

Integrasi pengurangan dampak buruk napza ke dalam program rehabilitasi narkotika di Indonesia

Ardhany Suryadarma¹ and Dania Putri²

Introduction

Program Pengurangan Dampak Buruk Napza (PDBN atau *harm reduction*) telah disahkan dan diimplementasikan secara resmi di Indonesia sejak tahun 2007.³ Hal ini diawali dengan pelaksanaan PDBN di tingkat layanan primer melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).⁴ PDBN berbeda dari sebagian besar program rehabilitasi napza di Indonesia, yang biasanya terfokus pada pencapaian abstinensia. Sejak didirikan pada tahun 1990an, program rehabilitasi di Indonesia pada umumnya mengadopsi pendekatan yang berorientasi pada perubahan perilaku dan abstinensia. Keduanya dianggap sebagai satu-satunya tujuan dari pelaksanaan rehabilitasi yang sekaligus menentukan tingkat keberhasilan klien -- tidak ada bentuk kompromi yang diperbolehkan dalam hal ini. Di sisi lain, PDBN mengacu pada serangkaian kebijakan, program, dan praktik yang secara utama bertujuan untuk mengurangi dampak buruk terkait penggunaan napza -- seperti dampak kesehatan, sosial, atau ekonomi -- tanpa harus berfokus pada penghentian penggunaan napza.⁵

Namun, seiring berkembangnya program PDBN, terdapat mispersepsi tentang program itu sendiri, terutama di kalangan pembuat kebijakan dan penyedia layanan yang bekerja dengan orang-orang yang menggunakan napza. Banyak pihak yang menganggap program PDBN sebagai upaya untuk mendukung dan melegalisasi penggunaan napza. Kesalahpahaman ini membuat penyedia layanan rehabilitasi ragu untuk merangkul pendekatan PDBN. Sementara itu, di antara para pendukung PDBN, terdapat pandangan yang kuat bahwa penyedia layanan rehabilitasi memberlakukan

stigma terhadap orang-orang yang menggunakan napza dengan cara menganggap *relapse* atau kekambuhan dalam penggunaan napza sebagai bentuk kegagalan moral. Hal ini membuat orang-orang yang menggunakan napza merasa ragu untuk mengakses layanan kesehatan. Dibutuhkan upaya untuk mengatasi berbagai hambatan yang saat ini melemahkan intervensi PDBN. PDBN seharusnya juga diintegrasikan ke dalam program rehabilitasi yang saat ini hanya menawarkan program-program berbasis abstinensia. Selain itu, dalam rangka meningkatkan kualitas dan aksesibilitas semua program dan layanan bagi orang-orang yang menggunakan napza, program pencegahan dan pengobatan napza yang berbasis bukti juga perlu diintegrasikan ke dalam PDBN.⁶

Makalah kebijakan ini ditulis berdasarkan analisis data dan bukti yang dihasilkan dari tinjauan pustaka, diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion*), dan wawancara mendalam dengan klien yang telah menjalani kedua jenis program: 1) program rehabilitasi berbasis abstinensia, dan 2) program yang tergabung dengan PDBN. Makalah ini diakhiri dengan rekomendasi bagi pemerintah Indonesia untuk melaksanakan reformasi kebijakan demi mendukung proses integrasi PDBN ke dalam program-program rehabilitasi napza. Bentuk perubahan kebijakan ini dapat membantu Indonesia untuk mencapai komitmen dalam implementasi dokumen akhir dari Sidang Khusus Majelis Umum PBB tentang Persoalan Narkotika Dunia (*UNGASS*) tahun 2016, khususnya terkait bagian yang berjudul 'Pengobatan gangguan penggunaan napza, rehabilitasi, pemulihan, dan reintegrasi sosial; pencegahan, pengobatan, dan perawatan untuk HIV/AIDS, virus Hepatitis dan penyakit lainnya yang menular melalui darah', yang

mempromosikan ‘langkah-langkah efektif untuk mengurangi dampak buruk sosial dan kesehatan publik dari penyalahgunaan narkotika’.⁷

Kerangka pengobatan dan rehabilitasi di Indonesia

Berdasarkan Undang-undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, konsep rehabilitasi dibagi menjadi dua jenis: rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.⁸ Prinsipnya, masing-masing jenis rehabilitasi ini dapat dijalankan melalui rawat inap maupun rawat jalan, oleh lembaga pemerintah atau oleh lembaga dari luar pemerintah.⁹ Pusat rehabilitasi (yang dikelola oleh) Badan Narkotika Nasional (BNN) menyediakan program rawat inap untuk periode utama dalam proses pengobatan, yang dilanjutkan oleh program pasca perawatan yang dapat dilaksanakan melalui program rawat inap maupun rawat jalan. Beberapa klien memasuki program rehabilitasi untuk memenuhi persyaratan wajib yang ditegakkan oleh ketentuan dalam UU Narkotika No. 35 (2009). UU Narkotika tersebut mengkriminalisasi penggunaan napza serta memerintahkan bahwa setiap orang yang ditangkap karena penggunaan napza hendaknya dialihkan ke program rehabilitasi atau hukuman penjara. Tindakan ini bertentangan dengan standar internasional untuk pengobatan ketergantungan napza.¹⁰ Di dalam standar internasional ini, terdapat rekomendasi untuk menyediakan beragam jenis pengobatan yang dapat dipilih oleh klien. Dengan ini, program pengobatan atau rehabilitasi dapat disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan masing-masing klien, misalnya dengan memungkinkan mereka untuk menjalani komitmen tertentu seperti tanggung jawab keluarga, pekerjaan, atau pendidikan.¹¹

Berdasarkan Peraturan BNN No. 24 (2017) tentang *Standar Pelayanan Rehabilitasi Bagi Pecandu*

Narkotika dan Korban Penyalahgunaan Narkotika, yang dimaksud dengan Rehabilitasi Medis adalah ‘suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan Narkotika’, sedangkan yang dimaksud dengan Rehabilitasi Sosial adalah ‘suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar bekas pecandu Narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat.’¹² Kedua definisi ini mengandung stigma yang kuat terhadap orang-orang yang mengalami ketergantungan napza. Definisi tersebut juga tidak menjelaskan perbedaan antara penggunaan dan ketergantungan napza, dan secara keliru menggolongkan ketergantungan napza sebagai bentuk disfungsi sosial.

Ditambah dengan bentuk kriminalisasi terhadap orang-orang yang menggunakan napza, serta persyaratan untuk pelaporan wajib pengguna napza menurut UU Narkotika No. 35 (2009), terlihat jelas bahwa ketergantungan napza di Indonesia dianggap sebagai permasalahan moral (dan kriminal), dan bukan sebagai permasalahan kesehatan. Akibatnya, penyedia layanan rehabilitasi yang digambarkan di paragraf sebelumnya (yang dipantau oleh BNN, Kemensos, dan Kemenkes) biasanya mengadopsi abstinensia sebagai tujuan dan indikator keberhasilan pokok dalam pelayanan rehabilitasi¹³, meskipun pada realitanya, hal ini tidak diamanatkan oleh peraturan nasional tentang rehabilitasi medis dan sosial.¹⁴

Tabel 1 menampilkan jumlah fasilitas rehabilitasi dan pengobatan napza di Indonesia, di antaranya adalah fasilitas yang beroperasi sebagai Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL), yang berfungsi sebagai tempat di mana orang-orang yang menggunakan napza diwajibkan untuk melaporkan dirinya, sesuai dengan yang diamanatkan oleh UU Narkotika No. 35 (2009),¹⁵ beserta catatan terkait institusi pemerintah yang bertanggung jawab.

Tabel 1. Pusat pengobatan dan rehabilitasi di Indonesia beserta institusi pemerintah yang bersangkutan

Kementerian Sosial	Kementerian Kesehatan	Badan Narkotika Nasional	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
166 institusi*	549 institusi*	160 institusi*	17 institusi**

* Termasuk fasilitas yang ditunjuk sebagai IPWL

** Pusat Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat (PABM) yang mengintegrasikan PDBN

Mandat jelas untuk mengintegrasikan PDBN ke dalam program rehabilitasi

Dari sisi hukum dan pelaksanaan kegiatan, program rehabilitasi di Indonesia dibagi menjadi dua bagian, yaitu rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Pemisahan ini menciptakan pembagian kekuasaan di dalam pelaksanaan rehabilitasi narkoba di Indonesia. Rehabilitasi medis berada di bawah kewenangan Kemenkes, sedangkan rehabilitasi sosial berada di bawah kewenangan Kemensos. BNN, di sisi lain, yang semula memiliki mandat untuk meningkatkan kapasitas semua jenis program rehabilitasi, sebenarnya tidak memiliki kewenangan dalam penyediaan rehabilitasi itu sendiri. Namun, beragam fasilitas rehabilitasi medis di Indonesia, terutama dalam bentuk klinik kesehatan, tetap berada di bawah kewenangan BNN. Situasi ini menyebabkan munculnya segelintir peraturan dan kebijakan yang bersifat ambigu dan menimbulkan bermacam-macam bentuk interpretasi. Hal ini mengakibatkan kurang jelasnya standar dan pedoman untuk program rehabilitasi.

Menurut penjelasan dari Pasal 56 (2) di dalam UU Narkotika, pendekatan PDBN untuk orang-orang yang menyuntikkan narkoba dapat disediakan sebagai salah satu komponen dari rehabilitasi medis untuk mencegah penularan penyakit seperti HIV/AIDS. Penyediaan ini jatuh di bawah pengawasan ketat Kemenkes. Pasal 4 dari Peraturan Kemenkes No. 55 (2015) tentang *Pengurangan Dampak Buruk Bagi Pengguna NAPZA Suntik* menguraikan rincian pelaksanaan mandat ini sebagai berikut:

‘Pelaksanaan pengurangan dampak buruk bagi pengguna narkoba suntik meliputi:

1. Layanan alat suntik steril dengan konseling perubahan perilaku serta dukungan psikososial
2. Terapi substitusi/rumatan methadone dan terapi ketergantungan narkoba lainnya
3. Program pencegahan penularan seksual
4. Layanan konseling dan tes HIV serta Pencegahan dan Imunisasi Hepatitis’.

Menurut standar dan pedoman internasional, PDBN yang bersifat komprehensif harus mencakup beragam strategi yang kebanyakan bertujuan

untuk pencegahan, pengobatan, dan perawatan terkait HIV, seperti program jarum suntik, tes dan konseling HIV, terapi antiretroviral, terapi substitusi opioid dan bentuk pengobatan ketergantungan narkoba yang berbasis bukti lainnya, serta layanan yang berkaitan dengan pencegahan infeksi menular seksual, tuberkulosis, dan overdosis.

Penyediaan pengobatan untuk ketergantungan narkoba yang berbasis bukti, yang sejalan dengan PDBN, telah terbukti efektif (dan hemat biaya) dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan orang-orang yang menggunakan narkoba, sehingga memberikan hasil yang lebih baik bagi masyarakat.¹⁶ Di Indonesia, Peraturan Kemenkes No. 55 secara jelas mengamatkan Kemenkes untuk menyediakan pelayanan pengobatan ketergantungan narkoba yang berbasis bukti sebagai bagian dari PDBN.

UU Narkotika dan Peraturan Kemenkes No. 55 keduanya mengizinkan integrasi PDBN ke dalam program rehabilitasi atau pengobatan narkoba. Tetapi, Peraturan Kemenkes No. 2415 (2011) tentang *Standar Pelayanan Rehabilitasi Medis* tidak menguraikan peran PDBN dalam pelaksanaan program rehabilitasi. Kemenkes memiliki peran penting dalam memastikan bahwa PDBN menjadi bagian dari program rehabilitasi medis. Hal ini merupakan langkah penting dalam meningkatkan kualitas layanan rehabilitasi, dan lebih pentingnya lagi, dalam meningkatkan kualitas hidup individu yang menerima layanan tersebut. Terlepas dari ambiguitas dalam standar penyediaan layanan rehabilitasi medis, Kemenkes memiliki mandat yang jelas untuk memastikan bahwa PDBN menjadi bagian penting dari beragam program yang dilaksanakan oleh Kemenkes bagi orang-orang pengguna narkoba, termasuk juga di dalam program rehabilitasi.

Pusat pemulihan adiksi berbasis masyarakat (PABM): Hasil evaluasi

Sejak tahun 2009 sampai dengan tahun 2017, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional¹⁷ melakukan riset untuk mengevaluasi berjalannya sejumlah fasilitas PABM yang didanai oleh Komisi tersebut. Fasilitas PABM tersebut tersedia di 17 lembaga rehabilitasi yang tersebar di 12 kota –

Box 1 'Model pengobatan berbasis masyarakat untuk orang-orang yang menggunakan napza: Enam pengalaman dalam merangkai alternatif untuk pusat-pusat penahanan wajib di Asia'

Seorang klien Rumah Singgah PEKA di Bogor, Jawa Barat, menggambarkan pengalamannya di pusat pemulihan adiksi berbasis masyarakat (PABM) sebagai berikut:

- *'Di pusat-pusat pengobatan lain, kekambuhan (relapse) merupakan akhir cerita [penghentian pengobatan]. Hal ini membuat kita merasa bersalah... dan kita semakin tenggelam dalam siklus adiksi. Di sini, di PEKA, staff yang ada sangat menghargai upaya kami untuk berhenti menggunakan atau mengurangi konsumsi kami. Ketika kami kambuh, kami tidak dipaksa untuk menghentikan pengobatan dan memulai dari nol lagi.'*
- Untuk deskripsi layanan yang disediakan oleh dua fasilitas PABM (Rumah Cemara dan Rumah Singgah PEKA), lihat Tanguay, P. Stoicescu, C. and Cook, C. "Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia", London: Harm Reduction International (2015).

sebagai bagian dari upaya untuk mengintegrasikan PDBN ke dalam layanan rehabilitasi rawat inap yang bersifat sukarela. Setelah tiga tahap evaluasi, hasilnya terlihat positif.¹⁸ Penelitian tersebut menunjukkan bahwa layanan rehabilitasi dan PDBN nyatanya dapat dilaksanakan secara bersamaan, sambil melengkapi satu sama lain. Evaluasi yang dilakukan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional pada tahun 2014 ini menggambarkan sejumlah kesimpulan positif,¹⁹ terutama dalam hal tingkat kepuasan klien dan peningkatan kualitas hidup, seperti yang diuraikan sebagai berikut:

- Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik dalam hal kesejahteraan fisiologis, psikologis, dan sosial klien, dengan peningkatan kualitas hidup setelah selesainya program PABM.
- Orang-orang yang menyelesaikan program PABM mendapat skor lebih rendah dalam Indeks Intensitas Adiksi (*Addiction Severity Index*) setelah penamatan program,²⁰ serta dalam hal pengalaman mereka terkait permasalahan hukum dan kesehatan. Contohnya, terdapat penurunan yang signifikan dalam praktik penyuntikan yang berisiko tinggi.
- Mayoritas dari peserta PABM melaporkan tingkat keterlibatan terapeutik (*therapeutic engagement*) yang tinggi selama program PABM berlangsung (dengan skor rata-rata 63 dari 75). Hal ini bersangkutan dengan partisipasi proaktif (dan sukarela) klien dalam program pengobatan, yang umumnya dipandang sebagai indikator keberhasilan yang penting.²¹

Menerapkan pendekatan PDBN dalam program pengobatan dan rehabilitasi berarti memandang dan mengobati ketergantungan napza sebagai isu kesehatan. Dalam hal ini, tingkat keberhasilan diukur dari kualitas hidup secara keseluruhan, dan bukan hanya terpaku pada abstinensia. Abstinensia hendaknya dipandang sebagai tujuan jangka panjang yang tidak dapat atau tidak akan dicapai oleh setiap individu. PDBN meliputi serangkaian strategi yang manusiawi, mudah diukur dan diakses. Mengingat peran positif PDBN dalam meningkatkan kualitas hidup orang-orang yang menggunakan napza, strategi PDBN hendaknya diintegrasikan ke dalam program pengobatan dan rehabilitasi sebagai bagian dari beragam pilihan layanan (yang salah satunya adalah layanan-layanan yang berbasis abstinensia). Program pengobatan dan rehabilitasi yang berbasis bukti harus dilaksanakan dengan pendekatan holistik. Yang dimaksud di sini adalah tersedianya berbagai pilihan jenis pengobatan, dan tersedianya program yang disesuaikan dengan kebutuhan unik dari masing-masing individu – yang dilakukan atas dasar persetujuan yang bersifat terbuka (*informed consent*).²²

Rekomendasi

Penyediaan program pengobatan dan rehabilitasi sosial yang berbasis bukti dan bersifat holistik membutuhkan sinergi yang kuat di antara berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, pemerintah provinsi dan kota, dan masyarakat setempat. Dalam hal ini, pembagian tugas dan fungsi di antara berbagai badan pemerintahan (terutama Kemensos, Kemenkes, dan BNN) patut diperjelas, demikian juga di antara pemerintah provinsi dan kota, serta organisasi-organisasi masyarakat. Pembagian tugas dan fungsi ini perlu dilakukan untuk memperjelas proses implementasi pengembangan standar dan pedoman, serta pemantauan dan evaluasi dari program pengobatan dan rehabilitasi.²³

Dalam hal penyediaan program rehabilitasi napza yang bersifat terpadu dan komprehensif, pemerintah Indonesia perlu mengembangkan satu kebijakan nasional yang berlaku untuk semua lembaga pemerintah dan organisasi non-pemerintah. Langkah ini patut dilengkapi dengan:

1. Tinjauan ulang UU No. 35 (2009) tentang Narkotika:

- Penggantian sistem ganda ‘Rehabilitasi Medis’ dan ‘Rehabilitasi Sosial’ dengan satu sistem ‘Rehabilitasi Terpadu dan Komprehensif’
- Penghapusan stigma, kriminalisasi, dan penuntutan orang-orang yang menggunakan napza, terutama dengan cara menghapuskan persyaratan wajib lapor sebagaimana diuraikan dalam Pasal 55 (selayaknya disertai oleh penghapusan Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang pelaporan wajib bagi orang-orang yang menggunakan napza) untuk menghilangkan risiko penangkapan, penahanan, pemenjaran, dan pengobatan atau rehabilitasi wajib bagi orang-orang yang menggunakan napza – yang dengan demikian, menjauhkan mereka dari layanan pengobatan dan PDBN yang mereka butuhkan.

ii. **Penetapan seperangkat pedoman jelas untuk memasukkan langkah-langkah PDBN ke dalam program rehabilitasi yang ada, dengan cara merancang Rencana Aksi Nasional (RAN) tentang Rehabilitasi yang tingkat efektivitasnya diukur dengan serangkaian indikator kualitas hidup yang mencakup kesehatan, relasi, pekerjaan, dan aspek-aspek yang berkaitan dengan kesejahteraan lainnya – tidak hanya terpaku pada abstinensia. Rencana Aksi Nasional tersebut hendaknya:**

- Mendukung pelaksanaan program-program pengobatan sukarela berbasis bukti seperti program PABM dari Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, yang telah memimpin proses penyatuan PDBN ke dalam program rehabilitasi di Indonesia
- Mencerminkan standar internasional yang bersangkutan, serta memperjelas peran dan otoritas masing-masing instansi pemerintah demi kerja sama yang lebih baik. Dalam mencapai tujuan ini, diperlukan peraturan-peraturan spesifik untuk masing-masing instansi pemerintah yang terlibat dalam program rehabilitasi.

Ucapan terima kasih

Kami sangat menghargai bantuan yang diberikan oleh Yohan Misero, Emily Rowe, dan Gloria dalam mengembangkan tulisan ini.

Endnotes

- 1 Ajeng Larasati, Dominggus Christian, dan Yohan Misero, (2017) *Pemetaan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia*, <https://lbhmasyarakat.org/pemetaan-pemulihan-ketergantungan-narkotika-di-indonesia/>
- 2 Ibid., Hal. 2, 9-11.
- 3 Republik Indonesia, “Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika”, <http://e-pharm.depkes.go.id/front/pdf/UU352009.pdf>
- 4 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Peraturan Kemenkes No. 55 Tahun 2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk Bagi Pengguna NAPZA Suntik”, <https://www.kebijakanaidsideonesia.net/id/dokumen-kebijakan/download/17-peraturan-pusat-national-regulation/761-permenkes-ri-no-55-tahun-2015-tentang-pengurangan-dampak-buruk-pada-pengguna-napza-suntik>
- 5 World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Geneva: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf

- 6 Ardhany Suryadarma bekerja sebagai Program Manager di Rumah Cemara, Indonesia.
- 7 Dania Putri merupakan peneliti kebijakan napza yang berbasis di Den Haag, Belanda. Saat ini ia bekerja di *Transnational Institute* di Amsterdam, serta aktif dalam upaya advokasi kebijakan cannabis di negara asalnya, Indonesia.
- 8 Pada tahun 2007, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat Indonesia mengeluarkan Peraturan No. 2 tentang Kebijakan Nasional penanggulangan HIV/AIDS, penggunaan napza suntik dan pengurangan dampak buruk. Peraturan ini merupakan dasar penting bagi keberadaan berbagai program pengurangan dampak buruk dalam kerangka kebijakan nasional terhadap HIV/AIDS. Dapat diakses di: http://www.aidsindonesia.or.id/uploads/20130506120619.Permenko_No_02_tahun_2007_Tentang_Kebijakan_Nasional_Penanggulangan_HIV_dan_AIDS_Melalui_Pengurangan_Dampak_Buruk_Penggunaan_Narkotika_Psikotropika_dan_Zat_Adiktif_Suntik.pdf
- 9 Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2006). *'Pedoman pelaksanaan pengurangan dampak buruk narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza)'*
- 10 Harm Reduction International mendefinisikan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) sebagai: kebijakan, program, dan praktik yang secara utama bertujuan untuk mengurangi dampak negatif kesehatan, sosial, dan ekonomi dari penggunaan obat-obatan psikoaktif (baik legal maupun ilegal), tanpa harus berfokus pada penghentian penggunaan napza. Penggunaan dampak buruk membawa manfaat positif bagi orang-orang yang menggunakan napza, anggota keluarga mereka, serta masyarakat. Lihat: *What is harm reduction: A position statement from Harm Reduction International*, <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.
- 11 Untuk keperluan makalah ini, istilah 'rehabilitasi' akan digunakan untuk menggambarkan program-program yang berbasis abstinensi. Istilah 'pengobatan' akan digunakan untuk program-program pengobatan ketergantungan napza yang tidak hanya terfokus pada abstinensi. Lihat: UNAIDS. (2017). *Harm reduction saves lives*, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf; UNODC and WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention* (2nd Edition), http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf; UNODC (2010). Discussion Paper. *From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence through Healthcare not Punishment*, http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion/From_coercion_to_cohesion.pdf
- 12 Paragraf 1(o), <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>
- 13 Ajeng Larasati, Domingus Christian, dan Yohan Misero, (2017) *Pemetaan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia*, <https://lbhmasyarakat.org/pemetaan-pemulihan-ketergantungan-narkotika-di-indonesia/>
- 14 Contoh dari fasilitas rehabilitasi (yang disediakan oleh lembaga non-pemerintah) adalah fasilitas berbasis masyarakat yang menerima dana dari Badan Narkotika Nasional (BNN) atau Kementerian Kesehatan (Kemenkes), tetapi masih memiliki kebebasan tertentu dalam menentukan pendekatan rehabilitasi yang dilaksanakan.
- 15 United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *From coercion to cohesion: Treating drug-dependence through health care, not punishment*, https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf; Lai, G. Fransiska, A. and Birgin, R. (2013) IDPC Briefing Paper. *Drug Policy in Indonesia*. <https://idpc.net/publications/2013/01/idpc-briefing-paper-drug-policy-in-indonesia>
- 16 Ajeng Larasati, Domingus Christian, dan Yohan Misero, (2017) *Pemetaan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia*, <https://lbhmasyarakat.org/pemetaan-pemulihan-ketergantungan-narkotika-di-indonesia/>
- 17 http://yogyakarta.bnn.go.id/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=87&id=77&Itemid=1000000000000
- 18 Menteri Sosial Republik Indonesia mengatakan bahwa metadon tidak diperbolehkan di dalam rezim rehabilitasi Kemensos. Metadon adalah zat yang banyak digunakan untuk terapi substitusi opioid – strategi pengurangan dampak buruk bagi orang-orang yang menyuntikkan opioid. Lihat: <https://gorontalo.antaranews.com/berita/34191/mensos-larang-panti-ipwl-gunakan-metadon>
- 19 Perlu diingat bahwa di Indonesia, penggunaan napza ilegal masih merupakan bentuk tindakan kriminal yang dapat menyebabkan hukuman penjara hingga 4 tahun. Jika seseorang terdakwa akan kepemilikan napza, ancaman pemenjaraan dapat meningkat hingga 12 tahun. Akibatnya, dapat disimpulkan bahwa kebijakan napza di Indonesia bertujuan untuk mencapai abstinensi dari penggunaan narkotika. Lihat: Albert Wirya and Yohan Misero, "The Trip to Nobody Knows Where: Examining the Effectiveness of Indonesia's Compulsory Report Program for Drug Users and Its Compliance to International Human Rights Standards", Jakarta: LBH Masyarakat (2016), p. 73, http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316_IPWL-Research-Report_LBHM_Mainline.pdf
- 20 Walaupun UU Narkotika No. 35 (2009) mengkriminalisasi orang-orang yang menggunakan napza, undang-undang tersebut juga menetapkan "pengecualian" bagi mereka yang melaporkan diri mereka ke IPWL yang ditunjuk sebagaimana disyaratkan oleh Pasal 55 (2). Pelaksanaan IPWL dipandu oleh Peraturan Pemerintah No. 25 (2011) tentang pelaporan wajib oleh orang-orang yang menggunakan napza, dan berfokus pada penyediaan program rehabilitasi di IPWL yang ditunjuk oleh pemerintah (yang biasanya merupakan Puskesmas, rumah sakit, dan pusat rehabilitasi medis). Penelitian LBH Masyarakat menunjukkan bahwa 75,8% orang yang melaporkan diri ke IPWL dan yang juga mengalami tindakan hukum ternyata masih menghadapi penuntutan. Hal ini dengan jelas menunjukkan bahwa sistem IPWL tidak efektif dalam mengalihkan pengguna napza dari sistem peradilan pidana. Di samping itu, pelanggaran HAM dan pelanggaran kerahasiaan sering terjadi. Lihat: *Ibid.*, hal 70 dan 77.
- 21 Lihat: UNAIDS. (2017). *Harm reduction saves lives*, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/harm-reduction-saves-lives_en.pdf
- 22 Tanguay, P. Stoicescu, C. and Cook, C. "Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia", London: Harm Reduction International (2015), https://www.hri.global/files/2015/10/19/Community_based_drug_treatment_models_for_people_who_use_drugs.pdf
- 23 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, "Laporan hasil evaluasi PABM 2016"
- 24 *Ibid.*, Hal. 60.
- 25 Lihat halaman Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengenai Indeks Intensitas Adiksi http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/addictionseverity/en/
- 26 Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, "Laporan hasil evaluasi PABM 2016"; United Nations Office on Drugs and Crime (2009) "Discussion paper – From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment," http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
- 27 United Nations Office on Drugs and Crime, "Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia", https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_guidance_EN.pdf
- 28 UU Narkotika tidak menggunakan istilah "orang-orang yang menggunakan napza", melainkan istilah "pecandu, penyalahguna, dan korban penyalahgunaan napza". Ketiga istilah ini mengandung stigma terhadap orang-orang yang menggunakan dan bergantung pada napza, serta memiliki definisi dan posisi yang berbeda dalam konteks hukum kriminal dan rehabilitasi. Lihat: Misero, Y. "Penjara Overdosis: Tinjauan Singkat tentang Kebijakan Kriminal terhadap Orang yang Menggunakan Narkotika", Jakarta: LBH Masyarakat (2017) hal. 3, http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2017/06/LBH-Masyarakat_Overdosis-Pemenjaraan.pdf

Notes

Tentang makalah kebijakan ini

Makalah kebijakan ini ditulis berdasarkan analisis data dan bukti yang dihasilkan dari tinjauan pustaka, diskusi kelompok terarah, dan wawancara mendalam dengan klien yang telah menjalani kedua jenis program: program rehabilitasi berbasis abstinensia, dan program yang tergabung dengan PDBN. Makalah ini diakhiri dengan rekomendasi bagi pemerintah Indonesia untuk melaksanakan reformasi kebijakan demi mendukung proses integrasi PDBN ke dalam program-program rehabilitasi napza.

International Drug Policy Consortium

Fifth Floor, 124-128 City Road
London EC1V 2NJ, United Kingdom

Tel: +44 (0)20 7324 2975

Email: contact@idpc.net

Website: www.idpc.net

Tentang IDPC (Konsorsium Kebijakan Narkotika Internasional)

IDPC merupakan jaringan global yang terdiri dari berbagai organisasi non-pemerintah yang berspesialisasi dalam isu-isu terkait penggunaan dan produksi ilegal narkotika. Konsorsium ini bertujuan untuk mempromosikan diskusi yang terbuka dan objektif di dalam bidang kebijakan narkotika nasional dan internasional, serta mendukung kebijakan berbasis bukti yang bersifat efektif dalam mengurangi dampak buruk terkait narkotika. IDPC menerbitkan makalah kebijakan, menyebarkan laporan-laporan dari organisasi anggotanya, dan memberikan saran ahli untuk pembuat kebijakan dan pejabat di seluruh dunia.

© International Drug Policy Consortium Publication 2018

Funded by:



This paper is reproduced in the frames of "Harm Reduction Advocacy in Asia (HRAsia)" project (2017-2019). The project is funded by The Global Fund to enable access to HIV and Harm Reduction services for People Who Inject Drugs in Cambodia, India, Indonesia, Nepal, Philippines, Thailand and Vietnam. The contents of this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the opinion of The Global Fund.