingnya rawatan rehabilitasi.

Tim Peneliti BNN, Universitas Atma Jaya dan Kementerian Kesehatan RI

1.Drs. Heru Winarko, S.H
2.Prof. Irwanto, Ph.D
3.Drs. Agus Irianto, S.H., M.Si., M.H.
4.Dra. Endang Mulyani, M.Si
5.Erma Antasari, S.Si
6.Dwi Sulistyorini, S.Si., M.Si
7.Siti Nurlela Marliani, SP., S.H., M.Si
8.Sri Lestari, S.Kom
9.Novita Sari, S.Sos., M.H.
10.Sri Haryanti, S.Sos., M.Si
11.Iram Barida Maisya, SKM., MKM
12.Asep Hermawan, S.Kep., Ners
13.Dr. Hari Nugroho, M.Sc
14.dr. Linda Octariana, M.Si
15.Plamularsih Swandari, M.Si
16.Mulyanto, M.Psi
17.Quazar Noor Azhim

LAMPIRAN

Kantor Pusat BNN, Jakarta

Batik Gurdo (Garuda) Khas Indonesia

Lampiran 1 Dampak Jenis Zat Narkotika

Jenis	Nama Zat	Dampak
Kanabis	Ganja	WHO menyebutkan bahwa *cannabis* adalah terminologi generik yang digunakan untuk menyebutkan berbagai racikan yang berasal dari tanaman *cannabis sativa*. Zat psikoaktif utama dalam tanaman ini adalah (Delta) Δ-9 tetrahydrocannabinol (THC). Senyawa yang secara struktural sama dengan THC disebut cannabinoids. Ada beberapa senyawa yang berbeda struktur tetapi mempunyai ciri-ciri farmakologi yang sama. Mariyuana dari Mexico, misalnya, mempunyai tanaman persis *cannabis*, yang disebut "mariyuana" (tanaman perempuan yang belum dipolinisasi disebut "hashish"). Diproduksi sebagai minyak hashish adalah minyak cannabinoid yang diolah dari damar/getah mentahnya. Efek zat cannabinoid yang disebut delta-9 Tetrahydrocarbocannabinol atau THC bekerja pada reseptor sel otak tertentu yang biasanya akan bereaksi terhadap zat alami yang mirip dengan THC di dalam otak. Zat-zat tersebut memiliki peran dalam perkembangan dan fungsi otak. Ganja akan memaksakan fungsi bagian otak yang mengandung jumlah tertinggi pada reseptor tersebut. Hal ini akan menyebabkan pengguna merasakan *"high"* dan mengalami beberapa efek lainnya, seperti: • Perubahan kesadaran terhadap waktu • Perubahan suasana hati • Gerakan tubuh terganggu • Kesulitan berpikir dan memecahkan masalah • Gangguan terhadap daya ingat Gangguan Jangka panjang : • Penurunan daya pikir, memori, dan fungsi belajar serta memengaruhi kinerja otak. • Gangguan pernapasan. Asap ganja dapat menyebabkan iritasi pada paru-paru yang memicu batuk berdahak, sakit paru-paru hingga infeksi paru-paru. • Meningkatkan denyut jantung. Mariyuana dapat meningkatkan denyut jantung setelah 3 jam merokok. Hal ini dapat menyebabkan serangan jantung.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		• Gangguan pada bayi. Penggunaan ganja semasa kehamilan dapat memengaruhi otak dan perilaku pada bayi. • Halusinasi, paranoia dan berpikir secara tidak teratur. • Pemakaian mariyuana yang berkepanjangan dapat memengaruhi mental seseorang.
Psyche-delic atau Halusino-gen	Sejumlah zat natura maupun sintetik	Adalah zat-zat natur atau sintetik yang jika dikonsumsi dapat menimbulkan halusinasi sensorik, terutama auditori (pendengaran) dan visual. Secara umum, efek yang ditimbulkan pada tubuh manusia adalah: meningkatkan detak jantung, rasa mual, mulut kering, gangguan tidur, perubahan temperatur tubuh, keringat berlebihan, mudah panik, perilaku yang aneh-aneh, paranoia sampai pada psikosis. Efek jangka panjang: munculnya gejala-gejala psikosis yang terus menerus (gangguan visual, pikiran kacau, paranoia, perubahan perasaan – *mood swing*). Penggunaan dalam dosis tinggi akan menyebabkan kejang-kejang, kelumpuhan, kehilangan ingatan (amnesia) dan kesulitan berbatas.
	LSD (acid)	Merupakan zat psikoatif yang paling kuat dalam mengubah perasaan dan persepsi orang. Zat tersebut dibuat dari asam lisergat *(lysergic acid)* yang ditemukan dari tanaman jamur ergot yang tumbuh pada gandum dan biji-bijian lainnya. Zat tersebut disajikan dalam kristal dan diedarkan dalam bentuk cairan. Meskipun demikian, LSD banyak dipasarkan dalam bentuk kapsul atau pil-pil kecil dan lembaran gelatin yang jika bersentuhan dengan air liur akan meleleh. Pengaruh dari LSD *(Lysergic acid diethylamide)* tidak bisa ditebak, melainkan tergantung pada seberapa banyak yang dipakai, suasana hati dan kepribadian seseorang, dan keadaan di sekeliling saat narkoba itu digunakan.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Bagaikan lemparan dadu—suatu pacuan, rasa *high* yang semu atau paranoid parah. Biasanya, pengaruh pertama dari LSD dialami 30 sampai 90 menit setelah narkoba dipergunakan. Seringkali, pupil mata membesar. Suhu tubuh bisa menjadi lebih tinggi atau lebih rendah, sementara tekanan darah dan denyut jantung bisa saja meningkat atau menurun. Berkeringat atau kedinginan biasa terjadi. Pengguna LSD sering mengalami kehilangan nafsu makan, tidak dapat tidur, mulut kering dan tremor.
	Ketamin atau Special K, Valium Kucing, KitKat, obat bius kuda, dan lain-lain	Adalah obat yang digunakan sebagai anastesi binatang, menidurkan binatang selama prosedur operasi. Oleh karena itu, Ketamin sering tersedia di pasaran bebas. Banyak digunakan oleh dokter hewan. Obat ini disalahgunakan karena adanya efek rekreasional berupa efek menenangkan, disosiatif, dan halusinogenik. Struktur kimiawinya hampir sama dengan *Phencyclidine* atau PCP dan mengakibatkan perasaaan tak terkoneksi dengan lingkungan. Penggunaan jangka panjang menyebabkan toleransi dan adiksi psikologis. Dampak dari penggunaan jangka panjang ketamin adalah sebagai berikut: • Sering merasa mengantuk • Perubahan persepsi terhadap warna dan/atau suara • Halusinasi, delirium, kebingungan • Kesulitan belajar dan berpikir • Agitasi • Mati rasa • Gerakan-gerakan otot tak terkendali, kejang-kejang • Gangguan bicara • Meningkatnya tekanan di otak dan mata yang menyebabkan pembengkakan otak, lesu pada syaraf otak, tumor dan glaukoma • Mudah lupa • Kesulitan mengendalikan gerakan mata

Jenis	Nama Zat	Dampak
	Psilocybin atau Jamur *(Blue Omelette, magic mushroom, little smoke, shroom)*	*Psilocybin (4-phosphoryloxy-N,N-dimethyltryptamine, DHT)* adalah bahan alami berupa jamur, yang banyak tumbuh di kotoran sapi. Penggunaanya adalah rekreasional untuk menimbulkan halusinasi atau imaginasi yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain. Efek jangka pendek *magic mushroom* pada pikiran dan kesadaran: • Emosi yang membuncah. Bisa jadi bahagia berlebihan, sedih berlebihan, atau marah berlebihan • Tidak bisa membedakan khayalan dan yang nyata • Kecemasan • Serangan panik • Disorientasi atau linglung • Ketakutan atau paranoia • Merasa hal-hal di sekitarnya sangat lucu atau sangat menyedihkan Efek jangka pendek *magic mushroom* pada tubuh (biologis): • Mati rasa, terutama pada wajah • Tekanan darah dan detak jantung meningkat • Mulut kering, bahkan sampai mual dan muntah • Otot lemas, kedutan, atau kejang • Panas tinggi sampai menggigil dan penuh keringat • Tidak bisa mengendalikan kapan harus buang air kecil Efek jangka panjang pada pikiran dan kesadaran: • Perubahan pola pikir (jadi lebih kacau dan tidak teratur) • Fungsi kognitif otak menurun • Delusi dan halusinasi • Perilaku yang impulsif (beresiko dan tidak pikir panjang) • Perubahan suasana hati yang drastis dan tidak terduga • Kematian karena tindakan sembrono dan berbahaya, misalnya bunuh diri

Jenis	Nama Zat	Dampak
	Piyote	Piyote adalah sejenis kaktus yang mengandung zat meskalin yang memberikan efek halusinasi bagi pemakainya. Disebut sebagai *buttons* karena yang digunakan adalah bagian tanaman berbentuk seperti kancing di dekat akarnya. Meskalin bersifat psikotik dan berfungsi sebagai stimulan. Zat ini menimbulkan efek yang dapat berlangsung selama 10-12 jam. Sering digunakan untuk menghubungi roh leluhur oleh penduduk asli AS. Selain itu juga digunakan untuk mengobati asma, nyeri gigi, demam, nyeri saat melahirkan, nyeri pada payudara, rematik, diabetik dan lain-lain. Penggunaan Piyote jika digunakan bersama stimulan lainnya akan berpotensi meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung. Penggunaan di masa hamil dapat menyebabkan cacat lahir pada janin. Salah satu efek piyote adalah merusak mekanisme pengeluaran serotonin yang mempengaruhi persepsi, perasaan lapar, mood, suhu badan, kendali otot, perilaku dan aspek sensoris dari seks.
	Kecubung	*Datura Stramonium* atau Kecubung di Indonesia dikenal sebagai Bunga Terompet. Mengandung berbagai jenis alkaloid seperti *atropine, hiosiamine,* dan *scopolamine*. Akar, daun, bunga, buah, biji dan tangkainya dapat dimanfaatkan. Ada sembilan jenis kecubung, tetapi yang berbunga putih yang paling beracun. Kecubung memiliki banyak manfaat kesehatan termasuk untuk mengatasi kejang-kejang, asma, encok, dan berbagai penyakit kulit. Tetapi ketika disalahgunakan, terutama dengan cara dirokok, maka akan terjadi efek sebagai berikut: • Halusinasi dan rasa gembira sesaat • Pusing yang berkepanjangan hingga muntah-muntah. • Karena khasiat kesehatannya kecubung disebut *Angel's Trumpet* – tetapi jika disalahgunakan dia menjadi *the Devil's Trumpet* yang dapat membunuh pemakainya.

Jenis	Nama Zat	Dampak
	PCP *(Angel's dust)*	Disebut juga sebagai *Angel's Dust*. Awalnya pada tahun 1926 dibuat sebagai zat anastesi untuk mengurangi rasa sakit, tetapi kemudian tahun 1950 dilarang karena efek sampingnya. Efek-efek lain PCP atau *Phencyclidine* selain dari anastetik meliputi: • Halusinasi dan disosiatif (sukar membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak) • Tenaga yang bertambah dan hilangnya rasa kantuk • Rasa senang *(euphoria)* dan damai • Amnesia • Pikiran yang berpindah-pindah secara tidak beraturan dengan perasaan antara mimpi dan sadar • Perubahan persepsi tentang waktu • Detak jantung dan nafas yang menjadi cepat serta temperatur tubuh yang naik sehingga menjadi banyak berkeringat Jika dipakai dalam dosis yang lebih tinggi menyebabkan: • *Delirium* (sama sekali tidak bisa membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak) • Perubahan mental secara drastis seperti serangan panik dan paranoid • Mengigau dengan kata-kata yang tidak beraturan • Kehilangan total kendali saraf motorik/seluruh gerakan otot tubuh • Detak jantung dan nafas menjadi lambat • Serangan epilepsi/ayan • Menyebabkan koma bahkan kematian. Pada pemakaian jangka panjang PCP menyebabkan kerusakan pada jaringan otak dan penyakit mental yang menyerupai skizofrenia. **Efek pada Otak:** Penyalahgunaan PCP mendistorsi persepsi penglihatan, dan suara serta menghasilkan perasaan lepas dari lingkungan dan dari diri mereka sendiri. Efek ini disebabkan oleh terganggunya interaksi antara sel-sel saraf dan *neurotransmitter* serotonin.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Efek pada pelaku: Jika seseorang mencoba sekali menyalahgunakan obat dan menjajdi sebuah kebiasaan maka akan cenderung sulit bagi penyalahguna. Penyalahgunaan ini juga dapat menyebabkan kecanduan dan PCP kompulsif mencari perilaku, meskipun konsekuensi yang merugikan parah. Selama proses ini, ada banyak efek baik efek jangka panjang dan jangka pendek tergantung pada kuantitas dan penggunaan obat. **Efek jangka panjang:** Beberapa efek jangka panjang yang ditimbulkan akibat penyalahgunaan PCP dalam jangka waktu yang lama antara lain adalah efek negatif pada sistem pernapasan dan berhentinya sistem respirasi dalam beberapa menit, yang mengakibatkan kematian mendadak orang, muntah, penglihatan kabur, menjentikkan atas dan bawah mata dan lain-lain. Sekitar 90% dari penyalahguna narkoba PCP dibawa ke ruang gawat darurat dengan efek psikologis yang parah. Dengan penyalahgunaan obat dosis tinggi akan berdampak pada sistem saraf pusat dan penyalahguna mungkin saja dapat mengalami kondisi koma **Efek jangka pendek:** Efek paling rendah adalah gangguan suasana hati selama 48 jam seperti gejala kecemasan, tingkat pernapasan akan sedikit meningkat dan terjadi peningkatan tekanan darah bersama dengan kenaikan denyut nadi. Pernafasan menjadi pendek, wajah memerah bersamaan dengan keringat yang berlebihan serta dapat juga terjadi kehilangan koordinasi otot. Obat ini dapat mengganggu kemampuan berpikir dan berkomunikasi karena penyalahgunaan.

Jenis	Nama Zat	Dampak
	N,N-Dimethyl-tryptamine (DMT or N,N-DMT) sintetik	Berbentuk bubuk kristal putih dan penggunaanya adalah dihisap *(snorting)* atau dirokok. Tersedia dalam bentuk cair juga sehingga dapat disuntikkan. Dalam jumlah sedikit saja akan memberikan efek psikedelik karena mempengaruhi *neurotransmitter* serotonin. Zat ini populer di kalangan pengguna yang ingin mempunyai pengalaman aneh-aneh karena perbahan persepsi visual maupun auditori ketika memakai. Efeknya sama dengan menggunakan LSD dan *Psylocybin*, yaitu: • Persepsi ruang dan waktu berubah • Kesadaran akan diri (tubuh) berubah • Halusinasi visual dan auditori
Stimulan Natura	Kokain	Kokain adalah zat adiktif yang sangat kuat dan bersifat stimulan yang diproduksi dari daun tanaman koka *(Erythroxylon coca)* yang tumbuh di Amerika Selatan. Zat yang dikeringkan dari daun Koka ditemukan sebagai zat yang mempunyai manfaat medis oleh ahli kimia Jerman Albert Neiman di tahun 1960 dan pada tahun yang sama oleh Angelo Mariani ahli kimia Perancis yang mengklaim bahwa zat ini dapat dijadikan bahan minuman yang mampu "mengembalikan kesehatan dan vitalitas" sehingga digunakan oleh Coca-cola pada tahun 1899 dan baru tahun 1903 zat ini tidak digunakan lagi karena efek negatif yang ditimbulkan serta karena adanya politik rasial waktu itu. Kokain sebagai stimulan juga dapat digunakan untuk tujuan pengobatan, khususnya untuk anastesi lokal. Meskipun demikian, kokain lebih banyak digunakan untuk kepentingan rekreasional. Diproduksi dalam bentuk bubuk putih seperti bedak atau tepung terigu. Oleh karena itu, Kokain di jalanan sebenarnya juga sudah dicampur dengan berbagai zat lainnya seperti *amphetamine*, opioid sintetik, termasuk *Fantanyl*. Makin banyak campurannya (Kadar ketidakmurniannya) makin berbahaya akibatnya.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Karena bentuknya, maka penggunaan Kokain dilakukan dengan cara dihirup (menyedot dengan hidung), tetapi juga dapat dioleskan pada permen karet yang dikunyah. Selain itu, saat ini tersedia kokain cair yang disuntikkan untuk memperoleh efek obat yang cepat dan bertahan dalam jangka waktu lebih lama. Kokain meningkatkan ketersediaan *neurotransmitter* yang disebut *dopamine* yang menyambungkan ke pengendalian gerakan dan sistem hadiah *(reward system)* dalam otak. Secara alami dopamine dalam otak berputar kembali ke sel yang mengeluarkan. Kokain menghambat proses proses pengembalian itu sehingga mengakibatkan bertumpuknya dopamine di antara sel-sel yang mengeluarkan dan menerimanya. Hal ini memicu berkembangnya toleransi dan kecenderungan untuk memakai lebih banyak. Karena efeknya yang menyenangkan, pemakai cenderung menggunakan dalam jumlah banyak atau berkali-kali. Oleh karena itu, ketagihan cepat berkembang dan akibat dari gejala putus obatnya sangat menyakitkan.
	Crack-cocaine	Dalam proses selanjutnya juga dibuat dalam bentuk Kristal yang disebut *Crack* yang berbentuk seperti gula batu. Harganya lebih murah tetapi efeknya lebih dahsyat. Cara menggunakannya adalah dengan membakar dan dirokok. Bunyi pecahan kristal itulah yang menyebabkan dinamakan *Crack*. Ini dianggap zat paling adiktif di dunia. **Efek jangka pendek:** • Rasa bahagia dan bervitalitas yang ekstrim • Kewaspadaan mental yang tinggi • Hipersensitivitas terhadap sinar, suara, dan sentuhan • Sangat mudah tersinggung • Paranoia – rasa tidak percaya yang ekstrim terhadap orang lain • Konsumsi kokain dalam jumlah yang banyak akan memicu perilaku luar biasa, tidak terduga, dan agresif

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Efek lainnya • Penyempitan pembuluh darah • Mual-mual • Meningkatnya suhu badan dan tekanan darah • Detak jantung yang cepat dan tidak teratur • Tremor dan otot-otot berkedut • Kegelisahan luar biasa **Efek jangka panjang** • Tergantung cara pemamakaian – jika dihirup maka akan kehilangan kemampuan penciuman, hidung pilek, kesulitan untuk menelan • Jika dirokok: batuk-batuk, asma, mimisan, rentan terhadap *pneumonia* • Jika dikunyah dan ditelan: pembusukan di wilayah pembuangan kotoran karena kurangnya aliran darah • Jika disuntikkan, akan ada resiko penyakit yang dibawa darah seperti HIV/AIDS, infeksi kulit, dan lain-lain.
Sintetik	*Amphetamine*	*Amphetamine* adalah zat sintetik yang biasanya digunakan untuk mengatasi AD-HD *(attention-deficit hyperactivity disorder)* dan *narcolepsy*. Zat ini juga biasanya digunakan untuk program mengurangi nafsu makan dan menguruskan badan. Tidak diperbolehkan digunakan untuk anak-anak. *Amphetamine* dikenal sebagai zat yang akan membentuk kebiasaan *(habit forming)* oleh karena itu sering disalahgunakan. Pemakaian *amphetamine* dapat memicu atau memperparah episoda psikosis jika pengguna mempunyai sejarah depresi, gangguan jiwa, atau gangguan bipolar. **Efek jangka pendek dari amphetamin:** • Meningkatkan suhu tubuh • Kerusakan sistem kardiovaskular • Paranoia • Meningkatkan denyut jantung • Meningkatkan tekanan darah

Jenis	Nama Zat	Dampak
		• Hiperaktif • Mengurangi rasa kantuk • Menurunkan nafsu makan • Euforia • Mulut kering • Dilatasi pupil • Mual • Sakit kepala • Perubahan perilaku seksual • Tremor **Efek jangka panjang:** • Psikosis (pikiran menjadi tidak nyata, jauh dari realitas) • Kelainan psikologis dan tingkah laku • Pusing-pusing • Perubahan mood atau mental • Kesulitan bernapas • Kekurangan nutrisi • Gangguan jiwa **Efek pada sistem saraf pusat:** Dalam keadaan keracunan akut, pengguna amphetamin pada umumnya merasakan euforia, keresahan, agitasi, dan cemas berlebihan
	ATS	*Amphetamine Type Stimulants* (ATS) merujuk pada sekelompok zat/obat yang dibuat atas dasar *amphetamine* atau *methamphetamine*. Meskipun demikian, beberapa zat berikut ini juga digolongkan sebagai ATS: *methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate* dan MDMA atau *'ecstasy'* – zat ATS yang mempunya efek halusinogenik.
	Shabu atau *Crystal-Metham-phetamine*	Shabu atau *Crystal-Methamphetamine* adalah salah satu zat yang paling banyak disalahgunakan di Indonesia. Zat ini adalah stimulan sintetik yang memicu dikeluarkannya dopamin dengan efek yang sama dengan kokain. Dopamin mempunyai peranan penting dalam fungsi motorik, motivasi, dan bagaimana manusia memaknai kenikmatan *(pleasure)*.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Penggunaan shabu menyebabkan dopamin menumpuk di otak dan tubuh manusia sehingga dapat merusak fungsi-fungsi penting tadi, bahkan mempengaruhi kemampuan belajar verbal dan motorik Banyak digunakan untuk rekreasional, terutama pesta-pesta dan seks. Efek euforia dapat bertahan sampai dengan 12 jam, sehingga menjadikan shabu sebagai salah satu zat favorit, akan tetapi akibat yang paling serius dapat terjadi pada otak. **Efek jangka pendek** • Kehilangan nafsu makan • Peningkatan denyut jantung, tekanan darah dan suhu tubuh • Pupil mata yang membesar • Pola tidur yang terganggu • Rasa mual • Bersikap aneh, tidak terduga, terkadang bertindak keras atau kejam • Halusinasi, gembira yang berlebihan, sifat lekas marah • Panik dan psikosis • Dosis yang berlebihan dapat berakibat kejang-kejang dan kematian **Efek jangka panjang** • Kerusakan permanen pada pembuluh darah di jantung dan di otak, tekanan darah tinggi, berakibat serangan jantung, stroke dan kematian • Kerusakan pada lever (hati), ginjal dan paru-paru • Kerusakan jaringan dalam hidung, bila dihirup • Masalah pernapasan bila dihisap seperti rokok • Penyakit-penyakit menular dan peradangan, bila disuntikkan • Kekurangan gizi, kehilangan berat badan • Kerusakan gigi yang parah • Disorientasi, apatis, kebingungan dan kelelahan • Ketergantungan psikologis yang besar • Psikosis • Depresi • Kerusakan otak mirip penyakit alzheimer, stroke dan epilepsi

Jenis	Nama Zat	Dampak
	Ecstasy (Inex, CTC, Cece)	Sejarah pembuatan ekstasi dikembangkan oleh sebuah pabrik Farmasi Jerman pada tahun 1912 dan dinamakan *"Methylsafrylaminc"* yang tadinya adalah senyawa utama untuk mensintesiskan berbagai medikasi untuk mengendalikan pendarahan – bukan untuk mengendalikan rasa lapar seperti dikenal saat ini. Sempat cukup populer tahun 1970-1980an tanpa ijin formal dari otoritas obat dan makanan AS. Pada tahun 1985 lembaga Pengendalian Narkotika AS (DEA) melarang penggunaan MDMA secara umum dan memasukkan sebagai zat yang diawasi. **Efek ekstasi jangka pendek** • Menurunnya nafsu makan • Insomnia • Pusing dan demam • Kram otot • Tremor • Berkeringat dingin • Penglihatan buram • Meningkatnya denyut jantung • Tekanan darah meningkat • Menegangnya mulut, wajah dan dagu **Efek ekstasi jangka panjang** Para peneliti percaya bahwa ekstasi dapat menyebabkan kebocoran serotonin di otak selama penggunaannya. Tanpa berfungsinya *neurotransmitter*, kondisi seperti depresi, kecemasan, insomnia dan kehilangan memori akan lebih mungkin terjadi. Kondisi ini akan dapat muncul dalam waktu yang lama, bahkan setelah penggunaan telah berakhir. **Efek ekstasi jangka panjang terhadap psikologi dan fisik:** • Meningkatkan kecanduan • Serangan panik • Insomnia • Linglung • Tidak mampu membedakan realita dan fantasi • Delusi paranoid • Depresi

Jenis	Nama Zat	Dampak
Inhalan-sia	Lem rumah tangga yang men-gandung *Etil, Aceton* dan yang lainya	Dampaknya adalah euforia dan halusinasi yang dapat berpengaruh pada kerusakan syaraf otak – tergantung jumlah yang digunakan. Dalam penggunaan jangka panjang dapat berakibat *pneumonia*, serangan jantung, *hypoxia* (kekurangan oksigen dan kerusakan otak).
Opioid	*Tramadol*	Obat ini digunakan untuk mengurangi rasa sakit pada orang dewasa. Dianggap mempunyai kesamaan dengan *opiate* dalam hal kemampuannya untuk megurangi rasa sakit. Tidak disarankan bagi yang sudah menggunakan pil antidepresan. Efek yang dapat timbul dari penggunaan Tramadol : • Pusing, lelah, dan mudah mengantuk • Mual dan perut kembung • Sulit buang air besar • Mulut kering Efek jangka panjang : • Detak jantung menjadi lebih lambat dan tidak teratur, • Pernapasan juga menjadi lebih lambat dan tidak teratur, • Kejang • Gangguan pada proses berpikir sehingga menyebabkan berpikir menjadi lebih lambat. Jika sudah mengonsumsi tramadol jangka panjang lalu tiba-tiba dihentikan, dapat juga terjadi gejala putus obat, seperti nyeri perut, diare, muncul halusinasi, adanya sudara denging di telinga, dan lain-lain.
	Fentanyl	Adalah bentuk pengobatan rasa sakit yang berasal dari opiat sintetik yang biasanya diresepkan kepada orang yang mengalami rasa sakit parah setelah operasi atau karena terluka atau sebab lainnya. Obat ini jauh lebih kuat dari heroin dan 100 kali lebih keras dari morfin.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Diproduksi pertama kali oleh Paul Janssen Pharmaceutical tahun 1960. Efek pengurangan rasa sakit tidak terlalu lama sehingga orang sering menggunakannya berkali-kali, apalagi pasien juga mengalami perasaan euforia. Jika disalahgunakan sering dikombinasi dengan kokain atau heroin. Kombinasi ini sangat berbahaya. Disajikan dalam bentuk lollipop, pil yang cepat meleleh di pipi, lembar kertas kecil atau lembar film kecil yang digunakan di bawah lidah. Beberapa akibat dari penyalahgunaan adalah sebagai berikut: • Kebingungan • Depresi • Kesulitan berjalan • Otot-otot kaku • Susah bernafas • Mengantuk terus • Pusing dan kepala terasa ringan • Bicara menyeloteh • Halusinasi visual • Gatal-gatal • Mengecilnya pupil mata • Kehilangan berat badan
Sedative / obat tidur	*Xanex Camlet/ Calmlet (Alprazolam)*	Adalah obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi aktivitas otak sehingga individu merasa lebih rileks. Obat-obat ini biasanya diresepkan pada orang yang selalu cemas dan sulit tidur. Efek samping yang umum adalah: • Mengantuk • Kesulitan koordinasi • Kelelahan • Kelemahan otot • Ataksia, dan • Kepala terasa ringan. • Jika dikonsumsi pada ibu menyusui menyebabkan bayi mereka menjadi lesu dan menurunkan berat badan Efek samping yang lebih jarang misalnya • Nyeri kepala, • Vertigo, • Perubahan salivasi, gangguan saluran cerna, • Ruam kulit, dan • Gangguan penglihatan.

Jenis	Nama Zat	Dampak
		Efek samping yang lebih serius, tetapi kejadiannya relatif jarang : • Depresi pernapasan • Ketergantungan • Gangguan mental • Amnesia • Kebingungan • Kelainan darah dan sakit kuning • Retensi urin • Hipotensi Efek samping paradoks dapat terjadi, termasuk: • Kegelisahan • Mudah marah • Kejang-kejang • Insomnia • Kram otot • Perubahan libido • Dalam beberapa kasus, kemarahan dan kekerasan.
	Barbiturat	Kata "barbiturat" adalah senyawa asam *barbiturate*. Zat ini juga digunakan sebagai sedatif atau obat hipnotik yang membuat orang merasa tenang. Banyak digunakan untuk perawatan kecemasan dan kesulitan tidur (insomnia) dan kejang-kejang di tahun 1960-70an. Saat ini sudah diganti dengan *benzodiazepine* yang dianggap lebih aman. Obat ini mengandung resiko ketergantungan dan mudah mengalami overdosis yang gejala-gejalanya seperti terganggunya koordinasi tubuh, kelesuan, kelambatan dan kesulitan bicara, napas tersengal-sengal, koma, dan kematian
Benzodi-azepine / Tran-quilizer	Valium Rohypnol, Magadon Pil Koplo, BK, Mboat, Mboti, Roda Nipam	Obat-obat sejenis Benzodiazepin adalah juga obat penenang yang digunakan untuk mengatasi kecemasan, gangguan panik, kejang-kejang otot, dan serangan kejang *(seizures)*, efek putus obat alkohol, dan rasa sakit sebelum menstruasi. **Efek Samping Benzodiazepine** Reaksi obat pada tiap orang berbeda-beda. Efek samping yang mungkin dapat timbul setelah menggunakan obat-obatan golongan benzodiazepine:

Jenis	Nama Zat	Dampak
		• Mengantuk • Pusing • Linglung • Lemas • Gangguan ingatan • Gangguan keseimbangan tubuh • *Akathisia* (gangguan gerak tubuh) • Kejang • Mual • Muntah • Konstipasi/sembelit • Mulut kering • Berat badan naik • Nafsu makan sulit dikendalikan • Nafsu seksual menurun • Tertekannya sistem pernapasan • Tekanan darah menurun drastis • Keinginan untuk bunuh diri.
Analgesik, Antitusif	Dextrometrophan (Dextro)	Dextrometrophan adalah obat zat analgesik dari opioid yang digunakan untuk meredakan batuk (antitusif). Obat ini dijual bebas dan banyak disalahgunakan. Tidak boleh digunakan untuk batuk berdahak dan tidak untuk penggunaan jangka panjang. Penggunaan berlebihan dapat mengakibatkan kematian pada pasien anak-anak. Tidak boleh diberikan pada anak usia 4 tahun ke bawah dan tidak disarankan digunakan oleh Ibu hamil. Jangan meminum obat ini sambil meminum alkohol, obat diet, pil kafein, dan obat-obat stimulan karena akan meningkatkan resiko efek samping obat. Efek samping dari obat ini adalah: • Gatal-gatal • Muka bengkak • Kesulitan bernafas • Kejang-kejang • Halusinasi • Gangguan orientasi

Jenis	Nama Zat	Dampak
Lainnya	Trihexy-phenidyl/ Trihex	Adalah obat yang digunakan untuk mengobati Parkinson dan sering disalahgunakan. Obat ini diklasifikasikan sebagai *antimuscarinic*. Tersedia dalam bentuk cair. **Efek samping :** • Kering pada mulut • Bola mata membesar atau pandangan kabur • Lelah atau pusing • Sulit buang air kecil atau sembelit • Gugup atau cemas • Gangguan pada perut • Keringat berkurang • Mudah marah/agitasi
	Zenith *(Car-nophen)*	Adalah obat anti depresan tetapi juga digunakan untuk melemaskan otot-otot atau mengatasi spasme otot. Banyak tersedia dari Fiipina. Penyalahgunaan zat ini berakibat sebagai berikut: • Detak jantung meningkat drastis • Gangguan pencernaan • Halusinasi dan kehilangan kesadaran • Kebingungan • Kejang-kejang • Mati rasa di seluruh tubuh • Mual dan muntah • Mudah tersinggung • Perasaan melayang • Pingsan • Pusing-pusing • Sakit perut

Rujukan:

Drugabuse.com: https://drugabuse
NIH National Institute on Drug Abuse: https://www.drugabuse.gov/
Narconon : https://www.narconon.org

Lampiran 2 Akibat yang Terjadi Dari Narkotika

Akibat yang terjadi	Jenis zat dan golongan	Penjelasan
Konstipasi	Anti-psikotik: Clozapine	Konstipasi umum (25% dari frekuensi BAB) terjadi pada pasien psikotik yang mengkonsumsi obat anipsikotik, khususnya *clozapine*. Obat ini dapat mengakibatkan komplikasi gastrointestinal yang dapat (jarang) menyebabkan kematian. Diperkirakan 30-60% pasien menggunakan clozapine mengalami konstipasi.
Gangguan Neurologis dan Kerusa-kan otak	Semua zat psikoaktif	Karena rute efeknya melalui sistem syaraf pusat dan berpengaruh terhadap pengelolaan *neurotransmitter* – yaitu cairan yang dikeluarkan otak untuk mempengaurhi perasaan dan otot-otot tubuh. Oleh karena itu penyalahgunaan zat psikoaktif jenis apapun dalam jangka panjang akan mengacaukan pola pemanfaatan *neurotransmitte*r itu secara normal. Belum lagi jika dicampur denga zat-zat berbahaya seperti etil ether, aceton, bensin dan lain-lain
Saluran pernafasan	Zenith *(Carnophen)*	Adalah obat anti depresan tetapi juga digunakan untuk melemaskan otot-otot atau mengatasi spasme otot. Banyak tersedia dari Fiipina. Penyalahgunaan zat ini berakibat sebagai berikut: • Detak jantung meningkat drastis • Gangguan pencernaan • Halusinasi dan kehilangan kesadaran • Kebingungan • Kejang-kejang • Mati rasa di seluruh tubuh • Mual dan muntah • Mudah tersinggung • Perasaan melayang • Pingsan • Pusing-pusing • Sakit perut

Akibat yang terjadi	Jenis zat dan golongan	Penjelasan
Gangguan pencernaan (Gastro intestinal)	Alkohol	Alkohol berpengaruh pada keasaman sistem pencernaan yang dapat menyebabkan tukak lambung dan satu kondisi yang disebut *Mallory-Weiss Syndrome* yaitu pendarahan yang terjadi karena robeknya lapisan mucosal antara perut dan esofagus (kerongkongan).
	Opiate dan turunannya seperti, morfin, *oxycontin,* dan *vicodin*	Penggunaan zat berbasis *opiate* akan menyebabkan *narcotic bowel syndrome*, yaitu melemahnya fungsi pencernaan dan pembuangan kotoran yang berakibat perut kembung, sembelit, mual dan muntah-muntah
	Kokain	Penggunaan Kokain berhubungan dengan resiko sumbatan pembuluh darah *(blood clot)* sehingga menyebabkan kurangnya pasokan darah ke hati dan menimbulkan nekrosis pada hati dan menumbuhkan gangrene.
Efek prenatal pada janin – ketika Ibu hamil	Alkohol	Konsumsi alkohol dalam jumlah banyak selama kehamilan akan mengakibatkan lahirnya bayi FAS (*Fetal Alcoholic Syndrome)* yang mengalami kerusakan otak dan tidak dapat disembuhkan.
	Stimulan, marijuana, dan tembakau	Dapat mengakibatkan *still-birth* atau kematian bayi dalam kandungan.
	MDMA	Gangguan plasenta, mengurangi pertumbuhan janin, menimbulkan abnormalitas pada otak dan jantung, resiko kelahiran prematur.
	Inhalan	Aborsi tidak direncanakan, bentuk fisik janin yang menjadi abnormal
	Kokain, heroin	Menimbulkan *Neonatal Abstinence Syndrome* yaitu gejala-gejala sakaw atau putus obat pada janin sehingga ketika lahir sulit makan, sering kejang-kejang, kolik, dan perkembangan keterampilan motorik yang lamban.

Akibat yang terjadi	Jenis zat dan golongan	Penjelasan
Efek hormonal	Jenis-jenis hormon di otak	Serotonin (*pleasure hormone*) Dopamine *(reward hormone)* Epinerphine – hormon adrenalin untuk *fight/flight*
	Opiate	Dapat menimbulkan disfungsi gonad dan adrenal baik pada laki-laki maupun perempuan sehingga meningkatkan resiko infertilitas (ketidaksuburan) dan terpicunya gangguan mental.
	Steroid	Mengurangi produtivitas sperma. Mengecilnya testis dan pemicu kanker testikular
	Alkohol	Dapat merusak fungsi glandula yang melepaskan hormon (karena menganggu produksi gula darah dan metabolisme kalsium) yang dapat berakibat serius, terutama pada kemampuan reproduksi, kekuatan massa tulang, dan memengaruhi tumbuh kembang. Selain itu, penggunaan alkohol juga berpotensi menganggu fungsi reseptor hormon tiroid.
	Kokain	Berpengaruh pada siklus menstruasi. Kokaine menyebabkan meningkatnya hormon Prolaktin yang menghambat pelepasan telur yang telah masak (ovulasi) dan menyebabkan *Polycystic Overy Syndrome* – ketidaksuburan semu karena kurangnya ovulasi.
	Heroin	Perempuan yang menggunakan heroin akan berhenti menstruasi setelah mengalami kecanduan heroin karena mengganggu produksi hormon estrogen dan testoteron.
Kebotakan	Steroid	Mengakibatkan kebotakan dengan pola laki-laki pada perempuan
	Alkohol	Menyebabkan malnutrisi dan rontoknya rambut. Malnutrisi ini juga dapat berakibat kekuarangan thiamin yang menyebabkan kerusakan otak dan rambut rontok.

Allen, Stewart (2003). The Devil's Cup. Random House. ISBN 978-0-345-44149-2.

Beg, M. (2017). Implementing the UNGASS 2016 Outcome Documents. Stimulant drugs and HIV: Addressing the needs. Presented at Post-UNGASS 2016 CND thematic Discussion on UNGASS implementation, 26 September 2017.

BNN-PPK UI (2017). Executive summary: Survei penyalahgunaan dan peredaran gelap markoba tahun 2018. Jakarta : Puslitdatin BNN.

BNN- LIPI, 2018. Survei penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba tahun 2018. Jakarta : Puslitdatin BNN.

Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM: The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med 2004;2:576-582.

Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-136. Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137:535-544.

Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future.University of Rochester Press, Rochester, NY, 2003.

Grifell, Hart. (tahun). Is Drug Addiction a Brain Disease? Source: https://www.americanscientist.org/article/is-drug-addiction-a-brain-disease

Griffiths M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use, August 2005; 10(4): 191–197

Hopkins, Kate (March 24, 2006). "Food Stories: The Sultan's Coffee Prohibition". Archived from the originalon November 20, 2012. Retrieved September 12, 2006.

Howarth, A.T., Misra, ABPPK., Epner, A., Cooper, G.M. The many causes of addiction and bio-psycho-cocial-spiritual model. MentalHelp.net., https://www.mentalhelp.net/articles/the-many-causes-of-addiction-and-bio-psych-social-spiritual-model/

Leshner, A.I. (1999) "Science-Based Views of Drug Addiction and Its Treatment," Journal of the American Medical Association 282(14): 1314-¬1316.

Mathre, Mary Lynn (1997). Cannabis in Medical Practice: A Legal, Historical and Pharmacological Overview of the Therapeutic Use of Marijuana. North Caroline: McFarland % Company, Inc. Publishers. ISBN 978-0-7864-0361-5.

Mills,J.H. (2013). Cannabis Nation: Control and Consumption in Britain, 1928-2008, Oxford University Press.

Newton, et all (2009). Theories of Addiction: Methamphetamine Users' Explanations for Continuing Drug Use and Relapse. NIH PA. Published in final edited from as: Am J Addicti 2009; 18 (4): 294-300.

NIDA, 2017. Drugs, Brains and Behavior. The Science of Addiction. NIDA.

Sahu (2012). Substance Abuse, Causes and Consequences, Bagbasi Academic. Journal Vol 9. ISSN 2249-0655

Stevens, O/. & Forrest, J.I. (2018). Thinking upstream: the roles of international health and drug policies in public health responses to chemsex. Sexual Health 15(2) 108-115 https://doi.org/10.1071/SH17153

Taboada,P., Fedoryka Cuddeback, K., and Donohue-White, P. (eds.), Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health, 209-227. Diunduh dari: https://bookspics.com/ebooks/person-society-and-value-towards-a-personalist-concept-of-health/

The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit. BK Alexander. Oxford University Press, 2010.

UKPDC (2012). Briefing paper: Illicit Drugs and Public Health in 2012.

UNODC, World Drug Report 2018.

Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., Colpaert, K., Cogels, S., Rea, A., Donn, G., Sabbe, B., Broekaert (Eds). Poly substance use and mental health among individuals presenting for substance abuse treatment. Diunduh dari: http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/Drug/rDR55_en.pdf

Van spijk, P. (2002). Positive and negative aspects of the who definition of health, and their implications for a new concept of health in the future. Diunduh dari: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-2570-5_10

RISET KESEHATAN 2019
DAMPAK PENYALAHGUNAAN NARKOBA

Riset Kesehatan Dampak Penyalahgunaan Narkotika Tahun 2019 dilaksanakan atas kerjasama Badan Narkotika Nasional dengan Universitas Katolik Atmajaya dan Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan. Riset ini dilaksanakan di 6 (enam) Provinsi yang memiliki tempat Rehabilitasi penyalahguna Narkoba yaitu Jawa Barat, Kepulauan Riau, Sumatera Utara, Lampung, Sulawesi Selatan dan Kalimantan Timur. Adapun sasaran riset ini adalah klien/peserta yang menjalani layanan di beberapa tempat pelaksanaan program penanggulangan narkotika BNN yaitu di Balai Besar Rehabilitasi, Program Pasca Rehabilitasi, Klinik Pratama BNNP dan Mitra Komponen Masyarakat BNNP.

Tujuan utama riset ini adalah untuk memperoleh gambaran sistematik dari dampak penggunaan narkotika pada diri individu pengguna, baik dirinya sendiri maupun pada elemen-elemen dalam relasi sosial budayanya dengan pihak-pihak yang berpengaruh dalam kehidupan pribadinya. Riset ini merupakan salah satu program Prioritas Nasional yang digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kebijakan nasional.

Pusat Penelitian Data dan Informasi
Badan Narkotika Nasional (PUSLITDATIN BNN)
Jl. MT. Haryono No. 11 Cawang, Jakarta Timur
Telp. (021) 80871566, 80871567
Fax.(021) 80885225, 8087 1591, 80871593

Website : www.bnn.go.id
Email : puslitdatin@bnn.go.id
Call Center : 184
SMS Center : 0812-221-675-675

ISBN 978-602-74498-9-3