

AJENG LARASATI | | DOMINGGUS CHRISTIAN | | YOHAN MISERO

INSTALASI PEMULIHAN  
KETERGANTUNGAN NAPZA

# PEMETAAN PEMULIHAN KETERGANTUNGAN NARKOTIKA DI INDONESIA



**MAINline**  
DRUGS & HEALTH

# Pemetaan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia

Ajeng Larasati || Dominggus Christian || Yohan Misero

Ajeng Larasati, Dominggus Christian, Yohan Misero | Agustus 2017

©2017 Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat

Tim Peneliti: Ajeng Larasati, Dominggus Christian, Yohan Misero, Herru Pribadi,  
Suwanto

Penyunting: Ricky Gunawan

Desain Sampul:Yosua Octavian

Diterbitkan oleh Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat

Tebet Timur Dalam VI E No. 3, Tebet

Jakarta Selatan, 12820

Indonesia

Penelitian ini didukung oleh Yayasan Mainline. Opini dan pandangan yang tertera dalam laporan penelitian ini adalah milik penulis dan tidak serta merta merefleksikan pandangan resmi dari Yayasan Mainline. Yayasan Mainline atau setiap orang yang bertindak atas nama mereka dapat dianggap bertanggung jawab atas penggunaan informasi yang terkandung dalam laporan penelitian ini.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar .....	v
Ringkasan Eksekutif.....	vi
Bab I. Pendahuluan .....	I
A. Latar Belakang: Perawatan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia .....	I
Keterlibatan Pemerintah dalam Pemulihan Ketergantungan Narkotika .....	I
Pemetaan Jenis Pemulihan dan Perawatan Ketergantungan Narkotika.....	2
B. Metodologi Penelitian .....	3
Pertanyaan Penelitian .....	3
Desain Penelitian .....	3
Pemilihan Lokasi Penelitian .....	4
Pengumpulan Data .....	6
Observasi .....	7
Keterbatasan Penelitian .....	7
Bab II. Penyelenggaraan Rehabilitasi Medis Oleh Kementerian Kesehatan.....	9
A. Dasar Hukum dan Pedoman Pelaksanaan .....	10
B. Jenis Rehabilitasi .....	11
C. Sarana, Pra-sarana dan Prosedur Pelayanan.....	13
D. Kriteria Keikutsertaan .....	14
E. Pembiayaan .....	16
F. Sumber Daya Manusia .....	18
Bab III. Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial Oleh Kementerian Sosial.....	20
A. Dasar Hukum dan Pedoman Pelaksanaan.....	20
B. Jenis Rehabilitasi, Sarana dan Pra-sarana .....	22
C. Metode Rehabilitasi Sosial.....	23
D. Kriteria Keikutsertaan .....	26
E. Pembiayaan .....	27
F. Sumber Daya Manusia .....	27
Bab IV. Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial Oleh Badan Narkotika Nasional.....	29
A. Latar Belakang.....	29
B. Jenis Rehabilitasi dan Pembiayaan .....	30



C. Metode Rehabilitasi.....	31
D. Kriteria Keikutsertaan.....	32
E. Sumber Daya Manusia.....	32
F. Dinamika Kehidupan di Rehabilitasi.....	34
Bab V. Penutup: Kesimpulan dan Rekomendasi .....	37
A. Kerangka Hukum.....	37
B. Metode Rehabilitasi .....	38
C. Inklusifitas Pasien .....	39
D. Sumber Daya Manusia.....	39
E. Penciptaan Lingkungan Kondusif.....	40
Daftar Pustaka.....	

## KATA PENGANTAR

“Indonesia sudah gawat narkoba.” Itu pesan yang disampaikan Presiden Joko Widodo, yang kemudian menjadi tanda dimulainya perang terhadap narkoba di bawah era kepresidenannya. Kegawatdaruratan ini, tambahnya, ditandai dengan, salah satunya, keberadaan 4,5 juta orang di Indonesia yang, dalam kalimatnya Joko Widodo, ‘terkena narkoba’. Terlebih lagi, 1,2 juta orang diantaranya yang ‘sudah tidak bisa direhabilitasi karena sudah terlanjur sangat parah’.

Tentunya pernyataan ini seharusnya diterjemahkan ke dalam kebijakan yang diharapkan dapat mengatasi kondisi tersebut. Salah satunya adalah penyediaan perawatan pemulihan ketergantungan narkoba, yang - harapannya - dapat membantu mengatasi persoalan penggunaan narkoba dan mempersiapkan mereka untuk berintegrasi kembali ke masyarakat. Pertanyaannya kemudian adalah, bagaimana sesungguhnya perawatan tersebut dilakukan di Indonesia?

LBH Masyarakat, melalui laporan penelitian ini, berusaha menyajikan informasi terkait dengan pelaksanaan program perawatan pemulihan ketergantungan narkoba di Indonesia. Laporan ini akan mencakup informasi seputar jenis, metode, keikutsertaan, pembiayaan, serta sumber daya lainnya. Ada banyak lika-liku pelaksanaan program ini yang kami temukan, yang pada akhirnya kami harapkan dapat membuka mata para pembaca semuanya akan realita pelaksanaan program pemulihan ketergantungan narkoba di Indonesia. Di bagian akhir, LBH Masyarakat menyajikan rekomendasi, yang kami yakini dapat membantu memperbaiki kualitas perawatan pemulihan ketergantungan narkoba di Indonesia ke depannya.

LBH Masyarakat juga ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya bagi pihak-pihak yang turut serta membantu pelaksanaan penelitian ini. Kepada Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, serta Badan Narkotika Nasional yang telah membukakan pintunya untuk dapat kami wawancarai dan kami mintakan ijin berkunjung ke fasilitas rehabilitasi di bawah penyelenggaraannya masing-masing. Kepada seluruh pasien, dokter, konselor, perawat, maupun manajemen fasilitas rehabilitasi dari kesebelas fasilitas rehabilitasi yang kami kunjungi, wawancarai, dan observasi; yaitu YPI Nurul Ichsan, RS Jiwa Atma Husada, RSUD Sanglah, Yayasan Ar-Rahman, Yayasan Hikmah Syahadah, Balai Rehabilitasi Lido, Balai Rehabilitasi Badokka, AKSI NTB, Yayasan Karisma, Puskesmas Gambir, dan RSKO Cibubur.

Terima kasih ini juga kami sampaikan kepada Mainline Foundation yang telah membantu penelitian ini sejak dari awal perancangannya sampai akhirnya laporan penelitian ini dapat diterbitkan.

Tentunya penelitian ini hanyalah awalan dari serangkaian advokasi menuju kebijakan narkoba yang lebih manusiawi dan terbukti efektivitasnya di Indonesia.

Akhir kata, LBH Masyarakat percaya bahwa #PenjaraBukanSolusi, #KarenaSetiapManusiaBerharga.

Jakarta, Agustus 2017

LBH Masyarakat

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Pemerintah Indonesia memberikan amanat penyelenggaraan rehabilitasi narkotika kepada, awalnya, dua lembaga, yaitu Kementerian Kesehatan – untuk rehabilitasi medis, dan Kementerian Sosial – untuk rehabilitasi sosial. Di kemudian hari, seiring dengan munculnya kebutuhan untuk menyediakan rehabilitasi di wilayah-wilayah yang belum tertangani, Badan Narkotika Nasional (BNN) dimandatkan untuk (juga) menyelenggarakan rehabilitasi narkotika.

Dalam penelitian yang bertujuan untuk memetakan ragam jenis dan metode rehabilitasi, pembiayaan, serta aspek lainnya ini, tim peneliti secara berhati-hati memilih beberapa fasilitas rehabilitasi di bawah ketiga lembaga tersebut untuk dikunjungi dan diwawancarai. Totalnya, ada **empat puluh lima orang responden**, yang terdiri dari elemen manajemen fasilitas rehabilitasi, konselor, perawat, dokter, maupun pasien, yang tim peneliti wawancarai. Ada lima aspek utama yang tim peneliti coba lihat, yaitu: (1) **Dasar hukum**, termasuk pedoman pelaksanaan; (2) **Jenis rehabilitasi**, serta sarana dan prasarana yang tersedia; (3) **Persyaratan keikutsertaan dan inklusifitas kelompok-kelompok pengguna narkotika yang minoritas**, seperti anak, perempuan, dan orang dengan gangguan kejiwaan; (4) **Pembiayaan**, dan (5) **Sumber daya manusia**. Tim peneliti berusaha melihat kelima aspek tersebut, tetapi banyak atau sedikitnya informasi yang tim peneliti terima dari masing-masing responden untuk masing-masing aspek tersebut berbeda. Bahkan, dalam wawancara dengan responden yang berasal dari fasilitas rehabilitasi di bawah BNN, tim peneliti berhasil mendapatkan informasi lebih lengkap mengenai dinamika kehidupan di dalam fasilitas rehabilitasi tersebut – sesuatu yang tidak didapatkan dari wawancara dengan responden dari fasilitas rehabilitasi di bawah Kementerian Kesehatan maupun Kementerian Sosial.

Secara umum ada dua jenis rehabilitasi di Indonesia, yaitu rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Prinsipnya, masing-masing rehabilitasi ini dapat dijalankan melalui rawat inap maupun rawat jalan. Program terapi rumatan metadon, misalnya, masuk dalam kategori rehabilitasi medis yang dijalankan melalui mekanisme rawat jalan. Ada juga program rehabilitasi sosial yang dilakukan dengan mekanisme residensial, atau rawat inap, sebagaimana dilakukan oleh beberapa lembaga rehabilitasi yang dijalankan oleh komunitas atau masyarakat umum. Khusus untuk fasilitas rehabilitasi milik BNN, pembedaan rawat inap dan rawat jalan didasarkan tempat pelaksanaan rehabilitasi, di mana balai rehabilitasi BNN hanya menyediakan rehabilitasi melalui rawat inap untuk selama masa perawatan utamanya. Sedangkan untuk masa pasca perawatan (*aftercare*) dapat dilakukan melalui rawat jalan maupun rawat inap.

Beberapa fasilitas rehabilitasi bahkan memiliki pilihan rawat jalan maupun rawat inap, sehingga idealnya calon pasien dapat ikut menentukan mana yang lebih tepat untuknya dengan mempertimbangkan faktor lain, seperti pekerjaan dan pendidikan. Namun, di banyak fasilitas rehabilitasi yang hanya memiliki rawat inap

atau rawat jalan, kemungkinan calon pasien dapat menyesuaikan jenis perawatannya ini hilang.

Dari penelitian ini, tim peneliti menemukan bahwa setiap fasilitas rehabilitasi harus memiliki izin untuk menjalankan rehabilitasi, atau setidaknya terdaftar sebagai lembaga yang menyelenggarakan rehabilitasi di Kementerian terkait. Fasilitas rehabilitasi ini juga memiliki panduan penyelenggaraan rehabilitasinya masing-masing, yang kesemuanya didasarkan atau berpedoman pada panduan pelaksanaan yang ditetapkan oleh Kementerian terkait. Rumah sakit, atau Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang menyediakan rehabilitasi narkotika menggunakan panduan dari Kementerian Kesehatan, sedangkan fasilitas rehabilitasi yang didukung oleh Kementerian Sosial mendasarkan prosedur operasionalnya pada standar pelayanan minimum yang dibuat oleh Kementerian Sosial. Tim peneliti juga menemukan bahwa panduan dari Kementerian terkait ini cukup sering mengalami perubahan, sehingga tim pelaksana rehabilitasi harus menghabiskan waktu untuk mempelajari kembali atau menyesuaikan pedoman yang mereka punya dengan pedoman yang baru.

Sebagai bagian dari pedoman pelaksanaannya, seluruh fasilitas rehabilitasi mewajibkan pasien untuk menandatangani formulir persetujuan rehabilitasi. Beberapa bahkan meminta adanya perwakilan keluarga lainnya. Hal ini dilakukan sebagai bentuk antisipasi jika ke depannya terjadi hal-hal yang membutuhkan bantuan keluarga. Misalnya, jika seorang pasien metadon dirawat di luar kota, maka keluarganya dapat mewakili untuk mengambil dosis hariannya (untuk kemudian diantarkan kepada pasien tersebut).

Khusus untuk pasien anak, kehadiran orang tua atau wali ini menjadi syarat keikutsertaan. Beberapa responden mensinyalir kewajiban ini sebagai salah satu alasan mengapa jumlah pasien anak sedikit jumlahnya. Selain anak, tim peneliti juga menemukan minimnya jumlah pasien perempuan. Di beberapa fasilitas rehabilitasi, ketiadaan pasien perempuan ini sedikit banyak dipengaruhi oleh keterbatasan sarana prasarana yang tidak dapat mengakomodir kebutuhan pasien perempuan. Namun juga ada faktor-faktor lain yang tim peneliti tidak dapat eksplorasi sepenuhnya karena bukan merupakan tujuan dari penelitian ini.

Terkait dengan pembiayaan, tim peneliti mendapatkan keberagaman informasi dan data. Semua fasilitas rehabilitasi milik BNN memberikan layanannya dengan gratis. Seluruh dana didapatkan dari anggaran BNN. Fasilitas rehabilitasi di bawah Kementerian Sosial yang tim peneliti kunjungi juga memberikan rehabilitasi secara gratis. Walaupun Kementerian Sosial hanya menyediakan dana untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien (seperti makanan dan tim pelaksana rehabilitasi), fasilitas rehabilitasi tersebut umumnya mendapat bantuan dana dari masyarakat, maupun lembaga donor. Namun, pasien di fasilitas rehabilitasi di bawah Kementerian Kesehatan umumnya masih harus merogoh koceknya sendiri untuk membayar selisih biaya karena Kementerian Kesehatan sudah menentukan satuan biaya yang dapat ditanggung oleh fasilitas rehabilitasi. Misalnya, pasien



di Puskesmas yang berasal dari luar wilayah operasi Puskesmas masih harus membayar biaya retribusi setiap mengakses layanan. Adanya selisih yang harus pasien bayar ini, berdasarkan hasil wawancara dengan responden, menyebabkan penurunan jumlah pasien.

Tim peneliti juga melihat kapasitas tim pelaksana rehabilitasi, misalnya dengan memastikan mereka mendapatkan pelatihan yang sesuai dengan perannya, termasuk bagi mereka yang berprofesi sebagai pekerja sosial yang ditempatkan di fasilitas rehabilitasi. Walaupun sebagian besar tim pelaksana rehabilitasi pernah mendapatkan pelatihan sesuai dengan peran yang diberikan kepadanya, beberapa di antara mereka baru mendapat pelatihan setelah mereka menjalani peran mereka untuk waktu beberapa lama. Beberapa lainnya masih belum mendapat pelatihan - sebagian besar adalah tim pelaksana di fasilitas rehabilitasi di bawah Kementerian Kesehatan.

Selain persoalan pelatihan yang sesuai dengan perannya, tim peneliti juga mendapat informasi mengenai tingginya kemungkinan terjadi rotasi pada fasilitas rehabilitasi di bawah Kementerian Kesehatan. Rotasi ini bukan hanya terjadi antar-lembaga, tetapi juga antar lembaga, di mana, misalnya, seorang perawat di program rehabilitasi dipindah ke program lainnya di lembaga yang sama. Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri karena berpotensi besar menempatkan seseorang yang belum memiliki kapasitas dan pengetahuan sebagai perawat pemulihan ketergantungan narkotika.

Berangkat dari hasil temuan di atas, tim peneliti merancang rekomendasi yang tim peneliti percaya dapat membantu meningkatkan kualitas perawatan pemulihan ketergantungan narkotika. Dari segi peraturan, termasuk pedoman pelaksanaan, tim peneliti merekomendasikan agar pedoman dari Kementerian tidak berubah terlalu sering. Jika pun akan berubah, Kementerian terkait harus memastikan bahwa pedoman yang baru terdiseminasi dengan baik, bukan hanya secara formal menginformasikan adanya perubahan tanpa memastikan tim pelaksana rehabilitasi betul-betul tahu dan paham perubahan yang terjadi.

Untuk metode rehabilitasi, tim peneliti memberikan perhatian lebih terhadap penggunaan metode rehabilitasi yang belum didukung oleh bukti ilmiah akan keefektivitasannya. Tim pelaksana rehabilitasi maupun Kementerian terkait harus memastikan bahwa metode yang digunakan adalah metode yang sudah teruji tingkat keberhasilan. Hal ini mungkin juga berarti memastikan bahwa layanan medis dan psikososial dapat diakses di satu atap, sehingga pasien bisa mendapatkan perawatan pemulihan ketergantungan narkotika secara komprehensif. Pentingnya akses yang mudah terhadap layanan medis dan psikososial juga terkait dengan pengakuan bahwa tiap-tiap pasien memiliki kebutuhan yang berbeda satu sama lain, bergantung pada kondisi, jenis pemakaian, dan juga jenis narkotika yang dikonsumsi.

Sebagai penutup, tim peneliti juga merekomendasikan agar tiap-tiap fasilitas rehabilitasi dapat memastikan inklusifitas layanan yang mereka berikan,

setidaknya bagi perempuan dan anak. Layanan harus dapat mengakomodir kebutuhan khusus pasien perempuan dan anak - termasuk memastikan tim pelaksana rehabilitasi memiliki kapasitas dan sensitifitas untuk melayani pasien perempuan dan anak. Hal ini dapat terwujud dengan ditingkatkannya pelatihan bagi tim pelaksana rehabilitasi - baik secara kualitas maupun kuantitas. Kementerian terkait juga harus memastikan bahwa pelatihan ini tersedia secara merata bagi seluruh fasilitas rehabilitasi di Indonesia.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang: Perawatan Pemulihan Ketergantungan Narkotika di Indonesia

Pada bulan Desember 2016, Presiden Republik Indonesia, Joko Widodo, menyampaikan pidato di Monumen Nasional (Monas), Jakarta, menegaskan bahwa Indonesia sedang berada di dalam kondisi darurat narkotika. Ketika itu, Presiden Joko Widodo tengah menghadiri acara pemusnahan barang bukti narkotika yang dilakukan oleh Kepolisian Nasional Republik Indonesia (Polri) dan Badan Narkotika Nasional (BNN). Presiden Joko Widodo mengatakan, “kalau lihat barang seperti ini, kita harus nyatakan perang besar terhadap narkoba.”<sup>1</sup>

Narasi perang terhadap narkotika telah menempatkan penekanan berat pada penggunaan praktik-praktik penegakan hukum narkotika yang punitif. Namun sesungguhnya hal tersebut tidaklah lantas menghilangkan pentingnya aspek kesehatan pemulihan ketergantungan narkotika dari diskursus publik yang ada. Situasi ini justru juga terus membawa diskusi seputar perawatan ketergantungan narkotika ke pusat perhatian. Justifikasi Presiden Joko Widodo dalam menyatakan perang terhadap narkotika adalah adanya statistik kematian karena narkotika setiap harinya. Angka tersebut, terlepas dari metodologinya yang lemah<sup>2</sup>, dapat merepresentasikan adanya kebutuhan akan, dan mungkin membahas derajat efektivitas, perawatan ketergantungan narkotika di Indonesia.

### Keterlibatan Pemerintah dalam Pemulihan Ketergantungan Narkotika

Dalam konteks kebijakan narkotika Indonesia, sayangnya, topik mengenai rehabilitasi narkotika di Indonesia tidak dapat dipisahkan dari permasalahan kriminalisasi terhadap pemakai narkotika. Hal ini disebabkan rezim kriminalisasi pemakaian narkotika yang terkandung di dalam UU Narkotika masih mengadopsi sistem wajib lapor bagi pemakai narkotika. Sistem ini pada dasarnya mengatur bahwa pemakai narkotika wajib menjalani rehabilitasi di tempat-tempat yang

---

<sup>1</sup> Lihat artikel berita berikut (dalam Bahasa Indonesia):<http://www.dw.com/id/presiden-jokowi-pimpin-langsung-pemusnahan-narkoba-di-monas/a-36660267>.

<sup>2</sup> Permasalahan ini pernah dikritik oleh sejumlah akademisi terkemuka dari berbagai institusi di dalam dan luar negeri. Lihat, misalnya:<http://theconversation.com/indonesia-uses-faulty-stats-on-drug-crisis-to-justify-death-penalty-36512>, dan <https://www.theguardian.com/world/2015/jun/05/experts-criticise-data-used-by-indonesia-to-justify-punitive-drugs-policies>.

telah ditentukan oleh pemerintah jika mereka ingin menghindari penuntutan pidana. Seluruh tempat/fasilitas rehabilitasi narkotika yang tim peneliti kunjungi dan bahas di laporan penelitian ini adalah tempat-tempat dalam konteks sistem wajib lapor tersebut.

Dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika (UU Narkotika), Indonesia membedakan pengobatan dan perawatan ketergantungan narkotika menjadi dua jenis kategori, yakni: rehabilitasi medis, dan rehabilitasi sosial.<sup>3</sup> UU Narkotika mengatur bahwa penyelenggaraan rehabilitasi medis berada di bawah kewenangan Kementerian Kesehatan (Kemenkes), sementara pengelolaan rehabilitasi sosial berada di bawah kewenangan Kementerian Sosial (Kemensos). Nampaknya, pembedaan dua jenis rehabilitasi ini tidaklah didasarkan pada pertimbangan berbasis ilmiah, melainkan karena pertimbangan kepraktisan dan penganggaran. Tetapi pada praktiknya, terdapat lebih dari dua kementerian/lembaga negara yang terlibat dalam hal penyelenggaraan rehabilitasi narkotika. BNN dan Polri misalnya juga terlibat dalam penyediaan fasilitas rehabilitasi narkotika. Lebih jauh lagi, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) juga memiliki anggaran untuk mendukung program pemulihan adiksi berbasis masyarakat/komunitas). Lembaga pemasyarakatan (Lapas), yang berada di bawah naungan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (Kemenkumham), juga memiliki fasilitas rehabilitasi narkotika.

Keterlibatan banyak pemangku kepentingan dalam konteks pemulihan ketergantungan narkotika di atas telah menciptakan situasi di mana terdapat banyak tipe pengobatan dan perawatan ketergantungan narkotika yang disediakan oleh pemerintah. Hanya saja, nampaknya hingga kini belum ada satu studi di Indonesia yang mendokumentasikan ragam jenis model rehabilitasi narkotika yang ditawarkan oleh pemerintah.

## **Pemetaan Jenis Pemulihan dan Perawatan Ketergantungan Narkotika**

Berangkat dari uraian tersebut di atas, penelitian ini dirancang dengan maksud untuk memetakan jenis-jenis rehabilitasi narkotika yang ditawarkan oleh sejumlah kementerian/lembaga negara, serta metodologi yang mereka gunakan. Pemetaan seperti ini bisa saja berguna bagi masyarakat luas, tetapi juga termasuk bagi komunitas pemakai narkotika dalam hal menentukan model rehabilitasi seperti apa yang cocok dengan kebutuhan dan persoalan adiksi mereka. Tetapi lebih penting dari itu, penelitian ini diharapkan dapat membuka jalan untuk penelitian lebih lanjut guna memberikan penilaian jenis-jenis rehabilitasi narkotika yang tersedia.

---

<sup>3</sup> Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika (UU Narkotika), Pasal 1 angka 16 dan 17.

Faktor di atas mengenai wajib lapor itu adalah aspek penting untuk dipahami apabila akan diperlukan studi lanjutan yang hendak mengukur tingkat efektivitas rehabilitasi yang ada di Indonesia. Sebab, studi lanjutan itu harus bisa secara hati-hati membedakan klien institusi wajib lapor (IPWL) dengan mereka yang mendaftar di fasilitas rehabilitasi tersebut secara sukarela. Masih dalam konteks itu, studi lanjutan tersebut hendaknya juga dapat membedakan data mengenai rehabilitasi yang berdasarkan kesukarelaan dengan sistem IPWL.

## **B. Metodologi Penelitian**

### **Pertanyaan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metodologi deskriptif dan akan fokus pada implementasi rehabilitasi narkotika di fasilitas-fasilitas yang tim peneliti kunjungi. Penelitian ini hendak menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Institusi apa saja yang menyediakan rehabilitasi narkotika dalam kewenangan Kemenkes, Kemensos dan BNN?
2. Bagaimana institusi tersebut menyediakan program rehabilitasi bagi pasiennya? Apa saja fasilitas dan layanan yang tersedia di fasilitas tersebut?

### **Desain Penelitian**

Mengingat laporan penelitian ini hendak memotret metodologi pengobatan dan perawatan ketergantungan narkotika yang komunitas pemakai narkotika di Indonesia jalani, tim peneliti memilih untuk menggunakan pendekatan kualitatif. Ada tiga metode yang digunakan, yaitu:

- Tinjauan hukum yang terkait dengan pemulihan ketergantungan narkotika,
- Observasi lapangan, serta
- Wawancara semi-terstruktur dengan pemberi layanan pemulihan ketergantungan narkotika, dan pasien

Dengan menggunakan metode ini, tim peneliti dapat mengamati ragam jenis pengobatan dan perawatan ketergantungan narkotika di Indonesia dengan mendengarkan langsung pengalaman dari para subjek yang terlibat dalam penyelenggaraan rehabilitasi narkotika.

Tim peneliti mengumpulkan data dari fasilitas-fasilitas yang menjalankan program rehabilitasi narkotika. Seperti telah dijelaskan di atas, terdapat beberapa jenis rehabilitasi narkotika di Indonesia, dan dalam penelitian ini kategorisasi rehabilitasi yang akan dipelajari di laporan ini merujuk pada perbedaan



rehabilitasi berdasarkan hukum dan kebijakan narkotika Indonesia. Terkait dengan adanya perbedaan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial, tim peneliti memilih beberapa fasilitas rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial di bawah naungan Kemenkes dan Kemensos, serta pemulihan ketergantungan narkotika yang berada di bawah BNN.

## Pemilihan Lokasi Penelitian

Penentuan fasilitas ini dilakukan dalam beberapa tahapan. **Pertama**, tim peneliti bertemu terlebih dahulu dengan pejabat yang berwenang di masing-masing kementerian/lembaga tersebut. Pertemuan ini bertujuan untuk membahas jenis rehabilitasi yang tersedia di bawah pengawasan mereka.

**Kedua**, tim peneliti kemudian bertemu dengan sejumlah pakar, peneliti dan/atau praktisi untuk membahas rancangan penelitian ini. Adapun para pakar yang tim peneliti telah temui dalam rangka menjalankan penelitian ini adalah:

1. Sam Nugraha, Direktur Rumah Singgah PEKA Bogor, yang memiliki pengalaman dalam menjalankan fasilitas rehabilitasi;
2. Asmin Fransiska, dosen hukum HAM di Universitas Katolik Indonesia Atmajaya Jakarta dan peneliti di Pusat Penelitian HIV/AIDS Atmajaya, yang memiliki pengetahuan mendalam di dalam bidang kebijakan narkotika, HIV/AIDS dalam konteks hukum dan HAM; dan
3. Sabarinah Prasetyo, peneliti di Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (PPK-UI), yang memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam hal penelitian berkaitan dengan persoalan adiksi narkotika.

Setelah bertemu dengan kementerian/lembaga negara tersebut, dan para pakar, tim peneliti kemudian menentukan institusi-institusi di bawah ini:

Nama Fasilitas dan Lokasi	Berada di bawah pengawasan	Pertimbangan Pemilihan
Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Cibubur, Jakarta Timur	Kemenkes	Salah satu yang fasilitas rehabilitasi narkotika yang paling unggul di Jakarta
Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada, Samarinda, Kalimantan Selatan	Kemenkes	Faktor kekhususan sebagai rumah sakit jiwa, penting untuk melihat jika ada perbedaan layanan yang tersedia

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar, Bali	Kemenkes	Salah satu rumah sakit pertama di Indonesia yang menyediakan layanan terapi rumatan metadon
Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Gambir, Jakarta	Kemenkes	Salah satu dari sejumlah puskesmas di Indonesia yang menyediakan layanan terapi rumatan metadon dengan cara rawat jalan
Hikmah Syahadah di Tangerang, Banten	Kemensos	Menggunakan pendekatan Islami dengan metode rebus pasiennya untuk detoksifikasi narkotika
YPI Nurul Ichsan Al-Islami di Purbalingga, Jawa Tengah	Kemensos	Menggunakan pendekatan Islami dengan metode doa dan pelistrakan untuk mengobati ketergantungan narkotika
Yayasan Karisma, Jakarta	Kemensos	Menggunakan metode <i>therapeutic community</i> (TC), dan sering dijadikan sebagai rujukan Pengadilan dalam menjatuhkan vonis rehabilitasi
Yayasan Ar-Rahman	Kemensos	Dirujuk oleh Kemensos sebagai salah satu pemberi layanan rehabilitasi sosial yang dianggap berhasil
Aksi NTB	Kemensos	Menggunakan metode gabungan antara TC dan pemulihan adiksi berbasis komunitas, sekaligus untuk mewakili wilayah

		Indonesia Timur
Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido, di Sukabumi, Jawa Barat	BNN	Keduanya menggunakan metode <i>therapeutic community</i> di dalam program rawat inapnya bagi semua pasien terlepas apapun jenis narkotika yang mereka konsumsi
Balai Rehabilitasi BNN Badoka, di Makasar, Sulawesi Selatan	BNN	

Mengingat Polri juga memiliki fasilitas IPWL, tim peneliti memutuskan akan mengunjungi satu fasilitas rehabilitasi yang tersedia di Jakarta untuk mengetahui jenis layanan yang tersedia, yaitu RS Polri Bhayangkara<sup>4</sup>. Namun, tim peneliti tidak berhasil mendapatkan janji temu walaupun sudah bersurat. **Khusus untuk Rumah Tahanan (Rutan) dan Lapas yang menyediakan layanan rehabilitasi narkotika, tim peneliti memutuskan untuk tidak mengunjunginya dengan pertimbangan bahwa rehabilitasi narkotika yang diberikan di rutan dan lapas adalah rehabilitasi dalam konteks lingkungan tertutup (*closed settings*), dan bukan dalam keadaan “normal” di mana seorang pasien bisa secara bebas mengakses layanan tersebut.**

### Pengumpulan Data

Setibanya di fasilitas rehabilitasi, tim peneliti berusaha mewawancarai tiga pihak. Pihak pertama adalah Direktur/pimpinan lembaga atau staf administrasi pelaksana fasilitas rehabilitasi. Pihak kedua adalah pihak penyedia layanan rehabilitasi langsung yakni dokter, suster/perawat atau konselor; dan pihak ketiga adalah pasien itu sendiri. Namun, tentunya keberhasilan untuk bertemu dengan tiga pihak atau kurang bergantung pada situasi dan lembaga penyedia layanan rehabilitasi itu sendiri.

Data yang disasar oleh tim peneliti dengan mewawancarai ketiga kelompok tersebut berbeda satu dengan lainnya. Dari direktur atau staf administrasi, tim peneliti akan mencari tahu struktur institusi dan program yang ditawarkan oleh institusi tersebut. Sementara dari petugas layanan kesehatan, tim peneliti akan

---

<sup>4</sup>LBH Masyarakat sudah mengajukan permohonan izin kunjungan ke RS Polri Bhayangkara, Jakarta, dalam rangka melakukan penelitian lapangan. Tetapi hingga laporan ini mulai memasuki waktu penulisan di bulan Mei 2017, RS Polri Bhayangkara belum memberikan respon. Dengan demikian ulasan mengenai RS Polri Bhayangkara tidak dapat dimasukkan di laporan ini.

menelusuri lebih jauh mengenai kualifikasi atau kapasitas mereka dalam pemberian layanan rehabilitasi dan apakah mereka tahu atau pernah memberi keterangan ahli di persidangan pidana dalam kasus pemakai narkoba berhadapan dengan hukum. Hal ini penting guna memastikan bahwa pemulihan ketergantungan narkoba diberikan oleh tenaga kesehatan yang memang memiliki kualifikasi yang dibutuhkan. Terakhir, dari pasien itu sendiri, tim peneliti akan menggali pengalaman dan pandangan mereka mengenai rehabilitasi yang mereka jalani. Namun, sesuai dengan tujuan penelitian yang deskriptif ini, tim peneliti tidak menanyakan pendapat mereka mengenai efektivitas pelayanan.

Wawancara dilakukan dengan menggunakan panduan pertanyaan dengan jenis pertanyaan terbuka. Daftar pertanyaan ini dikembangkan oleh tim peneliti berdasarkan studi literatur dan konsultasi dengan para pakar. Tim peneliti meminta permohonan secara lisan untuk mencatat dan/atau merekam kepada setiap pihak yang diwawancarai. Namun, atas dasar resiko yang mungkin muncul terhadap responden, tim peneliti memutuskan untuk tidak melakukan referensi secara langsung kepada masing-masing responden yang informasinya digunakan. Secara keseluruhan, tim peneliti mewawancarai delapan orang manajemen institusi rehabilitasi, dua puluh dua orang tenaga kesehatan (termasuk staf administrasi, konselor dan perawat), delapan orang pasien, serta tujuh orang dokter penanggung jawab rehabilitasi.

## **Observasi**

Metode pengumpulan data tidak akan diperoleh melalui wawancara saja, mengingat penelitian ini juga dilakukan dengan cara observasi lapangan. Tim peneliti akan mengunjungi fasilitas rehabilitasi yang telah ditentukan dan mengamati secara dekat layanan yang diberikan untuk mendapatkan gambaran fisik fasilitas pemulihan ketergantungan narkoba. Observasi lapangan ini diharapkan oleh tim peneliti dapat memperkaya deskripsi metode rehabilitasi yang tim peneliti temui di lapangan.

## **Keterbatasan Penelitian**

Tim peneliti menyadari sedikitnya penelitian yang ada sebelumnya mengenai rehabilitasi narkoba di Indonesia. Hal ini menempatkan tim peneliti di posisi yang tidak mudah untuk menentukan variabel data yang harus dicari tahu atau digali. Terlepas dari tantangan tersebut, penelitian ini hendak mengumpulkan data yang diperlukan untuk memahami setiap jenis rehabilitasi narkoba yang ada dan kemudian akan dikategorikan.

Keterbatasan penelitian ini bergantung pada kesediaan kementerian/lembaga negara untuk ditemui, maupun fasilitas rehabilitasi untuk dikunjungi. Selain itu, pun sebuah fasilitas rehabilitasi mengizinkan kunjungan penelitian dari tim

peneliti, mereka bisa saja menolak permintaan tim peneliti untuk mewawancarai pasien mereka.



## BAB II

# PENYELENGGARAAN REHABILITASI MEDIS OLEH KEMENTERIAN KESEHATAN

Undang-Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika (UU Narkotika) mengamanatkan jaminan pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalahguna dan pecandu narkotika. Kementerian Kesehatan (Kemenkes), dalam hal ini Menteri Kesehatan, memiliki kewenangan untuk mengatur pelaksanaan rehabilitasi medis, termasuk metode penyembuhan pecandu narkotika yang menggunakan pendekatan agama maupun tradisional.<sup>5</sup> Dalam penelitian ini, tim peneliti mengunjungi 4 (empat) fasilitas rehabilitasi medis guna melihat bagaimana pelaksanaan rehabilitasi medis di tempat mereka. Keempat fasilitas tersebut adalah Rumah Sakit Ketergantungan Obat, Jakarta (RSKO Jakarta); Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada, Samarinda (RSJ Atma Husada); Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar (RS Sanglah); dan Pusat Kesehatan Masyarakat Gambir, Jakarta (Puskesmas Gambir). Selain itu, tim peneliti juga mewawancarai Kepala Seksi Bimbingan dan Evaluasi Sub-bidang Napza Kemenkes Republik Indonesia.

Sebelum masuk pada pembahasan mengenai bagaimana rehabilitasi medis di bawah Kemenkes diatur dan dilaksanakan, terlebih dulu akan dibahas mengenai terminologi, sistem pelaksanaan rehabilitasi medis serta penerima rehabilitasi medis di Indonesia.

**Pertama**, UU Narkotika menggunakan tiga jenis terminologi untuk merujuk orang yang menggunakan narkotika, yaitu pecandu, penyalahguna, dan korban penyalahguna. Pecandu diartikan sebagai orang yang memakai narkotika yang telah memasuki fase ketergantungan, yang ketika penggunaannya dihentikan akan menimbulkan kekhasan gejala medis. Penyalahguna adalah orang yang memakai narkotika tanpa hak dan melawan hukum. Sebagai contoh, pasien metadon yang mengonsumsi metadon dosis pribadinya bukanlah penyalahguna. Terakhir, seseorang dikatakan sebagai korban penyalahguna jika pemakaian narkotika dilakukannya atas dasar paksaan atau ancaman. Untuk konsistensi penulisan, tim peneliti akan menggunakan istilah pengguna narkotika, kecuali secara spesifik disebut berbeda oleh UU Narkotika atau kerangka hukum lainnya.

**Kedua**, Peraturan Kementerian Kesehatan nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahgunaan dan Korban Penyalahgunaan Narkotika (untuk selanjutnya disebut Permenkes 2415/2011) menyebutkan bahwa rehabilitasi medis dapat dilaksanakan di Rumah Sakit, Puskesmas, atau lembaga rehabilitasi tertentu yang menyelenggarakan rehabilitasi medis, baik yang

---

<sup>5</sup>UU Narkotika, Pasal 57.

dimiliki oleh pemerintah, pemerintah daerah, maupun masyarakat.<sup>6</sup> Selain fasilitas rehabilitasi medis tersebut, Indonesia juga mengenal mekanisme lainnya yang disebut dengan wajib lapor.<sup>7</sup>

**Terakhir**, UU Narkotika menyebutkan bahwa pecandu dan korban penyalahgunaan narkotika wajib menjalani rehabilitasi.<sup>8</sup> Disebutkan juga bahwa pihak yang memiliki kewajiban untuk melakukan lapor diri adalah pecandu, atau orang tua/wali pecandu narkotika. Namun, sesuai dengan arahan dari Menteri Kesehatan, rehabilitasi medis narkotika juga ditujukan untuk penyalahguna narkotika, baik yang sukarela maupun yang dirujuk selama menjalani proses peradilan pidana.<sup>9</sup> Hal ini berarti, pengguna narkotika yang direhabilitasi tersebut bisa saja tidak memiliki gejala ketergantungan terhadap narkotika, seperti misalnya mereka yang menghisap ganja.<sup>10</sup>

## **A. Dasar Hukum dan Pedoman Pelaksanaan**

Sampai tahun 2015, terdapat 434 fasilitas rehabilitasi medis yang termasuk institusi penerima wajib lapor di seluruh Indonesia, yang berada di bawah Kemenkes. Untuk mengatur pelaksanaan rehabilitasi medis, Kemenkes telah mengeluarkan beberapa peraturan dan keputusan menteri mengenai rehabilitasi medis dan institusi penerima wajib lapor yang wajib dipatuhi oleh fasilitas rehabilitasi medis. Peraturan-peraturan ini memberikan norma, standar, prosedur dan kriteria pelaksanaan rehabilitasi medis. **Beberapa peraturan yang sangat vital termasuk Permenkes 2415/2011 yang menjadi dasar hukum penyelenggaraan rehabilitasi medis milik pemerintah maupun masyarakat, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Wajib Lapor Rehabilitasi Medis bagi Pecandu, Penyalahguna dan Korban Penyalahgunaan Narkotika**

---

<sup>6</sup> Peraturan Menteri Kesehatan nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahgunaan dan Korban Penyalahgunaan Narkotika (Permenkes 2415/2011), Pasal 2.

<sup>7</sup> Wajib lapor, sebagai amanat dari UU Narkotika, dilakukan dengan dua cara, medis dan sosial. Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) rehabilitasi medis ditentukan oleh Menteri Kesehatan. Dalam pelaksanaannya, Menteri Kesehatan dapat menunjuk fasilitas rehabilitasi medis menjadi IPWL. Konsekuensinya, fasilitas yang menjadi IPWL mendapatkan dukungan pembiayaan dari pemerintah. Tetapi, ada pula fasilitas rehabilitasi medis lainnya yang tidak tergabung sebagai IPWL. Sampai pada tahun 2015, terdapat 434 IPWL yang berada di bawah pengawasan Kemenkes. Pengaturan mengenai kerangka konsep wajib lapor itu sendiri diatur secara khusus dalam Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika (PP Wajib Lapor).

<sup>8</sup> UU Narkotika, Pasal 54.

<sup>9</sup> Permenkes 2415/2011.

<sup>10</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Wajib Lapor Rehabilitasi Medis bagi Pecandu, Penyalahguna, dan Korban Penyalahgunaan Narkotika (Permenkes 50/2015).

**(Permenkes 50/2015) yang menjadi landasan pedoman pelaksanaan rehabilitasi medis penggu.** Selain peraturan yang bersifat umum ini, terdapat juga beberapa peraturan yang mengatur spesifik jenis rehabilitasi yang diberikan, misalnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 57 tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) – salah satu jenis rehabilitasi medis yang akan dijelaskan lebih lanjut di bawah.

Dari hasil penelusuran literatur, tim peneliti menemukan bahwa peraturan-peraturan terkait dengan pelaksanaan rehabilitasi medis dan wajib lapor ini sering kali mengalami pergantian. Ambil contoh peraturan mengenai tata cara pelaksanaan wajib lapor pecandu narkoba yang terus berubah hampir setiap tahunnya. Di tahun 2012, pelaksanaan wajib lapor menggunakan Keputusan Menteri Kesehatan No. 228/MENKES/SK/VII/2012. Peraturan ini dicabut seiring dengan diberlakukannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 37 Tahun 2013 yang juga mengatur tentang tata cara pelaksanaan wajib lapor. Dua tahun kemudian, peraturan ini dicabut dengan adanya Permenkes 50/2015, yang masih berlaku sampai pada saat laporan ini dibuat.

## B. Jenis Rehabilitasi

Rehabilitasi medis dapat dilakukan dengan beberapa cara, baik melalui rawat jalan maupun rawat inap.<sup>11</sup> Rawat jalan maupun rawat inap dapat dilakukan dengan menggunakan kombinasi intervensi yang dapat dilihat pada tabel di bawah. Masing-masing fasilitas rehabilitasi medis dapat memilih cara yang sesuai dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya mereka. Puskesmas Gambir, misalnya, hanya memberikan rehabilitasi medis dengan bentuk rawat jalan PTRM, sedangkan RSJ Atma Husada di Samarinda memiliki rawat jalan PTRM rawat jalan bagi pengguna narkoba non-jarum suntik, serta rawat inap. RS Sanglah memberikan terapi biopsikosial bagi pasiennya. Sementara itu RSKO, sebagai rumah sakit rujukan, memiliki beragam jenis rehabilitasi, seperti rawat jalan, rawat inap dengan bermacam periode, serta intervensi sosial, kesenian, spiritual dan psikososial.

Seperti dapat dilihat di tabel 1 di bawah, fasilitas rehabilitasi di bawah Kemenkes menggunakan metode rehabilitasi yang berbasis ilmiah. Namun demikian, kebanyakan dari fasilitas rehabilitasi ini tidak memiliki jenis rehabilitasi yang dapat menangani persoalan penggunaan narkoba jenis *amphetamine-type stimulants* (ATS). Dari keempat fasilitas rehabilitasi medis yang tim peneliti kunjungi, hanya RSJ Atma Husada dan RSKO Jakarta yang memiliki jenis rehabilitasi untuk pengguna ATS. Perawatan ini pun berfokus pada intervensi yang bersifat simtomatik. Sisanya menggunakan metode yang sama terlepas dari jenis narkoba yang digunakan.

---

<sup>11</sup>Permenkes2415/2011, Pasal 10.

Tabel 1. Jenis Rehabilitasi Medis di Indonesia

Rawat Jalan	Intervensi Medis	Detoksifikasi Terapi simtomatik Terapi rumatan Terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi
	Terapi Psikososial	Konseling adiksi narkotika Wawancara motivasional Terapi perilaku dan kognitif Pencegahan kambuh
Rawat Inap	Intervensi Medis	Detoksifikasi Terapi simtomatik Terapi penyakit komplikasi sesuai indikasi
	Intervensi Psikososial	Konseling individual, kelompok, keluarga, dan vokasional
	Pendekatan filosofi <i>therapeutic community</i> (TC) dan/atau metode 12 langkah dan pendekatan filosofi lain yang telah teruji	

Jenis rehabilitasi yang akan pasien jalani dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk tingkat keseriusan adiksi pasien, zat yang calon pasien konsumsi dan tipe pasien yang menjalani rehabilitasi.

Terdapat tiga kelompok pasien yang direhabilitasi, yaitu (1) pasien sukarela; (2) pasien yang menjalani proses hukum, misalnya pengguna narkotika yang ditangkap polisi karena kedapatan memiliki narkotika; serta (3) pasien yang menjalani rehabilitasi berdasarkan vonis Pengadilan, yaitu pengguna narkotika yang diputus bersalah melakukan tindak pidana (umumnya tindak pidana narkotika) dan dihukum menjalani rehabilitasi. Kelompok pertama dan kedua harus menjalani asesmen yang dilakukan oleh tim pelaksana rehabilitasi di fasilitas setempat, untuk kemudian ditentukan jenis rehabilitasi yang akan dijalani. Kriteria yang

dilihat adalah tingkat keseriusan penggunaan dan zat yang digunakan. Tim pelaksana di RSKO Jakarta secara jelas menyebutkan bahwa fasilitas mereka menggunakan DSM VI<sup>12</sup> untuk menentukan jenis rehabilitasi yang akan dijalani.

Kesemua fasilitas rehabilitasi medis yang tim peneliti wawancarai menyatakan bahwa mereka sering kali menerima rujukan dari penegak hukum<sup>13</sup> untuk merehabilitasi tersangka maupun terpidana. Bagi pasien yang berstatus tersangka, jenis rehabilitasi biasanya ditentukan berdasarkan hasil asesmen tim asesmen terpadu (TAT). Namun, tidak jarang jenis rehabilitasi harus disesuaikan dengan ketersediaan jenis layanan yang ada di fasilitas tersebut, terutama apabila fasilitas tersebut hanya memiliki satu jenis rehabilitasi seperti Puskesmas Gambir. Pasien yang berstatus terpidana tidak memiliki pilihan selain mengikuti rehabilitasi rawat inap untuk setidaknya-tidaknya tiga bulan pertama. Hal ini sesuai dengan Permenkes 50/2015, yang juga terverifikasi dalam kunjungan penelitian. Oleh karena itu, seringnya setiap pasien yang datang menjalani jenis layanan yang sama terlepas dari adanya kebutuhan mereka yang berbeda-beda.

### C. Sarana, Pra-sarana dan Prosedur Pelayanan

Berkebalikan dengan kriteria keikutsertaan, Kemenkes mengatur kriteria yang harus dipenuhi oleh fasilitas rehabilitasi yang menyelenggarakan rawat jalan dan rawat inap. **Terdapat perbedaan kriteria antara rawat jalan dengan rawat inap. Misalnya, fasilitas rehabilitasi rawat jalan tidak wajib memiliki tempat tidur untuk durasi perawatan setidaknya tiga bulan, sebagaimana rawat inap.** Namun, fasilitas rehabilitasi rawat jalan wajib memiliki ruang pemeriksaan dan intervensi psikososial.

Terdapat pula kriteria yang wajib dimiliki baik oleh semua fasilitas rehabilitasi, yaitu prosedur operasional yang baku. Semua fasilitas rehabilitasi yang tim peneliti kunjungi memang telah memiliki prosedur operasional masing-masing. Prosedur operasional yang dibuat oleh manajemen fasilitas rehabilitasi ini mengatur lebih detail mengenai tata laksana pelayanan yang berpedoman pada Permenkes 50/2015. Dari hasil kunjungan tim peneliti, selain termaktub dalam peraturan internal setiap fasilitas rehabilitasi, prosedur pelayanan biasanya

---

<sup>12</sup>*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) adalah sebuah kriteria standar untuk klasifikasi gangguan kejiwaan yang digunakan oleh tenaga kesehatan jiwa di Amerika Serikat. Pertama kali dikeluarkan oleh American Psychiatric Association di tahun 1952, sampai saat ini telah dibuat lima edisi DSM. DSM umum digunakan untuk menilai tingkat ketergantungan narkotika seseorang guna memilih rehabilitasi seperti apa yang dibutuhkan. Lihat lebih jauh di <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

<sup>13</sup>Penegak hukum merujuk pada Kepolisian, Kejaksaan, maupun Pengadilan setempat.

menjadi bagian dari formulir persetujuan yang ditandatangani calon pasien sebelum mengikuti rehabilitasi.

Prosedur pelayanan penting bagi tim pelaksana rehabilitasi sebagai panduan kerja dan juga bagi pasien rehabilitasi medis itu sendiri. Berbekal informasi mengenai prosedur pelayanan, pasien memiliki kesempatan untuk memeriksa apabila ada pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur. Aksesibilitas terhadap informasi adalah bagian penting dari pemenuhan hak atas kesehatan. Puskesmas Gambir, misalnya, memajang prosedur pelayanan di dinding informasi depan ruang PTRM. Beberapa fasilitas rehabilitasi lainnya menyatakan bahwa pasien dapat meminta dokumen tersebut kapan saja kepada tim pelaksana. Sebagai gantinya, fasilitas-fasilitas rehabilitasi tersebut menampilkan alur pelayanan singkat di dinding informasi. Tentunya kedua hal ini memiliki dampak yang berbeda. Walaupun sudah tercantum dalam formulir persetujuan, akan jauh lebih baik apabila prosedur layanan yang detail tersedia di setiap fasilitas rehabilitasi dan dapat diakses dengan mudah oleh pasien.

#### D. Kriteria Keikutsertaan

Kemenkes tidak menyediakan peraturan khusus mengenai syarat keikutsertaan seseorang sebagai pasien rehabilitasi medis. Kewenangan untuk menentukan syarat-syarat keikutsertaan dipegang oleh fasilitas terkait. Namun, **Kemenkes mengatur secara tegas bahwa keikutsertaan seseorang sebagai pasien rehabilitasi harus dengan persetujuan (*informed consent*) orang tersebut.** Berdasarkan hasil wawancara, semua tim pelaksana rehabilitasi medis yang diwawancarai menyatakan bahwa persetujuan pasien menjadi salah satu syarat keikutsertaan. Hal ini terbukti dari dokumentasi formulir persetujuan rehabilitasi yang ditandatangani oleh pasien. Walaupun, dalam penelitian terdahulu, tim peneliti menemukan bahwa sekitar 7% dari pasien yang menjalani rehabilitasi melalui wajib lapor menyatakan bahwa keikutsertaannya tidak dilakukan dengan sukarela.<sup>14</sup> Selain itu, semua fasilitas rehabilitasi yang diwawancarai juga mensyaratkan adanya keluarga/wali. Keberadaan keluarga/wali ini menjadi penting dalam beberapa situasi, misalnya terjerat proses hukum ataupun dalam mengakses dosis bawa pulang (*take home dose*).

##### Pasien dengan Diagnosis Gangguan Kejiwaan (*Dual Diagnosis*)

Sayangnya, karena keterbatasan sumber daya, tidak semua fasilitas rehabilitasi dapat mengakomodir pasien dengan diagnosis gangguan/masalah kejiwaan. Umumnya, fasilitas rehabilitasi yang hanya menyediakan rawat jalan-lah yang tidak dapat menerima pasien dengan

---

<sup>14</sup>Albert Wirya, dan Yohan Misero, *The Trip to Nobody Knows Where: Examining the Effectiveness of Indonesia's Compulsory Report Program for Drug Users and Its Compliance to the International Human Rights Standards*, Jakarta: LBH Masyarakat, Maret 2016, hal. 15.

diagnosis kejiwaan, seperti Puskesmas Gambir. Jika dalam satu fasilitas rehabilitasi memiliki rawat jalan dan rawat inap, pasien dengan diagnosis kejiwaan akan dirujuk ke bagian rawat inap, seperti yang dilakukan di RS Sanglah dan RSJ Atma Husada.<sup>15</sup>

### Anak

Tidak semua fasilitas rehabilitasi menerima pasien anak. Berdasarkan informasi dari responden, keterbatasan ini disebabkan oleh terbatasnya sumber daya mereka, misalnya ketiadaan akomodasi yang terpisah antara dewasa dengan anak. Selain itu, beberapa fasilitas rehabilitasi tidak dapat memberikan rehabilitasi bagi anak karena ketiadaan orang tua/wali. Puskesmas Gambir, misalnya, menjelaskan bahwa anak yang ingin menjadi pasien program terapi rumatan metadon harus mendatangkan wali.<sup>16</sup> Begitu pula di RSJ Atma Husada.

Kewajiban keberadaan orang tua/wali ini didasarkan pada peraturan yang menyatakan bahwa tindakan kedokteran hanya dapat diambil dengan persetujuan dari pasien yang kompeten, yaitu pasien dewasa yang mampu membuat keputusan secara bebas dan bukan anak.<sup>17</sup> Dengan demikian, pasien di bawah umur tidak dapat mengakses layanan kesehatan, termasuk layanan rehabilitasi medis ketergantungan narkotika, tanpa ada persetujuan dari orang tua/wali. Padahal, UU Narkotika menyebutkan bahwa orang tua/wali pecandu di bawah umur wajib melaporkan anaknya ke IPWL. Hal tersebut tidak berarti pecandu di bawah umur tidak boleh melaporkan dirinya sendiri.

Ketika persetujuan orang tua/wali dijadikan sebagai syarat keikutsertaan mereka, tentunya hal ini membatasi akses terhadap rehabilitasi medis bagi anak-anak pengguna narkotika, terutama bagi mereka yang tidak ingin kondisi penggunaan narkotikanya diketahui oleh orang tua mereka, ataupun tidak memiliki orang tua/wali. Keterbatasan akses rehabilitasi ini

---

<sup>15</sup>Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU Kesehatan Jiwa) mengatur bahwa setiap rumah sakit jiwa wajib menyediakan setidaknya sepuluh persen kuota tempat tidurnya untuk pasien narkotika. Dengan demikian, sesungguhnya pemerintah dapat memaksimalkan ketersediaan perawatan bagi pengguna narkotika yang memiliki diagnosis kejiwaan dengan mendorong sebanyak mungkin rumah sakit jiwa menyediakan layanan rehabilitasi narkotika.

<sup>16</sup>Kritik terhadap hal ini pernah disampaikan oleh LBH Masyarakat dalam terbitannya yang mengulas tentang hak anak dalam kerangka kebijakan narkotika Indonesia. Lihat Fuji Aotari, Arinta Dea Singgi, dan Naila Zakiah, 'Ketika Anak Pengguna Narkotika Tak Lagi Didengar', LBH Masyarakat, Jakarta, 2016. Terbitan dapat diunduh di tautan: [http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/08/280616\\_Laporan-YPWUD\\_Final.pdf](http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/08/280616_Laporan-YPWUD_Final.pdf)

<sup>17</sup>Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, Pasal 13 jo. Pasal 1 angka 7.

berpotensi merugikan negara, mengingat ada sekitar 33.135 anak usia sekolah di Indonesia menggunakan atau pernah menggunakan narkoba,<sup>18</sup> yang sebagian di antaranya membutuhkan rehabilitasi medis guna mengatasi ketergantungan narkoba yang mereka hadapi. Untuk mengatasi hal ini, Puskesmas Gambir memiliki kebijakan untuk mengizinkan petugas dari lembaga swadaya masyarakat dapat bertindak sebagai wali dalam situasi-situasi tertentu. Namun, praktik serupa tidak terlihat di fasilitas rehabilitasi medis lainnya yang tim peneliti kunjungi.

Jika pun orang tua/wali memberi persetujuan, anak akan kesulitan untuk memilih rehabilitasi rawat jalan karena terbatasnya waktu layanan yang umumnya beroperasi di jam sekolah anak. Padahal, justru rawat jalan bisa menjadi metodel yang paling cocok bagi anak usia sekolah.

## E. Pembiayaan

Permenkes 50/2015 menyatakan **Kemenkes bertanggung jawab atas pembiayaan proses rehabilitasi medis bagi pecandu, penyalahguna dan korban penyalahgunaan narkoba sukarela maupun yang diputus pengadilan untuk menjalani rehabilitasi medis di fasilitas rehabilitasi medis yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.**<sup>19</sup> **Bagi mereka yang berstatus tersangka, biaya rehabilitasi dapat ditanggung oleh Kemenkes selama belum mendapatkan pembiayaan dari lembaga lain.**<sup>20</sup> Dana yang digunakan untuk membiayai proses rehabilitasi ini berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), maupun sumber lainnya.

Tabel 2. Alokasi Biaya Rawat Jalan

Jenis Biaya	Rawat Jalan	Rawat Jalan Rumatan
Asesmen dan penyusunan terapi	1 kali x Rp. 100.000,-	(maks.) 3 kali x Rp. 100.000,-
Konseling adiksi	(maks.) 10 kali x Rp. 50.000,-	@ Rp. 5.000,- sesuai rencana terapi
Terapi simtomatik	Rp. 500.000,-	Rp. 1.000.000,-
Pemeriksaan urinalisis	Rp. 200.000,-	Rp. 500.000,-

<sup>18</sup>Laporan Kinerja Badan Narkotika Nasional Tahun 2016, halaman 20, tabel 3.

<sup>19</sup>Permenkes 50/2015, Lampiran.

<sup>20</sup>Permenkes 50/2015, Lampiran.



**Sebagaimana dapat dilihat di tabel 2, terdapat keterbatasan jumlah biaya yang dapat ditanggung oleh pemerintah. Konsekuensinya, jika biaya yang dibutuhkan lebih tinggi dari biaya yang ditanggung atau tidak ditanggung, pasien harus menanggung selisih biaya tersebut sendiri.** Kelebihan biaya ini umumnya disebabkan oleh adanya retribusi serta tarif pelayanan kesehatan yang tinggi.

Dalam sistem rumah sakit di Indonesia, pemerintah daerah dapat menentukan retribusi maupun tarif pelayanan kesehatan. Retribusi di puskesmas dapat ditanggung oleh skema BPJS Kesehatan, sebagaimana retribusi untuk layanan enis lainnya di puskesmas. Namun, pasien yang belum menjadi peserta BPJS Kesehatan harus menanggung biaya retribusi fasilitas terkait, seperti misalnya pasien di Puskesmas Gambir harus membayar Rp. 5.000,- (lima ribu rupiah) setiap kunjungan ke klinik PTRM.

Sementara itu, tarif pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kelas pelayanan yang digunakan di fasilitas setempat. Penentuan tarif ini dilakukan oleh Gubernur setempat. Contohnya, RSJ Atma Husada mengenakan biaya perawatan kelas II untuk pelayanan rehabilitasi rawat inap, walaupun pada prakteknya, perawatan diberikan dengan layanan yang lebih baik, yaitu kelas I. Pun dengan keringanan tersebut, pasien disana masih harus menanggung selisih biaya sekitar Rp. 3.600.000,- (tiga juta enam ratus ribu rupiah) per bulan, atau senilai setengah dari total biaya perawatan per bulan.

Sayangnya, pasien tidak dapat mengklaim selisih biaya ini dalam skema asuransi kesehatan nasional di bawah BPJS Kesehatan. Pengaturan jaminan kesehatan nasional memasukkan pengobatan penyakit akibat ketergantungan narkotika sebagai kategori pengobatan yang tidak dapat ditanggung. Berdasarkan keterangan responden, selisih biaya ini berdampak pada menurunnya jumlah pasien di fasilitas rehabilitasi medis tempat ia bekerja.

Masih terkait pembiayaan, tim pelaksana rehabilitasi medis di RSKO Jakarta mengutarakan persoalan pembiayaan bagi pasien yang berstatus tersangka. Berdasarkan Permenkes 50/2015, penegak hukum yang berwenang menangani tindak pidana yang dilakukan pasien dapat merujuk yang bersangkutan ke rehabilitasi medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) bulan. Namun, beberapa pasien dirawat untuk jangka waktu lebih dari 3 (tiga) bulan. Belum ada peraturan yang jelas mengenai pihak yang akan menanggung biaya selepas 3 (tiga) bulan tersebut, walaupun berdasarkan hasil wawancara, pasien terpaksa menanggung biaya tersebut. Jika pasien tidak bersedia, atau tidak mampu, maka mereka akan dikembalikan ke penegak hukum yang berwenang.

Tabel 3. Alokasi Biaya Rawat Inap (per tiga bulan periode perawatan)

Jenis Biaya	Pasien Tersangka, Sukarela, dan Terdakwa	Pasien Terpidana
Asesmen dan penyusunan terapi	(maks.) 2 kali x Rp. 100.000,-	(maks.) 3 kali x Rp. 100.000,-
Paket rawat inap	Rp. 4.200.000,- per bulan	Rp. 4.200.000,- per bulan
Obat-obatan	Rp. 800.000,- per bulan	Rp. 800.000,- per bulan
Pemeriksaan urinalisis	(maks.) 2 kali x Rp. 200.000,-	(maks.) 3 kali x Rp. 200.000,-
Pemeriksaan laboratorium dan penunjang lain	Rp. 1.000.000,-	Rp. 1.000.000,-

## F. Sumber Daya Manusia

**Kemenkes juga memberikan dukungan berupa pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkotika bagi tim pelaksana rehabilitasi medis, baik dokter, perawat, konselor, maupun apoteker.** Keberadaan tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkotika ini juga menjadi salah satu syarat bagi fasilitas rehabilitasi yang ingin ditetapkan sebagai institusi penerima wajib lapor.<sup>21</sup>

Pemberian dukungan berupa pelatihan ini diamini oleh fasilitas-fasilitas rehabilitasi yang tim peneliti kunjungi. Namun, keterangan dari beberapa fasilitas rehabilitasi medis lainnya menunjukkan adanya persoalan tidak meratanya pelaksanaan pelatihan ini. Kepala Klinik PTRM di RSJ Atma Husada mendapatkan pelatihan pada tahun 2016, tiga tahun setelah ia menjabat sebagai Kepala Klinik PTRM. Di awal masa jabatannya, ia, yang berlatar belakang sebagai perawat, harus belajar secara otodidak dengan melihat rekan lain yang telah mendapatkan pelatihan melakukan asesmen dan tugas lainnya. Persoalan pelatihan ini juga disampaikan oleh perawat di fasilitas rawat inap di RSJ Atma Husada yang belum pernah mendapatkan pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkotika.

Kondisi di atas berbeda dengan kondisi di fasilitas rehabilitasi lainnya yang tim peneliti kunjungi. Tim pelaksana di Puskesmas Gambir sudah mendapatkan

<sup>21</sup>Permenkes 50/2015, Lampiran.

pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkoba sesuai dengan profesinya masing-masing. Beberapa diantaranya memiliki pengalaman di atas lima tahun. Hal serupa juga dapat dilihat di RS Sanglah. Jenis pelatihan yang dijalani pun beragam, mulai dari pelatihan asesmen, pelatihan konselor HIV dan konselor adiksi, serta pelatihan ekonomi kreatif.

**Pelatihan di bidang gangguan penggunaan narkoba bagi tim pelaksana rehabilitasi medis sesuai dengan bidangnya masing-masing sangat penting guna memastikan layanan yang diberikan berkualitas.**

Tim pelaksana di RSKO Jakarta mengatakan pelatihan-pelatihan ini dilakukan secara berkala. Namun, kondisi yang terjadi di RSJ Atma Husada menunjukkan bahwa pelatihan-pelatihan tersebut – pun dilakukan secara berkala – mungkin tidak terjadi secara merata. Hal ini bisa jadi disebabkan oleh keterbatasan sumber daya yang dimiliki oleh Kemenkes. Memastikan pelatihan terjadi secara berkala dan merata di lebih dari 400 Kabupaten/Kota, dengan jumlah fasilitas rehabilitasi medis sebanyak 434 buah, bukanlah sebuah pekerjaan yang mudah. Belum lagi ditambah dengan persoalan ketersediaan waktu para anggota tim pelaksana untuk mengikuti pelatihan. Jika jumlah tenaga kesehatan di sebuah fasilitas rehabilitasi medis terbatas, mereka akan sulit mengirimkan banyak anggota untuk mengikuti pelatihan yang berbeda di waktu yang sama. Hal ini umumnya terjadi di fasilitas rehabilitasi medis tingkat Puskesmas.

**Tantangan berikutnya bagi Kemenkes terkait sumber daya manusia adalah tingginya tingkat rotasi petugas kesehatan.** Seluruh fasilitas rehabilitasi yang tim peneliti kunjungi mengeluhkan tingginya tingkat rotasi ini. Tidak jarang terjadi perawat Klinik PTRM yang telah mendapatkan pelatihan dipindahkan ke bagian yang tidak terkait narkoba. Akibatnya, investasi yang telah dilakukan oleh Kemenkes dengan memberikan pelatihan kepada perawat tersebut menjadi kurang bermanfaat. Hal ini sesungguhnya telah Kemenkes coba atasi dengan mengatur masa kerja tim pelaksana wajib lapor dan rehabilitasi medis paling singkat adalah 2 (dua) tahun.<sup>22</sup> Namun nampaknya, kebijakan ini tidak selalu diindahkan oleh pimpinan di mana fasilitas rehabilitasi tersebut berada.

---

<sup>22</sup>Permenkes 50/2015, Lampiran.

## BAB III

# PENYELENGGARAAN REHABILITASI SOSIAL OLEH KEMENTERIAN SOSIAL

Selain Kemenkes, UU Narkotika juga memberikan mandat kepada Kementerian Sosial Republik Indonesia (Kemensos) untuk menjalankan rehabilitasi sosial ketergantungan narkotika.<sup>23</sup> Fungsi yang diberikan kepada Kemensos ini juga sejalan dengan mandatnya dalam rangka menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang rehabilitasi sosial sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.<sup>24</sup>

Dalam penelitian ini, tim peneliti mengunjungi 5 (lima) fasilitas rehabilitasi sosial, yaitu Pondok Pesantren YPI Nurul Ihsan, Purbalingga; Yayasan Karisma, Jakarta, Pusat; Rehabilitasi Narkotika Pondok Pesantren Ar-Rahman, Palembang (Ar-Rahman); Aksi Nusa Tenggara Barat, Lombok (Aksi NTB); dan Yayasan Hikmah Syahadah, Tangerang (Hikmah Syahadah).

### A. Dasar Hukum dan Pedoman Pelaksanaan

Sehubungan dengan fungsi rehabilitasi sosial untuk pecandu dan penyalahguna narkotika, fungsi tersebut secara khusus berada di bawah koordinasi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial Kemensos, yang memiliki fungsi pokok sebagai berikut:

- Melakukan perumusan kebijakan, pelaksanaan kebijakan di bidang rehabilitasi sosial,
- Menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang rehabilitasi sosial,
- Memberikan bimbingan teknis dan supervisi di bidang rehabilitasi sosial, pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang rehabilitasi sosial.<sup>25</sup>

Kemensos telah menetapkan standar yang berfungsi sebagai acuan dalam melaksanakan rehabilitasi sosial ketergantungan narkotika melalui Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia (Permensos) Nomor 26 Tahun 2012 Tentang Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psicotropika dan Zat

---

<sup>23</sup>UU Narkotika, Pasal 59 ayat (2).

<sup>24</sup>Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Kementerian Sosial (Keppres 46/2015), Pasal 1.

<sup>25</sup>Keppres 46/2015, Pasal 12 dan 13.

Adiktif Lainnya. Adapun aktivitas yang dilaksanakan dalam rehabilitasi sosial dapat dilihat pada kotak I di bawah ini.

#### Kotak I. Aktivitas yang termasuk dalam rehabilitasi sosial

Pelaksanaan rehabilitasi sosial mencakup:

- a. motivasi dan diagnosis psikososial;
- b. perawatan dan pengasuhan;
- c. pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan;
- d. bimbingan mental spiritual;
- e. bimbingan fisik;
- f. bimbingan sosial dan konseling psikososial;
- g. pelayanan aksesibilitas;
- h. bantuan dan asistensi sosial;
- i. bimbingan resosialisasi;
- j. bimbingan lanjut; dan/atau
- k. rujukan.

Permensos 26/2012 juga mengatur tahapan pelaksanaan rehabilitasi sosial, yang terdiri dari:

- a. pendekatan awal;
- b. pengungkapan dan pemahaman masalah;
- c. penyusunan rencana pemecahan masalah;
- d. pemecahan masalah;
- e. resosialisasi;
- f. terminasi;
- g. pembinaan lanjut.

Sebagai tahapan awal, pendekatan awal dilakukan untuk melakukan identifikasi, wawancara, seleksi, observasi dan sebagainya terhadap pasien guna mengungkap dan memahami permasalahan yang dialami seorang pasien. Berangkat dari pengungkapan tersebut, tim pelaksana rehabilitasi sosial akan menyusun rencana permasalahan serta memilih dan melaksanakan metode rehabilitasi yang dianggap sesuai dengan permasalahan pasien. Selepas menjalankan rehabilitasi tersebut,

pasien juga harus menjalani pembinaan lanjutan (*aftercare*), yang merupakan tahap penutup dari rangkaian kegiatan rehabilitasi sosial di Kemensos. Seluruhtahapan rehabilitasi sosial di atas dapat diselenggarakan di dalam dan/atau luar lembaga rehabilitasi sosial.

## **B. Jenis Rehabilitasi, Sarana dan Pra Sarana**

Permensos 26/2012 memberikan ketentuan bahwa penyelenggaraan rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan di dalam dan atau di luar tempat rehabilitasi sosial.<sup>26</sup> Hal ini berarti rehabilitasi sosial dapat dilakukan dalam beberapa jenis rehabilitasi, seperti rawat inap, rawat jalan ataupun dengan keduanya. Tim peneliti mendapati bahwa jenis rehabilitasi rawat inap digunakan oleh seluruh fasilitas rehabilitasi yang dikunjungi oleh tim peneliti. Berdasarkan keterangan beberapa tim pelaksana rehabilitasi, rawat inap dipilih karena memberikan kemudahan bagi pasien untuk menjalani rehabilitasi dan evaluasi. Faktor pasien yang kabur atau tidak kembali melakukan rehabilitasi juga menjadi pertimbangan lain bagi tim pelaksana dalam memilih menggunakan jenis rehabilitasi rawat inap.

Penggunaan jenis rawat inap juga terlihat di fasilitas rehabilitasi yang menggunakan metode PABM, seperti Yayasan Karisma dan Aksi NTB. Namun bedanya, kedua fasilitas rehabilitasi ini juga menyediakan jenis rehabilitasi rawat jalan. Sebagai contoh, Yayasan Karisma memberikan kesempatan kepada pasiennya untuk dapat melakukan pekerjaan atau aktivitas produktif lainnya di luar Yayasan Karisma, untuk kemudian kembali ke fasilitas rehabilitasi pada sore hari untuk melanjutkan program rehabilitasi.

Dengan adanya rawat inap dan rawat jalan di satu fasilitas rehabilitasi seperti yang terdapat di Yayasan Karisma dan Aksi NTB ini, pasien dapat menyesuaikan jenis rehabilitasi dengan kegiatan dan kebutuhannya. Tentunya pilihan menjalani rawat inap atau rawat jalan sebaiknya diambil bersama dengan pasien setelah ia melalui proses penilaian di awal keikutsertaannya. Tim peneliti menilai bahwa rehabilitasi sosial yang menggunakan metode PABM lebih fleksibel dalam melakukan rehabilitasi terhadap pasiennya. Kebanyakan anggota tim pelaksana rehabilitasi sosial yang menggunakan metode PABM ini merupakan mantan pecandu. Hal ini menjadi nilai tambah tersendiri. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa pasien di rehabilitasi sosial yang menggunakan metode PABM, keberadaan tim pelaksana yang merupakan mantan pecandu membuat pasien merasa lebih

---

<sup>26</sup>Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2012 Tentang Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (Permensos 26/2012), Pasal 11 ayat (2).

nyaman menjalani rehabilitasi karena merasa tim pelaksana dapat lebih memahami apa yang pasien alami.

Terkait dengan rawat inap, Kemensos telah memberikan panduan sarana dan prasarana standar bagi rehabilitasi sosial.<sup>27</sup> Selain program pelayanan sosial, fasilitas rehabilitasi sosial juga harus memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pasien, seperti penyediaan asrama, pemenuhan kebutuhan sandang dan pangan, pelayanan kesehatan, bimbingan fisik, mental, spiritual, bimbingan sosial, keterampilan hidup serta vokasional. Tim peneliti menilai bahwa fasilitas rehabilitasi sosial yang dikunjungi telah menyediakan tempat tidur, dapur, mushola, mandi, cuci, dan kakus (MCK) hingga ruang vokasional bagi pasien. Ruang untuk konseling pasien disetiap fasilitas rehabilitasi juga tersedia dengan baik. Beberapa fasilitas rehabilitasi juga memiliki ruang kesehatan tersendiri. Namun, sekalipun tersedia, tim peneliti melihat terdapat perbedaan kualitas dan kuantitas sarana dan pra-sarana tersebut. Perbedaan ini umumnya dipengaruhi oleh ketersediaan dana di masing-masing fasilitas rehabilitasi.

### C. Metode Rehabilitasi Sosial

Dalam kaitannya dengan tahapan rehabilitasi sosial, khususnya dalam pemecahan masalah, berdasarkan wawancara yang dilakukan tim peneliti dengan Direktur Rehabilitasi Sosial Kemensos, di luar standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Kemensos tersebut di atas, masing-masing fasilitas rehabilitasi sosial dapat menambahkan metode lain yang dianggap sesuai dan dibutuhkan oleh pasien. Metode tersebut antara lain metode pekerja sosial, keagamaan, tradisional dan alternatif lainnya.<sup>28</sup>

Dari hasil kunjungan penelitian yang dilakukan tim peneliti, semua fasilitas rehabilitasi sosial yang dikunjungi menggunakan metode pekerja sosial. Metode pekerja sosial merupakan metode yang menggunakan peran seseorang yang memiliki aktivitas secara profesional untuk membantu individu, kelompok, atau masyarakat untuk meningkatkan keberfungsian sosial dengan menggunakan teori tingkah laku manusia dan sistem sosial. Metode pekerja sosial ini dapat dilakukan di dalam atau di luar lembaga, di panti sosial pemerintah/daerah, dalam keluarga atau masyarakat.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup>Permensos 3/2012.

<sup>28</sup>Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2012 Tentang Standar Lembaga Rehabilitasi Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya (Permensos 3/2012).

<sup>29</sup>Permensos 3/2012, Pasal 4

Seorang pekerja sosial dapat juga menjadi seorang pekerja sosial profesional. Berdasarkan hasil wawancara dengan Direktur Rehabilitasi Sosial Kemensos, penyediaan pekerja sosial bagi fasilitas rehabilitasi sosial merupakan salah satu dari bentuk dukungan yang diberikan oleh Kemensos. Dalam metode ini, standar rehabilitasi sosial dengan pendekatan profesi pekerjaan sosial bertujuan untuk:

- a. menjadi acuan dan pedoman bagi praktik pekerjaan sosial dalam pelayanan baik yang bersifat persuasif, motivatif, koersif agar terpenuhinya penyembuhan dan pemulihan keberfungsian individu, keluarga, dan masyarakat;
- b. memberikan perlindungan terhadap penerima pelayanan dari kesalahan praktik pelaksanaan program rehabilitasi sosial;
- c. meningkatkan kualitas dan kuantitas penyelenggaraan rehabilitasi sosial; dan
- d. memperluas jangkauan penyelenggaraan rehabilitasi sosial.<sup>30</sup>

Adapun metode keagamaan merupakan penggunaan berbasis ajaran dan ritual agama tertentu dalam melakukan rehabilitasi terhadap pasien. Sedangkan untuk pasien dengan metode tradisional, metode rehabilitasinya menggunakan cara ataupun nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat setempat, misalkan dengan memanfaatkan ramuan-ramuan herbal. Adapun metode alternatif, adalah suatu pendekatan rehabilitasi yang penggunaannya terdapat unsur metode tradisional maupun keagamaan didalam pelaksanaannya, misalkan pijat refleksi atau totok peredaran darah bagi pasien.

Dari hasil kunjungan, tim peneliti menyimpulkan bahwa metode rehabilitasi yang digunakan penyedia fasilitas rehabilitasi sangat bervariasi. Tiap penyedia fasilitas rehabilitasi menggunakan lebih dari satu metode dalam implementasi rehabilitasi terhadap pasiennya. YPI Nurul Ichsan, misalnya, mengusung visi terwujudnya pendidikan agama Islam sesuai dengan Al-Quran dan Hadist dan menyelamatkan anak dari bahaya narkoba dengan menerapkan metode religi, tradisional, dan juga alternatif. Metode alternatif yang paling dikenal tersebut adalah melakukan godog.

---

<sup>30</sup>Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 Tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Pekerja Sosial (Permensos 22/2014), Pasal 2.



## **Metode Godog**

Godog adalah sebuah metode merebus pasien dalam sebuah kuali besar seperti tungku, yang berisi air yang telah mendidih. Selama proses pendidihan, air tersebut diisi dengan berbagai macam rempah-rempah, seperti daun pepaya, daun salam, kayu manis, madu dan lain sebagainya. Lama perebusan air untuk godog itu sendiri memakan waktu sekitar 4-5 jam. Sedangkan pasien akan digodog selama 45 - 60 menit. Pasien hanya diperkenankan mengenakan sarung selama prosesi godog.

Sebelum melakukan prosesi godog, tiap pasien akan diajak untuk melakukan perendaman di sungai dekat YPI Nurul Ihsan. Tujuan dari perendaman di sungai tersebut untuk membuang aura ataupun hal-hal negatif dalam diri pasien. Proses berendam di sungai sendiri berlangsung sekitar satu jam. Sepulang dari sungai, pasien akan diberikan ramuan oleh Pak Kiai, yang merupakan pimpinan di YPI Nurul Ihsan. Ramuan berisi jamu yang berisi olahan tradisional yang resepnya merupakan racikan Pak Kiai. Setelah meminum ramuan tersebut, para pasien akan melakukan sholat maghrib dan mempersiapkan diri untuk menjalani prosesi godog.

Serupa dengan YPI Nurul Ihsan, fasilitas rehabilitasi sosial lainnya juga menerapkan metode gabungan. Ar-Rahman menerapkan metode religi dan pendekatan *therapeutic community* (TC) dalam proses rehabilitasi terhadap pasiennya. Metode religi dilakukan melalui dzikir bersama seluruh pasien yang dilakukan hampir setiap minggunya. Sementara Hikmah Syahadah memercayakan proses pemulihan ketergantungan narkoba melalui metode telunjuk petir, yang pelaksanaannya bergantung pada kondisi dan kebutuhan masing-masing orang. Sedangkan Yayasan Karisma dan Aksi NTB menerapkan metode Pemulihan Adiksi Masyarakat (PABM) dengan menerapkan pendekatan TC.

Penyesuaian metode perawatan dengan kebutuhan masing-masing individu pasien memang langkah yang tepat. Sayangnya, beberapa metode yang digunakan untuk rehabilitasi oleh tim pelaksana fasilitas rehabilitasi sosial seperti belum teruji secara klinis, seperti prosesi godog dan telunjuk petir. Masing-masing fasilitas rehabilitasi sosial mengklaim rendahnya tingkat kekambuhan pasien di fasilitas rehabilitasi mereka. Namun klaim tersebut belum didukung oleh bukti ilmiah. Penggunaan metode yang keefektivasannya belum didukung bukti ilmiah dapat memengaruhi kualitas perawatan dan rehabilitasi yang akan diberikan, sehingga berpotensi merugikan pasien dan fasilitas rehabilitasi sosial itu sendiri.

## D. Kriteria Keikutsertaan

Fasilitas rehabilitasi sosial memiliki standar yang digunakan untuk penerimaan pasien. Calon pasien dan keluarganya terlebih dahulu melakukan wawancara dengan tim pelaksana rehabilitasi. Setelah itu, mereka harus menandatangani formulir persetujuan (*informed consent*) yang berisi kesediaan untuk mematuhi peraturan selama menjalani rehabilitasi. Disinilah terdapat perbedaan dari masing-masing fasilitas rehabilitasi. YPI Nurul Ichsan contohnya menyaratkan pasien untuk tidak bertemu keluarganya selama 40 (empat puluh hari) pertama. Jangka waktu isolasi ini relatif lebih lama dibandingkan persyaratan di fasilitas rehabilitasi lain. Yayasan Karisma, misalnya, hanya memberlakukan persyaratan ini untuk satu minggu pertama.

Beberapa fasilitas rehabilitasi menyampaikan bahwa mereka juga menerima pasien perempuan maupun anak. Namun, ketika tim peneliti melakukan kunjungan lapangan, mayoritas pasien di fasilitas-fasilitas rehabilitasi tersebut adalah laki-laki dengan usia di atas 18 tahun.

### Perempuan

Tim peneliti menemukan keberadaan pasien perempuan yang melakukan rehabilitasi di beberapa fasilitas rehabilitasi yang dikunjungi. Di YPI Nurul Ichsan terdapat dua orang pasien perempuan, sedangkan di Yayasan Karisma terdapat satu orang perempuan yang sedang melakukan rehabilitasi. Kamar pasien perempuan ditempatkan secara terpisah dengan pasien laki-laki, walaupun mayoritas aktivitas dilakukan secara bersama-sama.

### Anak

Selama melakukan penelitian ke tempat penyedia fasilitas, tim peneliti tidak menjumpai pasien anak. Namun beberapa fasilitas rehabilitasi memiliki pengalaman merawat pasien anak. Aksi NTB menyampaikan bahwa mereka pernah memberikan rehabilitasi sosial bagi anak pengguna narkoba sebanyak lima orang. Kelima orang anak ini masuk dengan pendampingan dari orang tua/wali mereka. Pihak sekolah pasien anak tersebut memberikan izin bagi mereka untuk menjalani rehabilitasi, baru kemudian melanjutkan sekolah sesesainya proses rehabilitasi. Pernah juga tim pelaksana rehabilitasi membantu mengurus ujian akhir sekolah salah satu pasien anak yang mereka rehabilitasi.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup>Wawancara dengan Aksi NTB, 17 April 2017.

## E. Pembiayaan

Terkait pendanaan, Kemensos memiliki beberapa sumber pendanaan untuk pelaksanaan rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan NAPZA yang terdiri dari:<sup>32</sup>

- a. Anggaran Pendapatan Belanja Negara;
- b. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Provinsi;
- c. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kabupaten/Kota;
- d. Sumbangan masyarakat; dan/atau
- e. Sumber pendanaan yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Tim peneliti menemukan bahwa semua fasilitas rehabilitasi yang dikunjungi oleh tim peneliti tidak mengenakan biaya bagi pasiennya. Sebagian dana yang dibutuhkan oleh fasilitas-fasilitas rehabilitasi ini berasal dari Kemensos. Selain dari Kemensos, beberapa fasilitas rehabilitasi juga menerima pendanaan dari lembaga pemerintah lainnya. Sebagai contoh, Aksi NTB pernah mendapatkan bantuan dana dari Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Provinsi Lombok, sedangkan Ar-Rahman mendapatkan bantuan dana dari Pemerintah Daerah Sumatera Selatan, BNN, dan Kedutaan Jepang. Sumber pendanaan lain bagi fasilitas rehabilitasi juga berasal dari donasi/sumbangan masyarakat. YPI Nurul Ichsanmisalnya, mendapatkan pendanaan dari donasi masyarakat yang kemudian menjadi pemasukan lembaga untuk menunjang operasional lain selain dari dana Kemensos.

Upaya untuk mendapatkan bantuan dana merupakan langkah yang wajar ditempuh fasilitas-fasilitas rehabilitasi di bawah Kemensos. Hal ini karena dukungan dana yang diberikan oleh Kemensos hanya berupa tambahan untuk menutupi kebutuhan operasional, seperti konsumsi pasien dan untuk membayarkan gaji tim pelaksana rehabilitasi sosial, termasuk pekerja sosial, TKS, maupun konselor adiksi. Kebutuhan biaya lain, seperti sewa tempat, harus ditanggung oleh fasilitas rehabilitasi itu sendiri.

## F. Sumber Daya Manusia

Permensos 3/2012 menyaratkan setiap fasilitas rehabilitasi untuk memiliki struktur organisasi yang jelas. Tiap struktur organisasi terdiri dari pimpinan

---

<sup>32</sup> Permensos 26/2012, Pasal (40).

lembaga, bagian administrasi dan bagian teknis rehabilitasi sosial. Bagian rehabilitasi sosial terdapat dokter, psikiater, psikolog, konselor adiksi, perawat, tenaga kesejahteraan sosial (TKS) dan lain sebagainya.<sup>33</sup> Dari hasil kunjungan, tim peneliti menemukan keberadaan konselor adiksi, pekerja sosial dan TKS di semua fasilitas rehabilitasi yang dikunjungi. Sebagian besar konselor adiksi di rehabilitasi sosial, utamanya yang menggunakan metode PABM, merupakan mantan pecandu. Sedangkan pekerja sosial dan TKS umumnya direkrut dan dipekerjakan oleh Kemensos dengan penempatan di fasilitas rehabilitasi yang ditunjuk.

Konselor adiksi memiliki fungsi vital dalam rehabilitasi sosial. Tugas pokok konselor adiksi adalah memberikan pemahaman, mendorong ke arah perubahan dan memfasilitasi penentuan alternatif pemecahan korban penyalahgunaan narkoba baik individu maupun kelompok.<sup>34</sup> Dalam wawancara dengan beberapa konselor adiksi di fasilitas-fasilitas rehabilitasi tersebut, tim peneliti menemukan bahwa semua konselor adiksi tersebut mengaku telah memahami dan menggunakan Permensos 26/2012 dalam menyediakan rehabilitasi sosial. Namun, mereka juga menyampaikan hambatan keterbatasan sumber daya dalam menyediakan rehabilitasi kepada pasien. Jumlah konselor adiksi di sebuah fasilitas rehabilitasi umumnya jauh lebih sedikit daripada jumlah pasien yang ditangani. Ketidakberimbangan ini terlihat jelas di YPI Nurul Ichsan, dimana mereka hanya memiliki 5 (lima) orang konselor untuk merawat 80 orang pasien. Tempat rehabilitasi Ar-Rahman juga merasa terjadi ketidakberimbangan, dimana 9 (sembilan) konselor harus menangani 36 orang pasien.

Selain ketidakberimbangan jumlah konselor dan pasien, masalah lain yang disampaikan oleh konselor-konselor ini adalah belum adanya pelatihan lanjutan bagi mereka. Pelatihan lanjutan tersebut penting bagi perkembangan kapasitas mereka. Para konselor memandang kesempatan pelatihan lanjutan tersebut tidak hanya berfungsi sebagai pemberian materi baru, namun juga menjadi ajang bertukar pendapat dan menemukan solusi atas permasalahan yang mereka hadapi selama ini antar sesama konselor.

Selain konselor, pekerja sosial dan TKS juga memiliki peran penting dalam menentukan keberhasilan rehabilitasi sosial terhadap pasien. Kedua profesi pendampingan sosial tersebut menggunakan pendekatan klinis dan pengembangan masyarakat dalam tugasnya. Tugas pokok dari pekerja sosial dan TKS adalah

---

<sup>33</sup> Permensos 3/2012, Pasal 13 dan 14.

<sup>34</sup> Permensos 26/2012, Pasal 25.

untuk menjalin relasi dengan pasien, memberikan/memperkuat dukungan bagi pasien dalam menjalani rehabilitasi sosial, mendayagunakan potensi dan sumber pelayanan yang ada serta meningkatkan akses dalam rangka memecahkan masalah pasien. Tujuan tersebut dilakukan oleh para pekerja sosial dan TKS dengan beberapa cara, diantaranya membangun kepercayaan pasien, meningkatkan pemahaman pasien tentang bahaya narkoba, menemukan berbagai alternatif pemecahan masalah bagi pasien dan menjaga kepulihan agar pasien tidak kambuh atau *relapse*.<sup>35</sup>

Tim peneliti menemukan keberadaan pekerja sosial dan TKS di semua fasilitas-fasilitas rehabilitasi yang dikunjungi. Peran mereka yang sedikit berbeda dari konselor adiksi adalah keaktifan mereka dalam memberikan pengembangan kapasitas pasien di luar tempat rehabilitasi. Di YPI Nurul Ichsan, contohnya, pekerja sosial atau TKS melakukan pengembangan kapasitas masyarakat terkait narkoba di bawah kaki Gunung Slamet (Purbalingga). Selain itu, tim peneliti juga melihat para pekerja sosial dan TKS turut aktif melakukan jemput bola terhadap pasiennya serta melakukan penyuluhan kepada keluarga pasien secara periodik.

---

<sup>35</sup> Permensos 26/2012, Pasal 28 ayat (1) dan (2).



## BAB IV

# PENYELENGGARAAN REHABILITASI OLEH BADAN NARKOTIKA NASIONAL

### A. Latar Belakang

Badan Narkotika Nasional (BNN), walaupun merupakan satu-satunya lembaga penyelenggara negara yang menyandang kata ‘narkotika’ pada namanya dan oleh karena itu memberi kesan kuat bahwa lembaga ini juga memiliki mandat menyediakan rehabilitasi bagi pecandu narkotika, sebenarnya tidak ditunjuk menjadi lembaga penyelenggara rehabilitasi oleh Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (UU Narkotika). Tugas yang dimiliki oleh BNN untuk konteks rehabilitasi menurut UU Narkotika terbatas pada peningkatan kapasitas fasilitas-fasilitas rehabilitasi.<sup>36</sup> Melihat hal tersebut, maka pada awalnya peran BNN dalam hal rehabilitasi terbatas pada memberikan dukungan teknis dan edukasi kepada penyelenggara rehabilitasi medis maupun sosial.

Berdasarkan hasil diskusi dengan para ahli, dalam praktek penyelenggaraan rehabilitasi kemudian muncul permasalahan mengenai jangkauan rehabilitasi yang terbatas, baik dalam konteks area maupun zat/tanaman narkotika yang dapat ditangani oleh fasilitas-fasilitas rehabilitasi. Sebelum BNN ikut sebagai penyelenggara rehabilitasi, layanan dengan cakupan paling luas secara nasional adalah layanan program terapi rumatan metadon (PTRM).<sup>37</sup> Di beberapa tempat juga terdapat layanan program terapi rumatan *buprenorphine* (PTRB), namun jumlahnya sangat terbatas. Kedua jenis layanan tersebut lebih terlihat sebagai

---

<sup>36</sup>Pasal 70 huruf d UU Narkotika menyebutkan bahwa wewenang BNN dalam konteks rehabilitasi terbatas pada “...meningkatkan kemampuan lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial pecandu Narkotika, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat;” Berdasarkan Pasal 70 tersebut, BNN memiliki 10 tugas, dan hanya satu poin yang memiliki kaitan dengan rehabilitasi – itupun tidak langsung – sebagaimana disebut dalam huruf d.

<sup>37</sup>Meskipun sifatnya adalah layanan *harm reduction*, bukan rehabilitasi, PTRM tetap dimasukkan di dalam skema Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL), semata untuk melindungi klien ini dari ancaman penegakan hukum yang akan berdampak buruk pada proses pemulihan si klien. IPWL sendiri adalah sistem yang mengharuskan pecandu narkotika untuk melaporkan diri ke negara agar tidak dituntut pidana apabila tersandung kasus narkotika yang berhubungan dengan pemakaian narkotikanya. Lihat misalnya, Albert Wirya, dan Yohan Misero, *The Trip to Nobody Knows Where: Examining the Effectiveness of Indonesia’s Compulsory Report Program for Drug Users and Its Compliance to the International Human Rights Standards*, Jakarta: LBH Masyarakat, Maret 2016, untuk analisis mengenai implementasi IPWL di Indonesia. Dokumen tersedia di [lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316\\_IPWL-Research-Report\\_LBHM\\_Mainline.pdf](http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316_IPWL-Research-Report_LBHM_Mainline.pdf)

layanan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) pada konteks pemakaian heroin dengan jarum suntik, bukan rehabilitasi ketergantungan narkotika. Kedua layanan tersebut juga tidak terbuka pada konteks zat/tanaman narkotika lain.

Hal ini kemudian menciptakan kekosongan layanan di berbagai daerah untuk mengatasi persoalan pemakaian zat/tanaman narkotika lainnya. Kekosongan inilah yang kemudian mendorong BNN untuk juga menyelenggarakan program rehabilitasi di daerah-daerah melalui klinik-klinik. Inisiatif ini didasarkan pada Peraturan Presiden No. 23 Tahun 2010 tentang Badan Narkotika Nasional (Perpres 23/2010).<sup>38</sup>Perpres ini menyebutkan bahwa BNN memiliki fungsi untuk menyusun dan merumuskan kebijakan nasional di bidang pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika, psikotropika, dan prekursor serta bahan adiktif lainnya kecuali bahan adiktif untuk tembakau dan alkohol. Dokumen yang dihasilkan oleh fungsi itu lebih dikenal dengan akronim P4GN. Perpres tersebut juga kemudian memberikan wewenang pada BNN untuk menjalankan apa yang dirumuskan di dalam P4GN tersebut, yang di dalamnya juga termasuk wewenang untuk melaksanakan rehabilitasi.

## **B. Jenis Rehabilitasi dan Pembiayaan**

Apa yang BNN kerjakan dalam bidang rehabilitasi bisa dikatakan terlepas dari dikotomi rehabilitasi medis dan sosial sebagaimana dikenal di UU Narkotika.<sup>39</sup> BNN memiliki fasilitas-fasilitas rehabilitasinya sendiri yang setidaknya dapat digolongkan pada klinik dan balai. Seluruh fasilitas rehabilitasi yang BNN miliki memiliki layanan medis, sekaligus layanan psikososial. Oleh karenanya, klinik dan balai tersebut lebih tepat digolongkan dalam bentuk rehabilitasi medis. Karena wujudnya adalah klinik, maka BNN membutuhkan izin dari Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dalam pembentukannya. Selain itu, dalam skema Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) pun, klinik dan balai rehabilitasi BNN berada di bawah Kemenkes. Meskipun demikian, seluruh anggaran untuk klinik dan balai rehabilitasi BNN sepenuhnya berasal dari anggaran BNN sendiri.

### **I. Klinik**

Klinik-klinik ini biasanya terdapat di kantor-kantor BNN di tingkat provinsi (BNNP) ataupun kabupaten/kota (BNNK). Bukan hal yang mudah untuk menjalankan inisiatif ini karena, di masa-masa awal, masih banyak BNNP dan BNNK yang belum memiliki kantor tetap. Sedangkan untuk membentuk klinik, berdasarkan wawancara tim peneliti dengan pihak BNN, Kemenkes mensyaratkan untuk memiliki tempat permanen setidaknya untuk

---

<sup>38</sup>Pasal 3 poin e Perpres BNN ini menyatakan bahwa BNN memiliki fungsi untuk “...pelaksanaan kebijakan nasional dan kebijakan teknis P4GN di bidang Pencegahan, Pemberdayaan Masyarakat, Pemberantasan, Rehabilitasi, Hukum, dan Kerja Sama;”

<sup>39</sup>UU Narkotika, Pasal 1, 4, dan 54.



periode lima tahun.<sup>40</sup>

Dalam hal perawatan, pasien yang mengakses layanan di klinik-klinik BNN menjalankan rehabilitasi rawat jalan. Artinya, seorang pasien bisa mendapatkan konseling, dipantau kondisinya oleh dokter terkait dan memperoleh obat sesuai situasinya, serta mendapatkan intervensi medis lain tanpa perlu menginap di fasilitas tersebut.

## 2. Balai

Di balai, tersedia layanan rawat inap. Programnya sendiri ada yang panjang (enam bulan) dan ada yang pendek (tiga bulan). Metode yang diselenggarakan di balai-balai rehabilitasi tersebut adalah *therapeutic community* (TC).<sup>41</sup>

## C. Metode Rehabilitasi

Metode TC yang BNN jalankan di balai-balainya diawali dengan proses asesmen, lalu detoksifikasi, sekaligus juga *induction* (orientasi/perkenalan) untuk disediakan materi-materi awal. Proses ini, memakan waktu sekitar 2 (dua) minggu, kemudian dilanjutkan dengan program-program utama dalam tahap *primary*. Setelah melewati itu semua, pasien akan memasuki tahap *re-entry* yakni tahap di mana pasien dipersiapkan untuk kembali menjadi anggota masyarakat yang –BNN harapkan – abstinensia,<sup>42,43</sup> produktif, dan berfungsi.<sup>44</sup> Untuk yang mengikuti

---

<sup>40</sup> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik, Pasal 6 ayat (1).

<sup>41</sup> *Therapeutic Community* (TC) adalah sebuah bentuk umum dari perawatan residensial dalam jangka waktu yang panjang untuk persoalan pemakaian zat. TC sendiri telah diadopsi di lebih dari 65 negara dan memiliki orientasi pemulihan, fokus kepada seseorang dan gaya hidupnya secara keseluruhan.

<sup>42</sup> Abstinensia, secara umum, dimaknai sebagai sebuah keadaan di mana seseorang tidak lagi/belum memakai zat/tanaman tertentu yang membuat ia memiliki permasalahan adiksi. Namun dalam tataran praktis, pendekatan abstinensia juga banyak memiliki reinterpretasi. BNN, misalnya, memahami abstinensia sebagai sebuah situasi di mana seseorang tidak lagi memakai zat/tanaman ilegal dan tidak menyalahgunakan zat/tanaman yang legal. Persepsi ini seakan mengakomodir penggunaan methadone atau zat/tanaman narkotika lain selama digunakan dalam konteks pemulihan diri, namun pada praktik tidaklah demikian.

<sup>43</sup> Di sisi lain, TC sebagai sebuah metode yang berorientasi pada pemulihan sebenarnya mengakui *relapse* sebagai “...sebuah kesempatan untuk belajar.” Meski tetap memiliki tujuan untuk menggiring si peserta terapi ke arah *drug-free lifestyle*, hal ini bisa dibidang bertentangan dengan rezim hukum di mana BNN bekerja: sebuah rezim yang hanya mengizinkan dua kali masa perawatan dan menghukum penjara mereka yang memakai narkotika.

<sup>44</sup> Produktif dan berfungsi, dalam konteks BNN, dimaknai sebagai dua hal yang berbeda. Yang dimaksud dengan produktif ialah kembali berkegiatan, entah itu bekerja atau belajar

program pendek tidak perlu melalui fase *re-entry*.

Meski tercatat sebagai rehabilitasi medis, balai rehabilitasi BNN juga membuka kesempatan bagi metode pendekatan lain seperti *narcotic anonymous* (NA)<sup>45</sup> dan religi. Pasien di balai rehabilitasi BNN dapat mengikuti pertemuan NA di luar balai, sebagai sebuah cara untuk memperkuat mentalitas sekaligus belajar dari orang-orang yang menjalankan metode lain. Prinsip-prinsip 12 langkah yang diterapkan dalam NA juga sedikit banyak dipelajari oleh mereka yang mengimplementasi program di balai rehabilitasi BNN.

Religi juga hadir sebagai sebuah aspek lain dalam balai rehabilitasi BNN. Mereka yang Muslim wajib untuk sholat lima waktu. Pasien yang Muslim memiliki kesempatan untuk berkonsultasi dengan ustadz/ustadzah. Namun, konsultasi tersebut tidak terdokumentasikan, sehingga konselor tidak mengetahui bagaimana perkembangan pasien dalam konteks tersebut.

Hal lain yang dilakukan BNN ialah mekanisme pasca rehabilitasi. Kegiatan yang ada di pasca rehabilitasi ini beragam: pelatihan, seminar, kegiatan vokasional, *home visit*, dan lain sebagainya. Hal ini tidak wajib dilakukan oleh mereka yang ada di program pendek, namun wajib untuk mereka yang menjalani program panjang. Yang menjadi masalah dari inisiatif ini ialah sifatnya yang wajib tersebut. Namun dalam praktik, jika pasien mampu menunjukkan bukti tertulis entah dari pihak keluarga atau pemberi kerja yang meminta mereka kembali secepatnya maka si residen dapat diizinkan tidak perlu mengikuti fase pasca rehabilitasi.

Dalam melaksanakan rehabilitasi, BNN juga menyusun standarnya sendiri. Namun dalam membuat standar tersebut, BNN berkonsultasi dengan Kemenkes dan Kementerian Sosial. Hal ini karena, terutama untuk konteks balai rehabilitasi, BNN memiliki aspek rehabilitasi medis dan sosial dalam program yang ia jalankan

#### D. Kriteria Keikutsertaan

Penentuan partisipasi seorang calon pasien di program panjang atau pendek ditentukan oleh BNN berdasarkan tingkat *severity* (keseriusan ketergantungan) situasi dan juga situasi sosial si calon peserta program. Jika seseorang dinilai memiliki masalah yang BNN pandang dapat mereka atasi dengan mudah atau memiliki tanggung jawab di luar, entah bekerja— baik pemerintah atau swasta — atau studi, orang tersebut akan cenderung diarahkan untuk menjalani program

---

di universitas/sekolah. Sedangkan yang dimaksud dengan berfungsi adalah *give back to society*, memberikan sesuatu kembali pada masyarakat.

<sup>45</sup>*Narcotic Anonymous* (NA) mendeskripsikan dirinya sebagai sebuah kelompok atau komunitas laki-laki dan perempuan di mana, baginya, narkoba telah menjadi masalah besar. NA menggunakan metode 12 langkah yang telah dikembangkan dan diperluas bagi orang-orang yang memiliki masalah adiksi dengan berbagai macam zat. NA adalah komunitas 12 langkah terbesar kedua di dunia setelah *Alcoholics Anonymous* (AA).

pendek (3 bulan).

Untuk mengukur riwayat derajat ketergantungan (*severity*) dalam menilai seseorang dapat dijadikan pasien atau tidak, BNN menggunakan *Addiction Severity Index (ASI)*<sup>46</sup> sebagai patokan. ASI sendiri sebagai sebuah standar telah mendapat pengakuan secara internasional dan panduannya sudah diterjemahkan ke lebih dari 18 bahasa. Namun demikian di waktu-waktu tertentu, BNN juga masih menggunakan DSM-V<sup>47</sup> dan PPDGJ III<sup>48</sup> sebagai rujukan.

#### Pasien Perempuan dan Anak

Di Balai Besar Rehabilitasi BNN Sukabumi, untuk program panjang ada dua *house* yang dibagi berdasarkan umur. *House of Faith* untuk yang berusia 29 tahun dan/atau yang lebih muda dari itu sedangkan *House of Hope* untuk yang berusia 30 tahun dan/atau yang lebih tua dari itu. Masalah muncul kemudian untuk perempuan dan anak.

Lido memiliki fasilitas untuk perempuan, namun tidak menyediakan fasilitas yang diperuntukkan bagi anak (di bawah umur). Hingga saat ini pun, belum ada fasilitas rawat inap untuk anak di Lido. BNN berencana untuk membuat satu fasilitas untuk anak di Lido, namun masih terkhusus untuk anak laki-laki, belum untuk anak perempuan.

### **E. Sumber Daya Manusia**

Untuk standar pengetahuan tim pelaksana rehabilitasi sendiri, BNN merujuk pada modul-modul *Colombo Plan*<sup>49</sup>. BNN mengadaptasi modul-modul tersebut dan kemudian diajarkan kepada setiap staf yang bekerja di balai rehabilitasi agar memiliki pola pikir yang sama dalam melaksanakan pekerjaan masing-masing. Namun demikian, tampaknya BNN belum disiplin dalam melakukan pelatihan ini kepada stafnya. Pelatihan setiap modul dibuat terpisah sehingga peningkatan keilmuan staf cenderung menunggu waktu BNN melakukan pelatihan. Untuk

---

<sup>46</sup> *Addiction Severity Index (ASI)* adalah wawancara semi-terstruktur untuk asesmen riwayat penggunaan narkoba dan rencana pemulihan adiksi seseorang. Panduan ini adalah salah satu instrumen asesmen yang paling sering dipakai di banyak negara.

<sup>47</sup> DSM V adalah singkatan dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, sebuah standar klasifikasi gangguan kesehatan jiwa yang digunakan oleh praktisi kesehatan jiwa untuk mengases kesehatan jiwa seseorang. Panduan ini diterbitkan oleh Asosiasi Psikiater Amerika.

<sup>48</sup> PPDGJ singkatan dari Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa.

<sup>49</sup> Colombo Plan merujuk pada kerjasama ekonomi dan pembangunan sosial di Asia Pasifik yang didirikan pada tanggal 1 Juli 1951 oleh Australia, Kanada, India, Pakistan, Selandia Baru, Sri Lanka dan Inggris. Sekarang terdiri dari 26 negara, termasuk negara-negara non-Persemakmuran dan negara Asia Tenggara. Salah satu program permanen Colombo Plan adalah *Drug Advisory Programme (DAP)* yang dibentuk untuk mengatasi persoalan narkoba di wilayah ini.

mengejar pelatihan modul tersebut secara komplit, beberapa staf BNN bahkan pergi ke daerah lain di mana BNN sedang melakukan pelatihan dan membayar ongkos-ongkos yang dibutuhkan untuk mengakses pelatihan tersebut dengan merogoh koceknya sendiri.

Untuk persoalan peningkatan kapasitas lainnya, BNN cenderung terbuka. BNN dapat mengundang narasumber dari luar maupun dalam negeri untuk memberikan seminar. Apabila ada tim pelaksana rehabilitasi yang membuatnya tulis untuk konferensi di luar negeri misalnya, BNN juga mendukung. BNN juga tidak menghalangi apabila ada tim pelaksana yang tergabung dengan organisasi profesi baik di dalam negeri maupun di luar negeri dan ingin mengikuti sebuah acara di mana organisasi-organisasi tersebut mengadakan pertemuan atau pelatihan.

Terkait dengan pembagian tugas, beban pelaksanaan rehabilitasi tidak hanya ada di pundak konselor, tetapi juga tim pelaksana dari latar belakang profesi lainnya. Untuk intervensi awal pada saat asesmen dan detoksifikasi, dokter dan perawat menjadi ujung tombak. Hal ini tidak berarti bahwa pada tahap *primary* dan *re-entry*, peran dokter - untuk spesifiknya, psikiater - kemudian menjadi tidak relevan. Setiap residen memiliki jadwal tetap setiap minggu untuk bertemu dengan dokter dengan tujuan untuk memantau situasi medisnya. Selain itu, mengingat fenomena ATS juga erat dengan *prolonged withdrawal*, yakni sebuah situasi di mana situasi psikologis tertentu akibat putus zat membutuhkan waktu yang lebih lama untuk muncul, maka intervensi dari psikiater juga merupakan hal yang esensial.

## F. Dinamika Kehidupan di Rehabilitasi

Perlu dipahami bahwa program TC yang BNN jalankan di balainya memang menginginkan pasien untuk hidup dalam kelompok dan terlibat dalam aktivitas-aktivitas kelompok agar pasien dapat mengalami perubahan individual dan mencapai tujuan-tujuan terapeutik. Pasien kemudian hidup dalam sebuah situasi yang terjadwal,<sup>50</sup> suportif, serta belajar hidup dalam hirarki dan fungsi. Ada banyak istilah dan posisi dalam hidup berkelompok tersebut yang perlu mereka pelajari, misalnya mayor (MOD), RCO, *chief*, dan lain-lain. Istilah-istilah tersebut mengemban fungsi-fungsi spesifik dalam hidup berkelompok tadi.

Hidup dalam hirarki tersebut dapat dilihat dari hal-hal kecil seperti izin untuk tidak mengikuti program karena sakit. Untuk memperoleh izin sakit tersebut,

---

<sup>50</sup>Residen hidup terjadwal berdasarkan jam dari pagi hingga malam. Semua orang bangun, tidur, makan, dan melakukan kegiatan lain pada waktu yang sama. Hal ini memang sengaja dilakukan sebagai sebuah cara untuk meningkatkan *sense* untuk hidup dalam kelompok. Sebagai contoh nyata ialah bahwa ketima Ramadhan, maka, baik Muslim maupun non-Muslim, seluruh peserta program harus berpuasa.

seorang pasien harus membicarakan hal tersebut dengan *chief* yang akan membawa permintaan tersebut ke mayor. Mayor kemudian akan membawa persoalan ini ke bagian medis. Bagian medislah yang kemudian akan menentukan apakah pasien dapat memperoleh izin atau tidak. Jika pasien diberikan izin sakit, orang ini tidak kemudian bisa langsung berkegiatan apabila ia merasa lebih baik. Lagi-lagi, bagian medis akan menilai apakah pasien sudah cukup sehat untuk berkegiatan atau masih perlu beristirahat lebih lama. Hirarki ini dapat dikecualikan dalam situasi-situasi darurat tertentu, seperti misalnya jatuh pingsan atau kondisi kesehatan yang memburuk sedemikian rupa.

Pasien juga mendapat bekal untuk hidup dalam aturan rumah dan kelompok. Apabila pasien melanggar, ada konsekuensi yang harus dijalani. Hukuman yang diberikan cenderung berupa arahan. Ada juga hukuman berupa menulis satu kalimat berulang-ulang, mengarang, dan juga mencuci piring seluruh residen di satu rumah.

Contoh lain dari hirarki ini adalah permohonan pertemuan dengan konselor. Jika seorang pasien ingin bertemu dengan konselornya, ia harus memasukkan sebuah slip yang bernama *individual counseling*. Konselor tidak wajib merespon langsung permohonan tersebut. Pertimbangan yang diberikan konselor untuk tidak segera menemui pasien yang merupakan tanggung jawabnya antara lain ialah bahwa konselor ingin mengambil jarak tertentu dengan pasien agar terlihat perkembangannya dan dapat dengan lebih jernih melihat pemenuhan tugas yang diberikan kepada pasien tersebut. Di sisi lain, konselor adalah pintu bagi pasien untuk berkontak dengan keluarga. Kontak dengan keluarga sangat penting karena begitu panjang waktu yang pasienhabiskan di dalam balai rehabilitasi memunculkan risiko putusnya konteks-konteks sosialnya dahulu. Berdasarkan hasil wawancara, ada beberapa insiden di mana hubungan yang tidak terjalin dengan keluarga di masa sedang menjalani rehab berujung pada perceraian. Kasus-kasus seperti ini dapat diminimalisir apabila pasienmemiliki akses yang mudah untuk menghubungi keluarganya, tidak melalui konselor. Di lain pihak, cepat atau lambat memang konselor pasti akan menemui pasien karena bagaimanapun konselor memiliki tanggung jawab untuk menjalankan dan memantau rencana pemulihan adiksi pasien

Sebagai sebuah metode, TC mulai dikenal dan jaya di era di mana heroin menjadi *drug of choice* yang paling utama di tengah masyarakat. TC, sebelum era kejayaan *amphetamine type stimulant* (ATS, di dalamnya termasuk sabu dan ekstasi) dalam beberapa tahun terakhir selepas 2010, dikenal sangat keras, bahkan ada yang menyebut sebagai sebuah metode yang tidak manusiawi dan kerap menimbulkan 'luka' baru bagi si peserta. Kritik-kritik tersebut serta bergesernya tipe zat yang sering digunakan ke ATS, membuat BNN kemudian melakukan beberapa modifikasi.

Modifikasi-modifikasi yang dilakukan memang berat dalam aspek memperlunak pendekatan serta cara berkomunikasi dengan peserta program. Jika dahulu

seorang pasien yang melakukan kesalahan dapat dikonfrontir secara *one on one* dengan jarak sejengkal tangan antar wajah. Kini, metode tersebut diperlunak dengan melebarkan jarak setidaknya satu meter.

Perubahan pendekatan ini tentu menjadi tantangan bagi konselor-konselor yang ada di balai-balai rehabilitasi BNN. Kebanyakan dari konselor yang ada di balai-balai BNN merupakan alumnus dari program TC yang dijalankan BNN. Artinya, banyak konselor yang berstatus sebagai seorang pecandu dalam pemulihan. Dari satu sisi, hal ini baik karena artinya mereka dapat bicara dalam satu frekuensi dan dunia yang sama dengan si peserta program. Namun di sisi lain, karena mayoritas dari mereka mengalami model TC awal yang belum dimodifikasi dan harus berhadapan dengan peserta program dengan *drug of choice* yang berbeda, maka konselor-konselor ini dituntut untuk menyesuaikan diri dengan situasi baru ini. Hal ini dapat dilihat dari bagaimana konselor-konselor ini memaknai *blocking*, yakni sebuah situasi di mana pemberi program melihat seorang peserta program belum mau membuka diri atau melakukan tindakan-tindakan yang dicirikan sebagai seseorang yang menolak program. Standar dalam melihat fenomena ini dan cara mengatasinya tentu harus diselaraskan dengan tipe-tipe umum residen yang sekarang ada di balai, tidak lagi dapat menggunakan standar yang mereka alami dahulu ketika masih menjadi residen.

## BAB V

### PENUTUP: KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Penelitian ini sejak awal didesain untuk memetakan jenis rehabilitasi yang tersedia (deskriptif). Oleh karena itu, penelitian ini memang tidak akan mencari tahu sejauh mana layanan rehabilitasi yang ada itu sudah efektif atau belum untuk mengatasi persoalan ketergantungan narkotika; maupun apakah dalam fasilitas rehabilitasi tersebut ada tindakan pelanggaran etik, hukum, maupun hak asasi manusia. Tim peneliti mengakui bahwa faktor-faktor tersebut jugalah penting adanya. Namun, penelusuran lebih lanjut mengenai hal tersebut justru akan membuat hasil penelitian menjauh dari intensi awalnya, yakni memetakan jenis rehabilitasi yang ada di Indonesia.

Pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan (Kemenkes), Kementerian Sosial (Kemensos) dan Badan Narkotika Nasional (BNN) telah berupaya keras menyediakan rehabilitasi medis dan sosial bagi pengguna narkotika. Hal tersebut tentu layak mendapat apresiasi. Namun, di dalam studi ini, tim peneliti menemukan sejumlah tantangan dan persoalan, baik faktor internal maupun eksternal lembaga. Bab ini merangkum uraian bab-bab sebelumnya serta memberikan rekomendasi kunci.

#### A. Kerangka Hukum

Sebagaimana disebutkan di atas, dalam rentang waktu beberapa tahun, terjadi banyak perubahan peraturan terkait dengan pedoman pelaksanaan rehabilitasi. Pendeknya umur sebuah peraturan tentu memengaruhi kinerja tim pelaksana rehabilitasi medis. Berdasarkan pengakuan responden, tim pelaksana rehabilitasi medis mengalami kesulitan untuk menyesuaikan prosedur layanan mereka dengan standar yang terus berubah. Beberapa anggota tim pelaksana fasilitas rehabilitasi medis yang diwawancarai memang dapat menyebut secara tepat apa dasar dari pedoman yang mereka miliki, yaitu Permenkes 50/2015. Namun, beberapa lainnya tidak bisa mengingat dasar pedoman tersebut. Walaupun tentu hal ini tidak serta merta berarti mereka yang tidak ingat tidak tahu pedoman yang digunakan. Dalam wawancara dengan salah satu fasilitas rehabilitasi medis, para anggota tim pelaksana di kliniknya mengatakan bahwa mereka hanya memiliki satu salinan yang mereka gilir di antara mereka agar semuanya dapat membaca dan memahami peraturan tersebut. Selain itu, diseminasi perubahan peraturan harus disertai dengan pemberian salinan peraturan yang baru kepada setiap fasilitas rehabilitasi medis.

## B. Metode Rehabilitasi

Metode rehabilitasi yang digunakan oleh Kemenkes berbeda dengan yang digunakan oleh Kemensos. Kemenkes memberikan pedoman tata laksana yang wajib diikuti oleh fasilitas rehabilitasi di bawahnya. Fasilitas rehabilitasi di bawah Badan Narkotika Nasional juga menggunakan metode rehabilitasi medis, walaupun pada pelaksanaannya fasilitas-fasilitas ini menggunakan pedoman tersendiri yang BNN susun. Di sisi lain, Kemensos hadir dengan standar pelayanan minimum 'plus', dimana masing-masing fasilitas rehabilitasi dapat memilih sendiri metode yang menurut mereka tepat selama proses tersebut tercatat dan dilaporkan dengan baik kepada Kemensos.

Terdapat beberapa persoalan terkait dengan metode rehabilitasi. **Pertama**, beberapa fasilitas rehabilitasi medis juga memberikan intervensi psiko-sosial, seperti yang dilakukan RS Sanglah dan RSKO. Namun, di semua fasilitas rehabilitasi sosial, intervensi medis diberikan melalui rujukan ke fasilitas kesehatan lain diluar fasilitas rehabilitasi tersebut. Hal ini membuat pasien tidak mendapatkan intervensi yang mereka butuhkan secara komprehensif.<sup>51</sup> Padahal, dua tujuan utama dari seluruh fasilitas rehabilitasi tersebut adalah memulihkan pasien dari penggunaan narkotika dan reintegrasi ke masyarakat – tujuanyang akan sulit tercapai tanpa intervensi yang komprehensif. Dengan demikian, akan jauh lebih baik jika tiap-tiap fasilitas rehabilitasi dapat memberikan layanan medis dan psiko-sosial yang lengkap dan berada pada satu atap.

**Kedua**, beberapa metode yang digunakan oleh fasilitas rehabilitasi sosial belum teruji secara ilmiah. Keterujian secara ilmiah ini penting guna memastikan keefektivitasan metode terpilih. Perlu disadari bahwa fasilitas-fasilitas rehabilitasi ini mendapat dukungan dana dari pemerintah. Dengan demikian, memastikan metode yang digunakan telah teruji ilmiah dan efektif sama artinya dengan meyakinkan masyarakat bahwa negara telah berinvestasi pada metode yang sah. Di sisi lain, pemerintah perlu memperluas (*scaling-up*) dukungan bagi pelaksanaan rehabilitasi ketergantungan narkotika yang telah teruji ilmiah tingkat keefektivitasannya.

**Ketiga**, metode rehabilitasi yang tersedia harus sesuai dengan kebutuhan masing-masing pasien. Tentu efek penggunaan dan gejala putus zat pengguna opioid berbeda dengan pengguna ATS, misalnya. Tim peneliti menemukan bahwa sebagian besar metode rehabilitasi yang dipakai fasilitas-fasilitas rehabilitasi di Indonesia merupakan metode rehabilitasi ketergantungan zat opioid. Walaupun beberapa fasilitas rehabilitasi menerima pengguna ATS,

---

<sup>51</sup>Pentingnya intervensi yang komprehensif disampaikan oleh Riza Sarasvita, Ph.D, Direktur Penguatan Lembaga Rehabilitasi Instansi Pemerintah Deputy Bidang Rehabilitasi BNN, dalam wawancara dengan tim peneliti yang dilakukan pada 12 Desember 2016.



namun metode yang digunakan serupa dengan metode rehabilitasi bagi pengguna opioid. Mengingat angka pengguna ATS di Indonesia terus meningkat, pemerintah harus mulai menguji apakah penggunaan metode rehabilitasi yang digunakan bagi pengguna opioid efektif untuk diterapkan terhadap pengguna ATS. Jika tidak efektif, pemerintah perlu merancang metode pendekatan kesehatan bagi pengguna ATS yang lebih komprehensif, sebagaimana pendekatan kesehatan bagi pengguna opioid dahulu dirancang.

### C. Inklusifitas Pasien

Beberapa fasilitas rehabilitasi yang tim peneliti kunjungi tidak memiliki pasien perempuan maupun anak – walaupun beberapa menyatakan diri pernah menerima pasien perempuan. Meskipun intervensi yang diberikan pada pasien perempuan dan anak secara umum sama dengan pasien pria, namun perlu disadari bahwa terdapat kebutuhan-kebutuhan khusus bagi pasien perempuan dan anak. Permenkes 2415/2011 menyebutkan pentingnya pertimbangan kebutuhan gender dan anak dalam memberikan rehabilitasi.<sup>52</sup>

Pemerintah, melalui BNN, semestinya ada di posisi yang lebih tahu mengenai demografi pemakai narkoba anak dan perempuan di Indonesia. Kedua aspek tersebut hendaknya jangan dianaktirikan dengan tidak segera menyediakan fasilitas yang dibutuhkan. Pemerintah harus memastikan bahwa setiap fasilitas rehabilitasi mampu, baik dari segi sarana pra-sarana maupun kualifikasi tim pelaksana, memberikan rehabilitasi bagi pasien perempuan dan anak. Misalnya, fasilitas rehabilitasi harus dapat memberikan akomodasi terpisah, memberikan pilihan aktivitas vokasional bagi pasien perempuan, atau bahkan mempertimbangkan jenis rehabilitasi bagi pasien perempuan yang sedang menyusui. Bagi anak, fasilitas rehabilitasi harus memastikan bahwa anak, terutama usia sekolah, tidak harus berada pada posisi ‘memilih’ antara mengikuti program rehabilitasi atau melanjutkan sekolah.

### D. Sumber Daya Manusia

Selain metode rehabilitasi yang berkualitas – yaitu yang berbasis bukti dan teruji ilmiah tingkat keefektifitasannya, tim pelaksana pun harus dipastikan berkualitas baik kualifikasinya maupun performanya. Tim peneliti masih menemukan situasi dimana anggota tim pelaksana rehabilitasi tidak, atau belum mendapatkan pelatihan sesuai dengan fungsi yang dijalkannya. Temuan ini sangat merisaukan mengingat keberhasilan seorang pasien mengatasi ketergantungan narkotikanya, salah satunya, juga bergantung pada kualitas orang-orang yang membantu merawatnya.

---

<sup>52</sup>Permenkes 2415/2011, Pasal 15 dan 16.

Persoalan lain yang berkelit-kelindan dengan kualifikasi adalah tingginya rotasi staf, terutama pada fasilitas-fasilitas rehabilitasi di bawah Kemenkes. Beberapa rotasi dilakukan lintas rumah sakit atau Puskesmas, tetapi tetap pada peran yang sama, yaitu tim pelaksana rehabilitasi narkotika. Namun, tidak jarang juga rotasi dilakukan pada peran yang berbeda.

Sudah sepatutnya pemerintah mengeluarkan upaya lebih guna memastikan tim pelaksana rehabilitasi ketergantungan narkotika memiliki kualifikasi yang tepat dan terkini, baik di kota-kota besar maupun kota-kota kecil di Indonesia. Hal ini dapat dilakukan dengan, misalnya, memperbanyak pelatihan-pelatihan terkait rehabilitasi narkotika, serta menegakkan peraturan mengenai periode tim pelaksana untuk dua tahun.

Selain itu, mengingat beragamnya profesi yang terlibat dalam perawatan pemulihan ketergantungan narkotika, perbedaan *mindset* dan latar belakang keilmuan yang ada ini seharusnya dapat menjadi potensi yang luar biasa untuk proses pemulihan yang optimal apabila ada komunikasi yang seimbang dan terbuka dari seluruh yang terlibat dalam program rehabilitasi. Oleh karena itu, penting bagi setiap fasilitas rehabilitasi untuk segera mengembangkan cara mengkomunikasikan perkembangan pasien dengan cepat dan terbuka dalam kultur komunikasi yang egaliter, positif dan konstruktif.

## **E. Penciptaan Lingkungan Kondusif**

Pendekatan kesehatan yang dilakukan melalui, salah satunya, menyediakan akses rehabilitasi bagi pengguna narkotika seluas-luasnya memang merupakan langkah yang sudah seharusnya diambil oleh pemerintah guna melaksanakan kewajibannya untuk memenuhi hak atas kesehatan. Namun, terlepas dari sebaik apapun metode yang berjalan, sebanyak apapun fasilitas rehabilitasi yang tersedia dan didanai oleh pemerintah, kebanyakan pengguna narkotika akan merasa enggan untuk mengakses rehabilitasi jika tidak tercipta lingkungan yang kondusif.

Lingkungan yang kondusif mengacu pada kondisi dimana pengguna narkotika dimampukan untuk mengakses rehabilitasi dan layanan kesehatan lainnya. Jika dengan mengakses rehabilitasi mereka harus kehilangan akses pendidikan, pekerjaan, kesejahteraan, serta mengalami diskriminasi di sepanjang sisa hidup mereka atau bahkan terancam dipenjara karena kondisi penggunaan narkotika mereka, tidak mengherankan bila masih banyak pengguna narkotika yang belum atau tidak mau mengikuti rehabilitasi walaupun mereka sesungguhnya merasa butuh dan bersedia.

Oleh karena itu, melakukan rehabilitasi dengan rawat jalan sebagaimana yang BNN sediakan di klinik-kliniknya ini baik dan tepat bagi mereka yang dalam

situasi adiksi yang belum terlalu serius dan/atau masih memiliki kegiatan harian seperti bekerja atau masih dalam studi.

Penelitian ini sendiri menghadirkan pertanyaan politis tidak langsung kepada pemerintah Indonesia: di tengah situasi perang terhadap narkoba, apa yang pemerintah lakukan bagi warganya untuk membantu mengatasi ketergantungan narkoba mereka? Karena pada akhirnya, intervensi kesehatan yang secara langsung mengatasi perilaku pemakai narkoba, misalnya rehabilitasi narkoba dan pengurangan dampak buruk narkoba (*harm reduction*), adalah tindakan penting yang diperlukan untuk menyelamatkan nyawa para pemakai narkoba. Intervensi kesehatan inilah yang jauh lebih penting untuk didukung dan dikembangkan oleh pemerintah, daripada harus menghabiskan banyak dana untuk kriminalisasi pemakai narkoba, yang didasarkan pada pendekatan pengurangan jumlah permintaan (*demand reduction*); dan penggunaan hukuman mati dan eksekusi – simbol paling ekstrim dari pendekatan pengurangan jumlah persediaan (*supply reduction*).

Pemulihan ketergantungan narkoba tentu bukan tugas yang mudah. Namun, jika setiap rehabilitasi dilakukan dengan metode yang tepat, dan disesuaikan dengan kebutuhan individu yang berbeda-beda, pemerintah sedang berada di jalur yang tepat dalam mengatasi dampak kesehatan akibat ketergantungan narkoba. Sudah waktunya bagi pemerintah untuk berpikir ulang akan keseluruhan strategi penanggulangan peredaran gelap narkoba yang ada sekarang – yang masih mengandalkan pendekatan punitif. Strategi yang usang, tidak terbukti keefektifitasannya, dan justru mengancam kesuksesan strategi yang telah terbukti membawa hasil harus segera dihentikan.



## Daftar Pustaka

### Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika

Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapo  
Pecandu Narkotika

Keputusan Presien Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang  
Kementerian Sosial

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang  
Persetujuan Tindakan Kedokteran

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 2415/MENKES/PER/XII/2011 tentang  
Rehabilitasi Medis Pecandu, Penyalahgunaan dan Korban Penyalahgunaan  
Narkotika

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 50 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis  
Pelaksanaan Wajib Lapo Rehabilitasi Medis bagi Pecandu, Penyalahguna,  
dan Korban Penyalahgunaan Narkotika

Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2012 Tentang  
Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan  
Zat Adiktif Lainnya

Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2012 Tentang Standar Lembaga  
Rehabilitasi Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat  
Adiktif Lainnya

Peraturan Menteri Sosial Nomor 22 Tahun 2014 Tentang Standar Rehabilitasi  
Sosial dengan Pendekatan Pekerja Sosial

# **Mapping Out Drug Dependency Treatment in Indonesia**

Ajeng Larasati || Dominggus Christian || Yohan Misero

Ajeng Larasati, Dominggus Christian, Yohan Misero | August 2017

©2017 Community Legal Aid Agencies

Research Team : Ajeng Larasati, Dominggus Christian, Yohan Misero, Herru Pribadi, Suwanto

Editor : Ricky Gunawan

Cover Design:Yosua Octavian

Published by Community Legal Aid Agencies

Tebet Timur Dalam VI E No. 3, Tebet

Jakarta Selatan, 12820

Indonesia

This research is supported by the Mainline Foundation. The opinions and views expressed in this research report are those of the author and do not necessarily reflect the official view of the Mainline Foundation. The Mainline Foundation or any person acting on their behalf may be held responsible for the use of the information contained in this research report.

# TABLE OF CONTENTS

Foreword .....	v
Executive Summary.....	vi
<b>CHAPTER I : INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
A. Background : Indonesian Narcotics Rehabilitation.....	1
Government Involvement in Drug Dependency Treatment.....	1
Mapping Various Drug Dependency Treatment Models.....	2
B. Research Methodology.....	3
Research Questions .....	3
Research Design.....	3
Selection of Locations.....	4
Data Collection .....	7
Observations.....	7
Research Limitations .....	8
<b>CHAPTER II : PROVISION OF MEDICAL REHABILITATION BY THE MINISTRY OF HEALTH .....</b>	<b>9</b>
A. Implementation of Guidelines .....	10
B. Types of Rehabilitations .....	11
C. Facilities, Infrastructure and Service Procedures .....	13
D. Inclusion Criteria.....	14
E. Financing.....	16
F. Human Resources.....	18
<b>CHAPTER III : PROVISION OF SOCIAL REHABILITATION BY THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS<sup>22</sup> .....</b>	<b>20</b>
A. Legal Basis and Implementation of Guidelines.....	20
B. Types of Rehabilitation and Its Facilities .....	22
C. Methods of Social Rehabilitation .....	23
D. Inclusion Criteria.....	26
E. Financing.....	27
F. Human Resource Availability.....	27
<b>CHAPTER IV : IMPLEMENTATION OF REHABILITATION BY THE NATIONAL NARCOTICS AGENCY (BNN).....</b>	<b>31</b>
A. Legal Basis .....	31
B. Rehabilitation Site and Financing.....	32
C. Methods of Rehabilitation.....	33
D. Inclusion Criteria.....	34



E. Human Resources .....	35
F. The Dynamics of Life in Rehabilitation.....	36

CHAPTER V : CLOSING : CONCLUSION AND

RECOMMENDATIONS .....	39
-----------------------	----

A. Legal Framework .....	39
B. Rehabilitation Methods.....	40
C. Inclusion of Patients .....	41
D. Human Resources.....	41
E. Creation of a Conducive Enviroment .....	43

Bibliography .....	
--------------------	--

## FOREWORD

Upon winning the presidential election in 2014, Joko Widodo, often referred as Jokowi - launched the war on drugs in Indonesia. He claimed that Indonesia is in a drug emergency situation. This emergence is marked by the existence of 4.5 million people who use drugs in Indonesia; worse, 1.2 million of them 'can no longer be rehabilitated because of their deteriorating condition'.

When Jokowi made such statement, it was expected that he would adopt a policy that was aimed to address the impact of drug trafficking. For example, by providing wider access to drug dependency rehabilitation. The question was and still relevant, is, how drug dependency rehabilitation is currently implemented in Indonesia?

Through this report, LBH Masyarakat seeks to provide information on how drug dependency rehabilitation is carried out in Indonesia. This report consists of information on the type, methodology, inclusiveness and participation, financing, and human resources situation with regard to implementing drug dependency rehabilitation. We find that there are barriers, both practical and structural, that hinder effective implementation of drug rehabilitation. At the end of this report, we develop recommendations for relevant stakeholders with a view that the proposed recommendations would contribute in creating drug dependency rehabilitation in Indonesia that is more accessible and with good quality.

We would like to express our sincere gratitude to ...?? for their tremendous help and contribution in the development of this report. We thank the Ministry of Health, the Ministry of Social Affairs, and the National Narcotic Board for welcoming us to interview and observe drug dependency rehabilitation facilities under their auspices, or that they support. We thank all the patients, doctors, health care workers, and managements of drug dependency rehabilitation at YPI Nurul Ichsan, RS Jiwa Atma Husada, RSUD Sanglah, Yayasan Ar-Rahman, Yayasan Hikmah Syahadah, Balai Rehabilitasi Lido, Balai Rehabilitasi Badokka, AKSI NTB, Yayasan Karisma, Puskesmas Gambir, and RSKO Cibubur.

We thank Mainline Foundation for their support and assistance from the beginning until the finalisation stage of this report.

This report is just a part, or even a beginning of the long and winding road in the advocacy towards a more humane drug policy in Indonesia. To close this, we believe that #PrisonIsNotASolution, #BecauseEveryHumanMatters.

Jakarta, August 2017

LBH Masyarakat

## EXECUTIVE SUMMARY

The Government of Indonesia mandates the implementation of drug dependency rehabilitation to, initially, two government agencies, the Ministry of Health and the Ministry of Social Affairs, to carry out and coordinate medical and social drug dependency rehabilitation, respectively. When there was a need to provide drug dependency rehabilitation in some rural cities where the Ministry of Health and the Ministry of Social Affairs have no facilities operated in those areas, the President of Indonesia enacted a regulation that provides authority to the National Narcotic Board to carry out drug dependency rehabilitation.

The research aims to map different types and methods of drug dependency rehabilitation, as well as other relevant aspects. After series of interviews with the MoH, MoSA, and the NNB, the research team carefully chose drug dependency rehabilitation facilities to visit and observe. The research team also conducted interviews with doctors, nurses, and patients of the visited drug dependency rehabilitation. In total, there are **forty five respondents** who were interviewed. The research team focused the interview on five aspects, namely (1) **Legal framework**, including guidelines in implementing drug dependency rehabilitation; (2) **Types and methods of rehabilitation**, as well as the facilities provided to support the implementation of rehabilitation; (3) **Requirements and the inclusiveness of minority groups**, such as women, children and young people, as well as people with mental health issues; (4) **Financing**; and (5) **Human resources**. Despite our best efforts in gaining information on those five, how depth such information is available to the research team relies on the willingness of the respondents to share it. For example, the research team received a more in-depth information on the dynamics of people who use drugs living in NNB's drug dependency rehabilitation facilities - a piece of information that was not substantially gained from facilities under the auspices of the MoH and the MoSA.

In general, there are two types of drug dependency rehabilitation in Indonesia, namely medical and social rehabilitation. Each of these types of rehabilitation can be carried out in two methods: in-patient and out-patient. Methadone maintenance therapy is an example of medical rehabilitation that is undertaken with out-patient method. There is social rehabilitation that utilises in-patient method. Particularly for drug dependency rehabilitation facilities run by the NNB, the difference between in-patient and out-patient methods lies fully on the facilities. If it is carried out in *Balai Besar* (Grand Hall), then it will be carried out in in-patient manner only, except for the aftercare stage where patients can

choose between in-patient and out-patient methods. Meanwhile, the rehabilitation that is undertaken in the Local Office of the NNB, it must use out-patient method.

Some drug dependency rehabilitation facilities provide options for in-patient or out-patient methods for their patients. In this situation, ideally patients have a right to participate in deciding which methods they deem relevant and feasible taking into consideration their situation, such as work and education. However, it is difficult to comply if the selected drug dependency rehabilitation facilities only have one method of rehabilitation.

In this research, the research team found that each facility is required to have a permit - or at least is registered under the MoH, MoSA, or the NNB - prior to providing drug dependency rehabilitation services. All of the visited facilities have their own guidelines, of which they develop in accordance with regulations issued by the relevant ministries for their type of rehabilitation. For example, hospital or community health centre (CHC) uses the MoH's regulation in delivering drug dependency rehabilitation. For facilities that are supported by the MoSA, they use similar regulation produced by the MoSA. With regard to the existence of a guideline, the research team found that the guidelines provided by the relevant ministries are often changed, or amended. Thus, requiring the rehabilitation implementing unit to re-learn and readjust their existing guidelines with the new regulation.

As mandated on the guidelines, all drug dependency rehabilitation facilities require their potential patients to sign an informed consent form. Some facilities even require the presence of a family member to act as a witness. If the patients need their family members' help in accessing the treatment, the facility can easily identify the patients' family members. For example, if a methadone patient in Gambir CHC is ill in Medan, their family can help representing the patient to Gambir CHC to obtain their daily dose of methadone and bring it to the patient.

Especially for underage patients, the presence of their parents - or other family member - is a must. Based on the interviews, some respondents believe that this requirement contributes on the low rates of underage patients enrolled in drug dependency rehabilitation. This situation is concerning since the number of underage drug user are increasing. Similar to underage patient, the research team also found very few female patients. The research team would argue that the low number of female patients is caused by the limited facility that could accommodate special needs of female patients. However, there might some

other factors that the research team cannot fully explore as it is not the objective of the research.

The research team received rich information with regard to financing. All of the NNB's drug dependency rehabilitation facilities provide the services free of charge. The budget to run the facility itself is fully covered from the NNB's annual budget. Drug dependency rehabilitation facilities under the auspices of the MoSA also provide the services free of charge. However, the financial support received from the MoSA can only cover the basic needs of patients, such as food, and salary for the implementing unit. Many drug dependency rehabilitation facilities under the auspices of the MoSA received funding from other sources, such as donor agencies.

Unlike the two type of drug dependency rehabilitation facilities mentioned ahead, patients in facilities under the auspices of the MoH partially cover the expenses. The MoH has set the budget they covered for each patient. Unfortunately, there are other costs that are not covered, or the coverage is not sufficient. For example, methadone patient must pay retribution fee every time they access methadone service in a neighbouring CHC. Based on the interviews, it is believed that the financial gap discourages patients accessing the services in some facilities.

The research team also look at the capacity of the implementing unit, for example, by ensuring that they receive a proper training before they take up their role in the facility. This also includes the social workers who are placed in the implementing unit. The research found that although most of the implementing unit have had proper trainings, such training was held few months after they took up the position as implementing unit. This means, there is some period of time where the implementing unit have not fully upgraded their knowledge to keep up with their roles. Even, in some cities, there are still members of the implementing unit who have never been trained, mostly those who work under the auspices of the MoH.

Apart from the training, the research team also found a high rate of rotation of the implementing unit under the auspices of the MoH. When the rotation happened, a worker would be placed in different division under the same health facilities (ie, from drug dependency rehabilitation to mental health rehabilitation), or in different health facilities. This policy has become a challenge for all implementing unit as it may interrupt the work rhythm that has been set, or potentially putting a worker with no proper training in the implementing unit.

Based on the findings, the research team developed some recommendations, to help addressing the existing challenges; and therefore contribute in improving the quality of drug dependency rehabilitation in Indonesia. The recommendations are *inter alia*:

- Amendment of regulations should not happen frequently, especially if it affects the daily procedures in carrying out drug dependency rehabilitation. Legal certainty is, therefore, important. If a change must be made, the relevant ministries must ensure that the new regulation is disseminated widely and effectively. This will require not only physical distribution of the regulation, but also ensuring that the implementing unit comprehends what the changes is about and how it affects their work.
- Support all methods used in drug dependency rehabilitation with scientific evidence that can guarantee its effectiveness. This might also mean that the relevant ministries should consider ensuring that all patients can access both medical and psychological treatment whenever they need it under one roof or system.
- Ensure that all drug dependency rehabilitation services provided are inclusive, including for female and underage drug users. Each drug dependency rehabilitation facility must accommodate the special needs of female, underage, and male patients in their facilities. To achieve this, all relevant ministries must expand their trainings to include sessions on gender and underage sensitivity.

# CHAPTER I INTRODUCTION

## A. BACKGROUND: INDONESIAN NARCOTICS REHABILITATION

In December 2016, the President of the Republic of Indonesia, Joko Widodo, delivered a speech at the National Monument (Monas), Jakarta, stating that Indonesia is in a state of narcotics emergency. At the time, President Joko Widodo was attending an event for destruction of narcotics evidence organized by the National Police of the Republic of Indonesia (Kepolisian Republik Indonesia - Polri) and the National Narcotics Agency (*Badan Narkotika Nasional* – BNN). President Joko Widodo stated, “Seeing such things, we must declare a great war on drugs.”<sup>1</sup>

The narrative of a war on narcotics has placed a heavy emphasis on the use of punitive practices in narcotics law enforcement. It does not however eliminate the debate on the health aspects of drug dependency treatment from existing public discourse. In fact, this situation continues to bring on the discussion about treatment of narcotics dependency into the limelight. The justification of President Joko Widodo in declaring a war on narcotics is the statistics of daily mortality due to narcotics. This figure, its weak methodology<sup>2</sup> aside, may represent the need for drug dependency treatment in Indonesia. It may also hint at the limited degree of effectiveness of drug treatment in Indonesia,

### Government Involvement in Drug Dependency Treatment

In the context of Indonesian narcotics policy, the topic of drug rehabilitation in Indonesia cannot be separated from the issue of criminalization of people who use drugs. The Law Number 35 of 2009 regarding Narcotics (Narcotics Law) adopts a compulsory reporting system for drug users. This system essentially regulates that people who use drugs are required to undergo rehabilitation in

---

<sup>1</sup> See the following news article (in Indonesian): <http://www.dw.com/id/presiden-jokowi-pimpin-langsung-pemusnahan-narkoba-di-monas/a-36660267>.

<sup>2</sup> This issue has been criticized by a number of prominent academics from various institutions at home and abroad. See, for example: <http://theconversation.com/indonesia-uses-faulty-stats-on-drug-crisis-to-justify-death-penalty-36512>, and <https://www.theguardian.com/world/2015/jun/05/experts-criticise-data-used-by-indonesia-to-justify-punitive-drugs-policies>.



facilities designated by the government if they wish to avoid criminal prosecution.

In the Narcotics Law, Indonesia makes a distinction between treatment and care of narcotics dependency into two categories: medical rehabilitation and social rehabilitation.<sup>3</sup> This Narcotics Law also provides that medical rehabilitation shall be under the auspices of the Ministry of Health (MoH), while management of social rehabilitation shall be under the auspices of the Ministry of Social Affairs (MoSA). The distinction between these two types of rehabilitation is not based on scientific considerations since there is no further explanation on what the distinction is based on. It is believed that the distinction came to be based on the issue of separation of power between the MoH and MoSA, as well as practical and budgetary constraints.

In addition, there are currently more than these two ministries/state agencies involved in organizing drug rehabilitation. BNN and Polri, for example, are also involved in the provision of drug rehabilitation facilities. Furthermore, the National AIDS Commission (*Komisi Penanggulangan AIDS Nasional* – KPAN) has a budget to support community-based addiction recovery programs. And correctional facilities, which are under the auspices of the Ministry of Justice and Human Rights (Moj&HR), also have narcotics rehabilitation facilities.

The involvement of many stakeholders in the above context of narcotics dependency rehabilitation has created a situation where government provides many different types of drug dependency treatment and care. However, it seems that there is yet to be a study in Indonesia that documents the various types of drug rehabilitation models offered by the government.

## Mapping Various Drug Dependency Treatment Models

Based on the explanation above, this study was designed with the aim **to map the different types of drug dependency treatment offered by several ministries/state agencies and to capture their various methodologies**. All drug rehabilitation facilities that the research team visited and discusses in this research report are part of the compulsory reporting system (IPWL). Compulsory reporting, as mandated by the Narcotics Law, is conducted in two ways, medically and socially. Compulsory Report Institutions (IPWL) of medical rehabilitation is assigned by the Minister of Health. In its implementation, the MoH and MoSA – depending on the type of rehabilitation- may appoint a medical and social rehabilitation facility to become IPWL. Consequently, facilities that become IPWL receive financing support from the government. However,

---

<sup>3</sup> Law Number 35 of 2009 regarding Narcotics (UU Narkotika), Article 1 number 16 and 17.

there are other medical rehabilitation facilities that are not incorporated as IPWL. Another difference is that facilities that are registered as compulsory reporting institution can issue an IPWL card for its patients. This card is supposed to protect its patients from drug prosecution. This research does not look at the difference between facilities that are part of IPWL and those that are not.

This study is useful for the public at large, as well as for narcotics-user community in determining what rehabilitation model would suit their needs in relation to drug dependency. More importantly, however, this study is expected to pave the way for further research to provide an evidence-base for the different types of narcotics rehabilitation services.

## **B. RESEARCH METHODOLOGY**

### **Research Questions**

This research applies a descriptive methodology and will focus on the implementation of drug dependency treatment in drug rehabilitation facilities visited by the research team. This research seeks to answer the following questions:

1. What types of drug rehabilitation are provided under the auspices of the Ministry of Health, the Ministry of Social Affairs, and the BNN?
2. How do the institutions provide rehabilitation programs for its patients- what facilities and services are available at the facilities?

### **Research Design**

Given the aim of this study- to map the Indonesian drug dependency treatment and capture the methodology -, the research team chose a qualitative approach. Three methods were used:

- Review of laws and regulations that concern drug dependency treatment
- Observations during site visits to drug rehabilitation facilities
- Semi-structured in-depth interviews with relevant stakeholders

Using this method, the research team was able to understand the different types of drug dependency treatment and care in Indonesia. The team was able to learn directly from the experiences of the respondents involved in the various organizations of drug rehabilitation.

The research team collected their data from drug rehabilitation facilities. As explained above, there are several types of drug rehabilitation in Indonesia, and in this research, the categorization of the rehabilitations refer to the distinction of rehabilitation based on Indonesian narcotics laws and policies. This study thus selected drug rehabilitation facilities under auspices of MoH, MoSA and BNN for review in this report.

## **Selection of Locations**

Considering that each ministry/state agency has several rehabilitation facilities under their auspices, the selection of locations to include in the research was done in two stages.

**First**, the research team met with and interviewed authorized officials in each of the ministries/agencies. These meetings aimed to discuss types of rehabilitation available under their supervision. The content of the interviews was also taken into consideration in analyzing the research findings.

**Second**, the research team then met with several experts, researchers and/or practitioners to discuss the design of this study and to select appropriate locations. The experts that the research team met with in order to carry out this research are:

- Sam Nugraha, Director of PEKA Halfway House Bogor, with experience in running rehabilitation facilities;
- Asmin Fransiska, a lecturer in human rights law at the Atmajaya Indonesian Catholic University Jakarta and a researcher at the Atmajaya HIV/AIDS Research Center, with an in-depth knowledge of narcotics policy, HIV/AIDS in the context of law and human rights; and
- Sabarinah Prasetyo, a researcher at the Health Research Center of the University of Indonesia (PPK-UI), with knowledge and experience in research related to narcotics dependency.

After meeting with the ministries/state agencies and the experts, the research team then determined which facilities were considered representative of the rehabilitation types that exist in MoH, MoSA and BNN. The following facilities were selected:

Name of the facility and location	Under responsibility of	Characteristics that determined selection
Drug Dependency Hospital ( <i>Rumah Sakit Ketergantungan Obat – RSKO</i> ) Cibubur, East Jakarta	MoH	One of the advanced drug rehabilitation facilities in Jakarta
Regional Mental Hospital (RSJD) Atma Husada, Samarinda, South Kalimantan	MoH	Provide services for drug user inpatients with psychiatric conditions or problems
Sanglah General Hospital, Denpasar, Bali	MoH	One of the first hospitals in Indonesia to provide methadone maintenance therapy services
Gambir Public Health Center ( <i>Pusat Kesehatan Masyarakat – Puskesmas</i> ), Jakarta	MoH	One of several <i>Puskesmas</i> in Indonesia that provides methadone maintenance therapy services through outpatient care
Hikmah Syahadah in Tangerang, Banten	MoSA	Use Islamic approach in their drug dependence treatment, famous for its “patient poaching” method for drug detoxification
YPI Nurul Ihsan Al-Islami in Purbalingga, Central Java	MoSA	Use Islamic approach in their drug dependence treatment by using prayer and electrocution methods to treat narcotics addiction for their clients
Yayasan Karisma, Jakarta	MoSA	Use therapeutic community (TC) method for their patients, and has a reputation of being

		trusted by judges as a rehabilitation site for drug users in conflict with the laws
Yayasan Ar-Rahman	MoSA	Referred by the MoSA as one of successful drug rehabilitation centers
Aksi NTB, Lombok, East Nusa Tenggara	MoSA	Use therapeutic community (TC) method and community-based treatment for their patients. Chosen to represent eastern Indonesia area
BNN Drug Rehabilitation Center in Lido, West Java	BNN	use therapeutic community methods in their inpatient programs for all patients irrespective of the type of narcotics they consume
BNN Drug Rehabilitation Center in Badoka, Makassar, South Sulawesi	BNN	

Considering that Polri (INP) also has IPWL facilities, the research team decided to visit one rehabilitation facility available in Jakarta to learn about the types of services available, namely Bhayangkara Police Hospital<sup>4</sup>. However, it was unfortunate that the research team did not get the chance to meet with Bhayangkara Police Hospital management despite having sent some correspondences in advance.

**The research team decided not to visit detention centers and correctional facilities (which are under the auspices of *Kemenkumham*) that provide drug rehabilitation services, with the consideration that the drug rehabilitation provided in detention centers and correctional facilities is in the context of closed settings, rather than “normal” conditions where a patient can freely access the service.**

## **Data Collection**

### **Interviews**

Upon arrival at the drug rehabilitation facility, the research team meets with three parties.

The first party would be the agency director/head or administrative staff of the rehabilitation facility with the goal to find out the institutional structure and programs offered by the institution.

The second party would be the provider of direct rehabilitation services, i.e. doctor, nurse or counselor; with the goal to explore their qualifications and capacity in providing rehabilitation services. In addition, these respondents were asked whether they had given expert testimony in criminal proceedings in cases of narcotics users in conflict with the law. In order to see the potential drug dependency treatment service that they may help to deliver in the context of criminal justice system.

The third party would be the patient/client with the purpose to explore their experiences and views on their rehabilitation.

The representatives of the three parties were interviewed by the research team using questionnaires to guide the semi-structured interviews. The questionnaire was developed by the research team based on the literature study and consultations with experts. At the beginning of the interview, the research team asked for consent to record and cite the information collected during the interview. It is important to highlight that there are not many people working on the drug dependency treatment service delivery, so it could be easy to identify who the research team has interviewed. To ensure confidentiality, the research team therefore decided not to make direct reference to the parties that gave particular information cited in this report. In total, the research team interviewed forty five (45) people which consists of eight (8) people sitting on the management of drug rehabilitation centers; twenty two (22) healthcare workers, including counselor, nurse and administration staffs; eight (8) patients; and seven (7) head doctors of drug rehabilitation facilities.

### **Observations**

During the visits at the various drug rehabilitation facilities, data collections was also done through field observation. The research team visited the designated rehabilitation facilities and closely observed the services provided. This field observation enriches the description of rehabilitation methods that the research team encountered in the field.

The observation itself is carried out both outside and inside drug rehabilitation facilities. 'Outside' the centers, refers to common areas within drug rehabilitation centers that can be accessed by any visitors, such as the lobby area. In some centers, there are information posted on a bulletin board located on the wall outside the room. Meanwhile, the terminology of 'inside' drug rehabilitation centers refers to areas where patients live and carry out their activities (in the context of inpatient method), or where they access treatment, such as the area designed for patient to drink methadone. These kind of areas are usually closed to people except patients and healthcare workers. However, it is important to highlight here that not all drug rehabilitation centers that were visited granted permission to the research team to observe the inside area of the centers.

### **Research Limitations**

The research team found that there is a lack of prior research on drug rehabilitation in Indonesia. This placed the research team in a difficult position in determining the data variables to be investigated or explored. Despite these difficulties, this research intends to collect the data needed to understand the different types of existing drug rehabilitation.

Although the research team intended to visit the selected rehabilitation facilities, it does not necessarily mean that the facility was willing to accept the visit for a number of reasons, such as the confidentiality of the patients residing in their facility. Thus, this study was also limited by the willingness of the ministries/state agencies to meet, as well as the willingness of rehabilitation facilities to grant access to the researchers.

## CHAPTER II

# PROVISION OF MEDICAL REHABILITATION BY THE MINISTRY OF HEALTH

Law Number 35 of 2009 regarding Narcotics (Narcotics Law) mandates ‘regulatory guarantee of medical and social rehabilitation efforts for *drug abusers and drug addicts*’.<sup>5</sup> The terminology of ‘drug abuser’ and ‘drug addict’ that are used here is the literal translation of ‘penyalahguna’ - a person who use drugs without legal rights - and ‘pecandu’ - a person who is dependent on a drug . A further elaboration on the use of these terminologies will be provided later on this chapter. The Ministry of Health (MoH), has the authority to regulate implementation of *medical* rehabilitation. Medical rehabilitation is defined by the Narcotics Law as ‘a process that consists of a holistic drug treatment to cure a *drug addict* from drug dependency.’<sup>6</sup> This includes healing methods that employ both religious and traditional approaches.<sup>7</sup>

The research team visited 4 (four) medical drug rehabilitation facilities to see how medical rehabilitation is implemented there. The four facilities are the Drug Dependency Hospital, Jakarta (RSKO Jakarta); Atma Husada Regional Mental Hospital, Samarinda (RSJ Atma Husada); Sanglah Central General Hospital, Denpasar (Sanglah Hospital); and Gambir Public Health Center, Jakarta (*Puskesmas* Gambir). In addition, the research team also interviewed the Section Head of Guidance and Evaluation of Narcotics and Addictive Substances Sub-Area of Ministry of Health of the Republic of Indonesia.

Before entering the discussion on how medical rehabilitation under the Ministry of Health is regulated and implemented, this report will first discuss the medical rehabilitation implementation system as well as recipients of medical rehabilitation in Indonesia.

### **Legal basis**

**First**, the Narcotics Law uses three terminologies to refer to a person who uses drugs, namely drug addict, drug abuser, and victim of drug abuse. *Drug addict* is defined as a person who is physically dependent on drugs, where the termination of drug use will cause him/her unique medical symptoms. *D*

---

<sup>5</sup> Article 4 (d) of the Narcotics Law

<sup>6</sup> Article 1, number 14 of the Narcotics Law

<sup>7</sup> Narcotics Law, Article 57.



*rug abuser* is a person who uses drugs without prescription. For example, a methadone patient who takes his/her personal dose at the Methadone clinic is not a drug abuser. However, if that person smokes marijuana after taking his/her methadone, s/he is then considered as a drug abuser for smoking marijuana. Lastly, a person is referred as a victim of drug abuse if s/he takes drugs under threat or is forced to do so. For the consistency in writings, from this point forward, this report will refer to a person who uses drugs as drug user, unless it is mentioned specifically by the law as drug addicts, drug abusers, or victims of drug abuse.

**Second**, the Regulation of the Ministry of Health Number 2415/MENKES/PER/XII/2011 regarding Medical Rehabilitation of Drug Addicts, Abuse and Victims of Drug Abuse (hereinafter referred to as Permenkes 2415/2011) provides that medical rehabilitation can be implemented in certain hospitals, health centers (*Puskesmas*), or rehabilitation facilities that provide medical rehabilitation. These can be owned by the central government, local government or the community.<sup>8</sup>

**Lastly**, the Narcotics Law stipulates that drug addicts and victims of drug abuse are obliged to undergo rehabilitation.<sup>9</sup> It is also stated that the party with an obligation to self-report is the addict, or the parent/guardian of the drug addict. Under this regulation, drug users who do not fall into the category of drug addict and victim of drug abuse are not obliged to undergo rehabilitation. In practice, some drug users choose, or parents of drug users put them to undergo drug rehabilitation, whether or not they are (physically) dependent. Courts also have the authority to send drug users facing drug charges to rehabilitation. To accommodate this, the MoH has directed medical drug rehabilitation facilities to accommodate those who choose to undergo rehabilitation as well as those who are directed into rehabilitation by court order or by their parents' will. The second group might not have drug dependency problems.<sup>10</sup>

## A. Implementation of Guidelines

Up until 2015, there were 434 medical drug rehabilitation facilities throughout Indonesia under the coordination of MoH. To regulate the implementation of medical rehabilitation, the Ministry of Health issued several regulations and

---

<sup>8</sup> Regulation of the Minister of Health Number 2415/MENKES/PER/XII/2011 regarding Medical Rehabilitation of Addicts, Abusers and Victims of Narcotics Abuse (*Permenkes 2415/2011*), Article 2.

<sup>9</sup> Narcotics Law, Article 54.

<sup>10</sup> *Permenkes 2415/2011*.

ministerial decrees regarding medical rehabilitation to direct medical rehabilitation facilities. These regulations provide norms, standards, procedures and criteria for the implementation of medical rehabilitation. **Some very vital regulations include Permenkes 2415/2011 and Regulation of the Minister of Health Number 50 of 2015 that provides technical guidelines in implementing medical rehabilitation for drug addicts, drug abusers and victims of drug abuse (Permenkes 50/2015).** In addition to these general rules, there are also several regulations stipulating specific types of rehabilitation to be provided, such as Regulation of the Minister of Health Number 57 of 2013 regarding Guidelines for Methadone Maintenance Therapy Program (*Program Terapi Rumatan Metadon – PTRM*) – one of the medical rehabilitation types that will be described further below.

From the literature study, the research team found that regulations related to implementation of medical rehabilitation have frequently changed. For example, the regulation regarding the medical rehabilitation for drug addict provided under compulsory reporting system changed several times. In 2012, it is regulated under the Minister of Health Decree Number 228/MENKES/SK/VII/2012. This regulation was replaced with the enactment of the Minister of Health Regulation Number 37 of 2013. Two years later- and this is still valid at the time this report is made, this regulation was revoked by the Minister of Health Regulation 50/2015..

## **B. Types of Rehabilitations**

Medical rehabilitation can be carried out via outpatient or inpatient care.<sup>11</sup> Outpatient or inpatient care use a combination of interventions listed in the table below. Each medical drug rehabilitation facility can choose the way that suits their ability and availability of resources. *Puskesmas* Gambir, for example, only provides medical rehabilitation in the form of outpatient PTRM, while RSJ Atma Husada in Samarinda has outpatient PTRM for non-injection narcotics users, as well as inpatient care. Sanglah Hospital provides bio psychosocial therapy for its patients. Meanwhile, RSKO, as a referral hospital, has various types of rehabilitation, including outpatient, inpatient with various periods, as well as social, artistic, spiritual and psychosocial interventions.

As can be seen in table I below, drug rehabilitation facilities under MoH use scientifically based rehabilitation methods. However, most of these rehabilitation facilities do not have the type of rehabilitation that addresses amphetamine-type stimulants (ATS)- the second most popular drug in Indonesia and one that frequently leads to dependence. Of the four medical rehabilitation facilities

---

<sup>11</sup> *Permenkes* 2415/2011, Article 10.

visited by the research team, only RSJ Atma Husada and RSKO Jakarta hospitals have specific rehabilitation options for ATS users. At these facilities, the treatments focus on symptomatic interventions. The rest of the facilities use the same treatment model for every patient, regardless of their drug of choice.

Table I. Medical Rehabilitation Types in Indonesia

<b>Outpatient</b>	Medical Intervention	Detoxification Symptomatic therapy Maintenance therapy Complication illness therapy as indicated
	Psychosocial Therapy	Narcotic addiction counseling Motivational interview Behavioral and cognitive therapy Relapse prevention
<b>Inpatient</b>	Medical Intervention	Detoxification Symptomatic therapy Complication illness therapy according to indication
	Psychosocial Intervention	Individual, group, family, and vocational counseling
	Therapeutic community (TC) philosophy approach and/or 12-step method and other evidence-based philosophical approaches	

The types of rehabilitation – whether inpatient or outpatient - that a patient will undergo is informed by several factors, including how serious the patient's addiction is, the substance that the prospective patient consumes and other characteristics of the patient undergoing rehabilitation.

There are three rehabilitation patient groups: (1) voluntary patients; (2) patients undergoing a legal process- such as a drug user detained for drug possession who are referred to undergo drug rehabilitation while awaiting trial; and (3) patients undergoing rehabilitation pursuant to court decision – usually a drug user who is found guilty for drug offences and is sentenced to undergo rehabilitation. The first and second group must undergo an assessment conducted by a rehabilitation team at the local facility, to then determine the type of rehabilitation to pursue. Criteria for this include the seriousness of use and substances used. The implementing team at RSKO Jakarta clearly stated that their facility uses DSM VI<sup>12</sup> to determine the type of rehabilitation to be pursued.

All the medical rehabilitation facilities that the research team interviewed stated they often receive referrals from law enforcement<sup>13</sup> to rehabilitate suspects as well as convicts. For patients with suspect status, the type of rehabilitation is usually determined based on assessment results of the integrated assessment team (*tim asesmen terpadu* – TAT). The TAT is located within the local BNN office, and is assigned to review drug cases in their respective area. However, in a situation where there is only one – or very limited number of drug rehabilitation facilities available in that area, it is not uncommon that the type of rehabilitation must be tailored to services available at the facility. This means if there is only one facility, and such facility only provide inpatient service, then the drug suspects or drug convicts have no choice other than undergo inpatient treatment although the result of TAT's assessment recommends for outpatient service. Moreover, patients that are drug convicts have no choice but to attend inpatient rehabilitation for at least the first three months. This is in accordance with Permenkes 50/2015, which was also verified in the research visit. Therefore, often times, patients that belongs to the second and third group will undergo the same type of treatment despite having different needs.

### C. Facilities, Infrastructure and Service Procedures

MoH regulates the criteria to be met by rehabilitation facilities that provide outpatient and inpatient care. **There are different criteria between outpatient and inpatient care, such as the mandatory availability of beds for inpatient care. Drug rehabilitation facilities that only provide outpatient service are not obliged to have beds for treatment although they are still** required to have examination rooms and provide psychosocial interventions.

All rehabilitation facilities are also required to have standard operating procedures. All rehabilitation facilities visited by the research team had their own operational procedures. This operational procedure developed by the management of drug rehabilitation facilities regulates in greater detail the procedures of services based on Permenkes 50/2015. From the research team's visits, in addition to being included in the internal regulations of each

---

<sup>12</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is a standard criterion for classification of psychiatric disorders used by mental health workers in the United States. First published by the American Psychiatric Association in 1952, to date DSM is in its fifth edition. DSM is commonly used to assess a person's narcotics dependency level to determine the type of rehabilitation required. See more at <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

<sup>13</sup> Law enforcement refers to the Police, Prosecutor's Office, or Local Courts.

rehabilitation facility, the service procedure is usually a part of the consent form signed by the prospective patient prior to being admitted to rehabilitation.

Standard operating procedures are important for the rehabilitation team as a working guideline as well as for the medical rehabilitation patient. With information regarding the service procedure, the patient can check if there are services that are not in accordance with the procedure. Access to information is an essential part of fulfilling the right to health. *Puskesmas* Gambir, for example, displays a service procedure at the information wall in front of the PTRM room. Several other rehabilitation facilities stated that patients may request the document at any time from the rehabilitation team. For ease of access the rehabilitation facilities put up the service flow on the information wall.

#### D. Inclusion Criteria

MoH does not provide specific regulations regarding requirements for someone's participation as a medical rehabilitation patient. Related facilities hold the authority to determine the requirements for participation. However, the **Ministry of Health stipulates clearly that a person's participation as a rehabilitation patient must be accompanied with the patient's informed consent.**

Based on the interview, all rehabilitation facilities interviewed stated that patient's informed consent is one of the conditions for participation. This is proven by the presence of patient's informed consent form documented in the facility. However, it is important to note here that LBH Masyarakat's previous research on the fulfillment of right to health in the context of compulsory reporting system reveals that there are 7% of patients who involuntarily undergo drug dependency treatment.<sup>14</sup> In addition, all interviewed rehabilitation facilities also require the presence of a family member/guardian. Presence of a family member/guardian becomes important in some situations, such as when [a patient] is undergoing a legal process or in accessing take-home dose.

##### Patients with Psychiatric Disorder/Problem Diagnosis (Dual Diagnosis)

Unfortunately, due to limited resources, not all rehabilitation facilities can accommodate patients with psychiatric disorder/problem diagnosis.

---

<sup>14</sup> 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 the International Human Rights Standards*, Jakarta: LBH Masyarakat, March 2016, page 15. The document is available at [http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316\\_IPWL-Research-Report\\_LBHM\\_Mainline.pdf](http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316_IPWL-Research-Report_LBHM_Mainline.pdf)

In general, rehabilitation facilities that only provide outpatient care are those that cannot accept patients with a psychiatric diagnosis, such as *Puskesmas* Gambir. If a rehabilitation facility has both outpatient and inpatient care, patients with psychiatric diagnosis will be referred to inpatient department, such as the practice at Sanglah Hospital and RSJ Atma Husada.<sup>15</sup>

### Children/minors

Not all rehabilitation facilities accept minors as their patients. Based on the interview, this limitation is due to several reasons. The first reason is the lack of resources that they have. Some facilities with limited resources cannot provide a separate accommodation for minors. The second reason is because of the lack of statutory laws. *Puskesmas* Gambir stated that children who want to be admitted as patients of the methadone maintenance therapy program must bring a guardian.<sup>16</sup> The same applies at RSJ Atma Husada.

The mandatory consent of a parent/guardian for minors is based on the Ministry of Health regulation that stipulates medical action can only be taken with the consent of a competent patient, i.e. an adult patient capable of making decisions freely and not a minor.<sup>17</sup> Thus, underage patients cannot access health services, including drug dependency treatment without the consent of a parent/guardian. On the other hand, the Narcotics Law states that a parent/guardian of an underage addict must report his/her child to IPWV. This does not, and should not mean that underage addicts cannot report themselves.

When a parent's/guardian's consent is made as a requirement for their participation, this limits access to medical rehabilitation for narcotics-

---

<sup>15</sup> Law Number 18 of 2014 regarding Mental Health (Mental Health Law) regulates that each mental hospital is required to provide at least ten percent of its bed quota for narcotics patients. This way, the government can optimize availability of care for narcotic users with psychiatric diagnosis by encouraging as many psychiatric hospitals as possible to provide drug rehabilitation services.

<sup>16</sup> Criticism of this has been submitted by LBH Masyarakat in its publication reviewing rights of children within the frame of Indonesian narcotics policy. See Fuji Aotari, Arinta Dea Singgi, and Naila Zakiah, 'When Children of Narcotics Users Are No Longer Listening', LBH Masyarakat, Jakarta, 2016. Publications can be downloaded at the link: [http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/08/280616\\_Laporan-YPWUD\\_Final.pdf](http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/08/280616_Laporan-YPWUD_Final.pdf)

<sup>17</sup> Regulation of the Minister of Health Number 290/MENKES/PER/III/2008 regarding Approval of Medical Actions, Article 13 jo. Article 1 point 7.

user children, especially for those who do not want their narcotics use to be known by their parents, or those who have no parents/guardians. This limitation to rehabilitation access is potentially harmful for the country, as there are about 33,135 school-age children in Indonesia who use or have used narcotics,<sup>18</sup> some of whom require medical rehabilitation to overcome their narcotics dependency. To overcome this, Puskesmas Gambir has a policy to allow officers from non-governmental organizations to act as guardians in certain situations. However, similar practices were not observed in other medical rehabilitation facilities that the research team visited.

Even if a parent/guardian gives the consent, the child will find it difficult to choose outpatient rehabilitation due to limited service hours that generally operates during school hours. Yet, it is the outpatient care that can be the most suitable method for school-age children.

## E. Financing

Permenkes 50/2015 states that **MoH is responsible for financing the medical rehabilitation process for voluntary narcotics addicts, abusers and victims, as well as those sentenced by courts, to undergo medical rehabilitation at medical rehabilitation facilities assigned by the Minister of Health.**<sup>19</sup> **For those with suspect status, the rehabilitation costs can be borne by the Ministry of Health before financing from other institutions becomes available.**<sup>20</sup> Funds used to finance this rehabilitation process come from the State Budget (APBN), Regional Budget (APBD), as well as other sources.

Table 2. Outpatient Cost Allocation

Cost Type	Outpatient	Outpatient Maintenance Therapy
Assessment and preparation of therapy	1 time x IDR 100,000	(max.) 3 times x IDR 100,000
Addiction counselling	(max.) 10 times x IDR 50,000	@ IDR 5,000 according to therapy plan

<sup>18</sup> Laporan Kinerja Badan Narkotika Nasional Tahun 2016, halaman 20, tabel 3.

<sup>19</sup> Permenkes 50/2015, Attachment.

<sup>20</sup> Permenkes 50/2015, Attachment.

Symptomatic therapy	IDR 500,000	IDR 1,000,000
Urinalysis examination	IDR 200,000	IDR 500,000

**As can be seen in table 2, there are limitations on the costs that the government can cover. Consequently, if the required cost is higher than the costs covered or not covered, the patient must finance the difference.** The difference is usually caused by the application of retribution fee and/or the high tariff on health services by the facility.

In the healthcare provision system in Indonesia, local governments can determine the fee and tariff of health services. The fee at *Puskesmas* can be borne by the national health insurance. Patients who are not already participating in the national health insurance must bear the cost of facilities fees. For example, patients in *Puskesmas* Gambir must pay IDR 5,000 (five thousand rupiah) for each visit to the PTRM clinic.

The tariff for health services in hospital is adjusted to the service class used. Usually there are four classes available in a hospital; namely Class III – the lowest class, Class II, Class I, and VIP Class. Some hospitals have VVIP Class. The class differences affect the fee of services, the number of patients in such class (for example, there are six to seven patients in Class III room, and only two patients in Class I room), and the facilities provided (such as television, sofa for visitor, and others). A doctor visit or cost for a medical operation in Class III is cheaper than in Class I.

The selection of class depends on the patient's affordability, except in a situation where the class s/he wants is full or not available. In RSJ Atma Husada, drug rehabilitation is provided in Class II. A few years ago, the cost for Class II service still fall under the cost of service that can be provided by the MoH. However, since the Governor of East Kalimantan increased the tariff of hospital, there are gaps between the cost provided by the MoH and the actual cost for enrolling in a drug dependency treatment in RSJ Atma Husada. Every month, patient must bear the cost difference of about IDR 3,600,000 (three million and six hundred thousand rupiah), which accounts for almost half of the total monthly care cost.

Unfortunately, patients cannot claim this cost difference in the national health insurance scheme. The national health insurance arrangements categorize treatments for diseases due to drug dependency as a non-covered category of treatment. Based on the interview with some patients of medical drug rehabilitation in hospital setting, the high financial burden of drug treatment discourage them from accessing drug dependency treatment.



Still related to financing, the medical rehabilitation team at RSKO Jakarta mentioned a problem of financing for patients with suspect status. Based on Permenkes 50/2015, the law enforcement authorized to handle a criminal offense by a patient may refer the concerned person to medical rehabilitation for a maximum period of 3 (three) months. However, some patients are treated for a period of more than 3 (three) months. There seem to be no clear rules regarding who will bear the cost after the 3 (three) months, although based on the interview, it is found that patient often bear the cost. In a condition where the patient is not willing to, or is not able to bear the cost, they will be returned to the law enforcement officers.

Table 3. Cost Allocation of Inpatient Care (per three months of treatment period)

<b>Cost Type</b>	<b>Voluntary Patients, Suspects, and Defendants</b>	<b>Convicted Patients</b>
Assessment and preparation of therapy	(max.) 2 times x IDR 100,000	(max.) 3 times x IDR 100,000
Inpatient package	IDR 4,200,000 per month	IDR 4,200,000 per month
Medicines	IDR 800,000 per month	IDR 800,000 per month
Urinalysis examination	(max.) 2 times x IDR 200,000	(max.) 3 times x IDR 200,000
Laboratory tests and other tests	IDR 1,000,000	IDR 1,000,000

## F. Human Resources

**MoH provides training support on narcotics-use disorder for medical rehabilitation implementing teams, whether they are doctors, nurses, counselors, or pharmacists.**

This training support is confirmed by rehabilitation facilities visited by the research team. But information from several other medical rehabilitation facilities indicates an uneven implementation of this training. The Head of PTRM Clinic at RSJ Atma Husada received the training in 2016, three years after he was appointed as the Head of PTRM Clinic. At the beginning of his tenure, with a nurse background, he/she had to teach her/himself by observing other colleagues who had received training on performing assessments and other tasks. This issue of training was also expressed by nurses of inpatient facilities at

RSJ Atma Husada who never received training in the field of narcotics-use disorder.

The above condition is different from conditions in other rehabilitation facilities that the research team visited. The implementation team at *Puskesmas* Gambir has received training in the field of narcotics-use disorder according to their respective professions. Some of them have over five years experience. A similar situation was also be observed in Sanglah Hospital. The types of training that are undertaken vary, ranging from assessment training, HIV counselor and addiction counselor training, and creative economy training.

**Trainings on narcotics-use disorder for the medical rehabilitation implementation team in accordance to their respective function is very important to ensure that the services provided are of high quality.** The implementing team at RSKO Jakarta stated that the trainings are conducted periodically. However, at RSJ Atma Husada, apparently, these trainings – even though conducted periodically – was not done evenly. This could be due to limited resources of the Ministry of Health. Ensuring that trainings take place regularly and evenly in more than 400 Districts/Cities, with a total of 434 medical rehabilitation facilities, is not an easy task. Not to mention the issue of time availability of the implementing team members to attend the trainings. If the number of health workers in a medical rehabilitation facility is limited, it will be difficult for them to send many members to attend different trainings at the same time. This generally occurs in medical rehabilitation facilities at the *Puskesmas* level.

**The next challenge for the Ministry of Health regarding human resources is the high level of health worker rotations.** All the rehabilitation facilities that the research team visited complained about this high rate of rotation. It is not uncommon for PTRM Clinic nurses who have been trained to be transferred to non-narcotics related areas. As a result, the investment by the Ministry of Health of providing training to those nurses become futile. MoH has tried to address this matter by arranging a minimum working period of the compulsory reporting and medical rehabilitation implementing team of 2 (two) years.<sup>21</sup> However, it seems that this policy is often ignored by the management where the rehabilitation facility is located.

---

<sup>21</sup> Permenkes 50/2015, Attachment.

## CHAPTER III

# PROVISION OF SOCIAL REHABILITATION BY THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS<sup>22</sup>

In addition to the Ministry of Health, the Narcotics Law also mandates the Ministry of Social Affairs of the Republic of Indonesia (MoSA) to run a social rehabilitation for drug dependency.<sup>23</sup> Social drug rehabilitation is defined as ‘a process that consists of a set of holistic rehabilitative activities, be it physical, mental, or social, aiming to make drug addict able to carry out their social function in the society.’<sup>24</sup> The function assigned to the Ministry of Social Affairs is in line with its mandate of organizing formulation and implementation of policies in the field of social rehabilitation for people who have social welfare issues, such as street beggars and homeless people, pursuant to statutory laws.<sup>25</sup>

In this study, the research team visited 5 (five) social rehabilitation facilities, namely Pondok Pesantren YPI Nurul Ichsan, Purbalingga; Yayasan Karisma, Central Jakarta; Narcotics Rehabilitation Pondok Pesantren Ar-Rahman, Palembang (Ar-Rahman); Aksi Nusa Tenggara Barat, Lombok (Aksi NTB); and Yayasan Hikmah Syhadah, Tangerang (Hikmah Syhadah).

### A. Legal Basis and Implementation of Guidelines

The management of social drug rehabilitation in MoSA is coordinated under the Directorate of Drug Rehabilitation of the Directorate General of Social Rehabilitation. The main functions of the Directorate includes:

- to formulate and implement policies in the field of social rehabilitation,

---

<sup>22</sup> As explained in Chapter 1, the research team planned a field trip to Yayasan Galilea and Doulus under the Ministry of Social Affairs. However, applications for visiting permit submitted by LBH Masyarakat was not accepted by both foundations. Therefore, LBH Masyarakat decided to visit Aksi NTB and Ar-Rahman. Galilea later granted the visit permit application after the research team had completed all field observations and began writing this report. Due to time constraints, the research team made it possible to visit Galilee.

<sup>23</sup> Narcotics Law, Article 59 paragraph (2).

<sup>24</sup> Narcotics Law, Article 1 number 15.

<sup>25</sup> Presidential Decree Number 46 of 2015 regarding Ministry of Social Affairs (Keppres 46/2015), Article 1.

- To prepare norms, standards, procedures and criteria in the field of social rehabilitation,
- To provide technical guidance and supervision in the field of social rehabilitation,
- To implement evaluations and reporting in the field of social rehabilitation.<sup>26</sup>

The Ministry of Social Affairs has set a standard that serves as a reference in implementing the social rehabilitation of narcotics dependency through Regulation of the Minister of Social Affairs Number 26 of 2012 regarding Social Rehabilitation of Victims of Narcotics, Psychotropic and Other Addictive Substances Abuse- see box I for activities that fall under social rehabilitation.

**Box I: Activities included in social rehabilitation**

Permensos 26/2012 mandates that the implementation of social rehabilitation shall include:

- a. psychosocial diagnosis and motivation;
- b. care and nurture;
- c. vocational training and entrepreneurship coaching;
- d. spiritual mental guidance;
- e. physical guidance;
- f. social counseling and psychosocial counseling;
- g. accessibility services;
- h. social aid and assistance;
- i. resocialization guidance;
- j. further guidance; and/or
- k. referral.

Permensos 26/2012 also stipulates different stages of social rehabilitation, which consists of:

- a. initial approach;
- b. disclosure and understanding of problems;
- c. preparation of problem-solving plans
- d. problem-solving;
- e. resocialization;
- f. termination;
- g. further coaching.

---

<sup>26</sup> Keppres 46/2015, Article 12 and 13.

As a preliminary stage, the initial approach is done to identify, interview, select, observe, et cetera, on the patients to disclose and understand problems that a patient experiences. Informed by the disclosure, the social rehabilitation team will develop a problem plan and select and implement rehabilitation methods deemed appropriate to the patient's problems. After undergoing the rehabilitation, the patient must also undergo further guidance (aftercare), which is the final stage of social rehabilitation activities in MoSA. All the above social rehabilitation stages can be held within and/or outside the social rehabilitation institution.

## **B. Types of Rehabilitation and Its Facilities**

Permensos 26/2012 regulates that the provision of social rehabilitation may be carried out within and/or outside social rehabilitation premises.<sup>27</sup> This means that social rehabilitation can be done in several types of rehabilitation, such as inpatient, outpatient or both. The research team found that the inpatient rehabilitation type is used by all rehabilitation facilities visited by the research team. Based on the interview, inpatient care is chosen because it provides convenience for patients to undergo rehabilitation and evaluation. The risk of patients leaving against medical advice is another factor of consideration for the implementing team in choosing the type of inpatient rehabilitation.

Inpatient care is also used in rehabilitation facilities that use the Community-based Drug Dependency Treatment (*Pemulihan Adiksi Berbasis Masyarakat – PABM*) method, such as Yayasan Karisma and Aksi NTB. But the difference is, these two rehabilitation facilities also provide outpatient rehabilitation. For example, Yayasan Karisma provides an opportunity for its patients to be able to do work or other productive activities outside Yayasan Karisma. Clients return to the rehabilitation facility in the afternoon to continue the rehabilitation program.

With inpatient and outpatient facilities located in one rehabilitation facility such as the one in Yayasan Karisma and Aksi NTB, patients can adjust the type of rehabilitation with their activities and needs. This choice is taken up together between patients and drug rehabilitation facilities after going through assessment process at the beginning of the patient's participation in the rehabilitation program. Based on the interview, it seems that the social rehabilitation that use

---

<sup>27</sup> Regulation of the Minister of Social Affairs of the Republic of Indonesia Number 26 of 2012 regarding Social Rehabilitation of Victims of Abuse of Narcotics, Psychotropic and Other Addictive Substances (Permensos 26/2012), Article 11 paragraph (2).

PABM method have more flexibility in rehabilitating their patients. Most members of the social rehabilitation team that use PABM method are former drug users. This is an added value. Based on the interviews with some patients at social rehabilitations that use the PABM method, having an implementing team with former addicts makes the patients feel more comfortable to undergo rehabilitation because they feel that the implementing team can better understand what the patient is experiencing.

For inpatient care, the research team deems that each visited facility has a variety of good facilities. The Ministry of Social Affairs has provided guidelines on standard facilities and infrastructure for social rehabilitation.<sup>28</sup> In addition to social service programs, social rehabilitation facilities should also provide basic patient needs, such as dormitories, clothing and food supply, health services, physical, mental, spiritual guidance, social guidance, life skills and vocational skills. The research team assessed that the social rehabilitation facilities visited had provided beds, kitchens, praying rooms, bathing, washing and latrines (MCK) and vocational rooms for the patients. Rooms for patient counseling at each rehabilitation facility are also available. Some rehabilitation facilities also have their own health rooms. However, although available, the research team noticed that there were differences in the quality and quantity of the facilities and infrastructures. These differences depend on the availability of funds in each rehabilitation facility.

### **C. Methods of Social Rehabilitation**

According to the Director of Social Rehabilitation of the Ministry of Social Affairs, each social rehabilitation facility may add other methods deemed appropriate for and needed by the patients. These methods include methods involving social workers, religious, traditional and other alternatives.<sup>29</sup>

During the visits to these facilities the research team learned that all five social rehabilitation facilities use the social worker method. The social worker method is a method that uses the role of a person who professionally helps individuals, groups, or communities to improve their social functioning. This social worker method can be performed inside or outside the institution, at government/regional social homes, within the family or community.<sup>30</sup> It utilises

---

<sup>28</sup> Permensos 3/2012.

<sup>29</sup> Regulation of the Minister of Social Affairs Number 3 of 2012 regarding Standard of Rehabilitation Institutions of Victims of Abuse of Narcotics, Psychotropics, and Other Addictive Substances (Permensos 3/2012).

<sup>30</sup> Permensos 3/2012, Article 4

human behavior theory and social systems. For example, social drug rehabilitation use behavioral intervention for patients of inpatient service in social drug rehabilitation facilities by applying a set of mandatory activities everyday during their treatment.

The position as a social worker is filled by a professional social worker. Based on interviews with the Director of Social Rehabilitation of the Ministry of Social Affairs, the provision of social workers for social rehabilitation facilities is one of the forms of support by the Ministry of Social Affairs. In this method, the social rehabilitation standard with a social work profession approach aims to:

- a. serve as reference and guidance for social work practice in persuasive, motivative, coercive services to achieve healing and recovery of functioning individuals, families and communities;
- b. provide protection for service recipients from malpractice in implementation of social rehabilitation programs;
- c. improve quality and quantity of social rehabilitation; and
- d. expanding the reach of social rehabilitation.<sup>31</sup>

Religious method uses certain religious teachings and rituals in performing rehabilitation of the patients. For patients of traditional methods, the rehabilitation methods use ways or values that exist in the local community, for example, using herbal concoctions. Alternative method is a rehabilitation approach using elements of traditional and religious methods in its implementation, such as reflexology or blood circulation massage for the patients.

Based on the study visits, the research team concluded that the rehabilitation methods used by rehabilitation facilities vary widely. Each provider of rehabilitation facilities uses more than one method in the implementation of rehabilitation for its patients. For example, YPI Nurul Ichsan carries the vision of realizing Islamic religious education according to the Quran and Hadith and to save children from the dangers of narcotics by applying religious, traditional, as well as alternative methods. The best known alternative method is the “*godog*”.

---

<sup>31</sup> Regulation of the Minister of Social Affairs Number 22 of 2014 regarding Social Rehabilitation Standard with Social Worker Approach (Permensos 22/2014), Article 2.

## **Godog Method**

*Godog* is a method of “poaching” the patient in a large furnace-like cauldron, containing boiled water. During the boiling process, the cauldron is filled with various kinds of spices, such as papaya leaves, bay leaves, cinnamon, honey and others. Boiling the water for *godog* takes about 4-5 hours. While the patient will be poached for 45-60 minutes. Patients are only allowed to wear sarongs during the *godog* process.

Before performing the *godog* process, each patient is invited to immerse in the river near YPI Nurul Ichsan. The purpose of this immersion in the river is to remove the negative aura or negative things from within the patient. The process of soaking in the river itself takes about an hour. After returning from the river, the patient will be given a concoction by the *Kyai*, the leader of YPI Nurul Ichsan. The concoction contains herbs of a traditional recipe blended by *Pak Kyai*. After drinking the concoction, the patients will perform the dusk (*maghrib*) prayer and prepare to undergo the *godog* procession.

Similar to YPI Nurul Ichsan, other social rehabilitation facilities also apply mixed methods. Ar-Rahman applies the religious method, where patients are gathered in the common area to perform *dhikr* (activity of recited short phrases or prayers repeatedly silently within the mind or aloud) and therapeutic community (abbreviated as TC - a participative, group-based approach to drug dependency that is based on milieu therapy principles - where patient's social environment is controlled or manipulated with a view to preventing self-destructive behavior - and includes group psychotherapy as well as practical activities. While Hikmah Syhadah entrust the process of recovering from dependency of narcotics through a “*lightning index finger*” method. Meanwhile, Yayasan Karisma and Aksi NTB apply a Community Addiction Recovery (*Pemulihan Adiksi Masyarakat – PABM*) method while applying the TC approach.

Adjusting the treatment methods to the needs of each individual patient is indeed the right step. However, some methods used on social drug rehabilitation are not based on scientific evidence. Unfortunately, some of the rehabilitation methods used by the implementing team at social rehabilitation facilities have not been clinically tested, such as the *godog* procession and “*lightning index finger*”. Each social rehabilitation facility claims low levels of patient relapse at their rehabilitation facility. But this claim has not been supported by any scientific evidence, or even formal-yet-verified documentation.



## D. Inclusion Criteria

Social rehabilitation facilities have standards in accepting patients. Prospective patients- be it those who come voluntarily, those forced by their parents or families to undergo rehabilitation, or those referred to the facility by law enforcement agencies- and their families must first go through interviews with the rehabilitation team. After that, they must sign an informed consent form agreeing to comply with regulations during rehabilitation. Regulations differ per rehabilitation facility. YPI Nurul Ichsan, for example, requires their patients not to see their family during the first 40 (forty) days. The duration of this isolation is relatively longer than requirements at other rehabilitation facilities. Yayasan Karisma, for example, only enforces this requirement for the first week.

Some rehabilitation facilities informed that they also accept female and child/minor patients. However, when the research team conducted the field visit, most patients in the rehabilitation facilities were men over the age of 18. Almost all the social drug rehabilitation facilities do not provide rehabilitation for people with dual diagnose. These facilities do not have a stand-by doctor, let alone a psychiatrist. Therefore, for any medical situation, the facility usually refers the patient to the closest health care provider.

### **Women**

The research team found female patients going through rehabilitation at several rehabilitation facilities visited. In YPI Nurul Ichsan there are two female patients, while in Yayasan Karisma there is one woman in rehabilitation. Female patient rooms are placed separately from male patients, although most of the activities are conducted jointly.

### **Children**

During the study to facility providers, the research team did not encounter any under aged patients. But some rehabilitation facilities have had an experience of caring for minors. Aksi NTB stated that they had provided social rehabilitation to as many as five narcotics-user children. These five children were admitted with assistance of their parents/guardians. The child patients' school granted them permission to undergo rehabilitation, to continue their school after completion of the rehabilitation process. The rehabilitation team also helped organize school final exams for one of the children patients they were rehabilitating.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Interview with Aksi NTB, 17 April 2017.

## E. Financing

Regarding funding, the Ministry of Social Affairs has several funding sources for the implementation of social rehabilitation of victims of narcotics and substance abuse, including:<sup>33</sup>

- a. State Budget;
- b. Provincial Regional Budget;
- c. District/City Regional Budget;
- d. Community donation; and/or
- e. Other funding sources according to provisions of statutory laws.

The research team found that all rehabilitation facilities visited by the research team did not charge any fees to their patients. Some of the funds needed by the rehabilitation facilities comes from MoSA. Other than from MoSA, some rehabilitation facilities also receive funding from other government agencies. As an example, Aksi NTB had received funding assistance from the AIDS Committee (KPA) of NTB Province, while Ar-Rahman receives funding from the South Sumatra Provincial Government, BNN, and the Embassy of Japan. Other funding sources for the rehabilitation facilities also come from public donations. YPI Nurul Ichsan, for instance, receives funding from public donations, which then becomes income for the institution to support other operational costs other than from MoSA funds.

Efforts to obtain funding assistance is a commonly pursued step for the rehabilitation facilities under the Ministry of Social Affairs. This is because the funding support provided by the Ministry of Social Affairs is only an additional funding to cover operational needs, such as patient consumptions and to pay salaries of the social rehabilitation team, including social workers, TKS, and addiction counselors. Other cost needs, such as rent, must be borne by the rehabilitation facility itself.

## F. Human Resource Availability

Permensos 3/2012 requires every rehabilitation facility to have a clear organizational structure. Each organizational structure shall consist of the institution head, administration section and technical section of social rehabilitation. The social rehabilitation section shall include doctors, psychiatrists, psychologists, addiction counselors, nurses, social welfare workers (*tenaga kesejahteraan sosial* – TKS).<sup>34</sup> From the visit, the research team found

---

<sup>33</sup> Permensos 26/2012, Article (40).

<sup>34</sup> Permensos 3/2012, Article 13 and 14.

that there are addiction counselors, social workers and TKS in all visited rehabilitation facilities. Most of the addiction counselors in social rehabilitation, especially those using the PABM method, are former drug user themselves. While social workers and TKS are generally recruited and employed by the Ministry of Social Affairs by placement in designated rehabilitation facilities.

Addiction counselors have a vital function in social rehabilitation. The main task of an addiction counselor is to provide understanding, encourage change and facilitate choosing alternative solutions for the narcotic abuse victims, both individuals and groups.<sup>35</sup> In interviews with several addiction counselors at the rehabilitation facilities, the research team found that all addiction counselors claimed to have understood and used Permensos 26/2012 in providing social rehabilitation. But they also told of the resource constraints in providing rehabilitation to patients. The number of addiction counselors in a rehabilitation facility is generally much less than the number of patients being treated. This imbalance number was very much evident at YPI Nurul Ihsan, where they only had 5 (five) counselors to care for 80 patients. Ar-Rahman rehabilitation center has 9 (nine) counselors for 36 patients.

Besides the imbalance in the number of counselors and patients, another issue related by these counselors was that there is no further training for them. Further training is important for their capacity building. Counselors see that the opportunity for further training would not only provide them with new material, but also to exchange ideas and find solutions to the problems they have been facing among counselors.

In addition to counselors, social workers and TKS also have an important role in determining social rehabilitation success of the patients. Both these social assistance professions use clinical and community development approaches in their work. The main tasks of social workers and TKS are to establish relationships with patients, provide/strengthen support for patients in social rehabilitation, utilize existing service potentials and resources and improve access to solve patient problems. These objectives are pursued by social workers and TKS in several ways, including building patient's trust, improving the patient's understanding of the dangers of narcotics, finding alternative solutions for patients and maintaining recovery so that patients do not relapse.<sup>36</sup>

The research team also found that social workers and TKS were present at all facilities visited. Their role which is slightly different from that of addiction

---

<sup>35</sup> Permensos 26/2012, Article 25.

<sup>36</sup> Permensos 26/2012, Article 28 paragraph (1) and (2).

counselors is their activeness in giving capacity building for patients outside the rehabilitation premises. At YPI Nurul Ichsan, for example, social workers or TKS conduct community capacity building related to narcotics at the foot of Mount Slamet (Purbalingga). In addition, the research team also saw that the social workers and TKS are also proactive towards their patients and periodically provide guidance for the patient's family.



## CHAPTER IV

# IMPLEMENTATION OF REHABILITATION BY THE NATIONAL NARCOTICS AGENCY (BNN)

### A. Legal Basis

Although the National Narcotics Agency (BNN), is the only state institution that bears the word 'narcotics' to its name giving a strong impression that this institution also has the mandate to provide rehabilitation for narcotics addicts, it is in fact not appointed as a provider of rehabilitation by Law Number 35 of 2009 regarding Narcotics (Narcotics Law). The tasks of BNN in the context of rehabilitation under the Narcotics Law are limited to capacity building of rehabilitation facilities.<sup>37</sup> Seeing this, at first BNN's role in rehabilitation was limited to providing technical and educational support to medical and social rehabilitation participants.

In the practice of rehabilitation however, problems arose regarding the limited reach of rehabilitation. Before BNN participated as a rehabilitation provider, the service with the widest nationwide reach was the methadone maintenance therapy program (*program terapi rumatan metadon – PTRM*).<sup>38</sup> In some places there are also buprenorphine maintenance therapy programs (*program terapi rumatan buprenorphine – PTRB*), but the number is very limited. Both types of services are viewed more as harm reduction services in the context of injection heroin use, then as drug treatment. Also- both services are not relevant for users of non-opioid substances.

---

<sup>37</sup> Article 70 letter d of the Narcotics Law states that authority of BNN in the context of rehabilitation is limited to "... improving ability of medical rehabilitation and social rehabilitation institutions of Narcotics addicts, both organized by the government and society;" Based on the Article 70, BNN has 10 tasks, and only one point is related to rehabilitation - indirectly - as referred to in letter d.

<sup>38</sup> Despite its harm reduction nature, not rehabilitation, PTRM is still incorporated in scheme of Compulsory Report Institution (IPWL), solely to protect clients from threats of law enforcement that will adversely affect the client's recovery process. IPWL itself is a system that requires narcotics addicts to report themselves to the state so as not to be prosecuted in narcotics cases related to their use of narcotics. See for example, 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 the International Human Rights Standards*, Jakarta: LBH Masyarakat, March 2016, for analysis on implementation of IPWL in Indonesia. The document is available at [http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316\\_IPWL-Research-Report\\_LBHM\\_Mainline.pdf](http://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2016/04/310316_IPWL-Research-Report_LBHM_Mainline.pdf)

This then created a service vacuum in various regions to service non-opioid users. This vacuum encouraged BNN to start to implement rehabilitation programs through clinics in various regions. This initiative is based on Presidential Regulation Number 23 of 2010 regarding National Narcotics Agency (*Perpres* 23/2010).<sup>39</sup> The Presidential Regulation stipulates that BNN has a function to prepare and formulate national policies in prevention and eradication of abuse and trafficking of narcotics, psychotropic substances, and precursors and other addictive substances except tobacco and alcohol addictive substances. This regulation is known as P4GN. The Presidential Regulation also authorizes BNN to implement what is formulated within the P4GN, which includes the authority to carry out rehabilitation.

## **B. Rehabilitation Site and Financing**

What BNN does in the field of rehabilitation can be considered separate from the dichotomy of medical and social rehabilitation as recognized in the Narcotics Law.<sup>40</sup> BNN has its own rehabilitation facilities that can be classified as clinics and centers (see explanation below). All BNN's rehabilitation facilities have medical services, as well as psychosocial services. Therefore, the clinics and centers are more appropriately classified as medical rehabilitation. As it takes the form of a clinic, BNN needs permission from the Ministry of Health (MoH) to establish them. In addition, in the scheme of Compulsory Reporting Institution (IPWL), BNN rehabilitation clinics and centers are placed under the Ministry of Health. However, the budget for BNN's rehabilitation clinics and centers is entirely derived from BNN's own budget.

Following are the rehabilitation models that BNN provides:

### **I. Clinics**

These clinics are usually located in BNN offices at the provincial level (BNNP) or district/city (BNNK) level. It is not easy to run these initiatives because in the early days there were still many BNNPs and BNNKs that did not have permanent offices. Meanwhile, to establish a clinic, based on interviews of the research team with BNN, the Ministry of Health requires having permanent premises for at least five years.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Article 3 point e of this *Perpres* states that BNN has a function to "... implementation of national policies and P4GN technical policies in the field of Prevention, Community Empowerment, Eradication, Rehabilitation, Law and Cooperation;"

<sup>40</sup> Narcotics Law, Article 1, 4, and 54.

In terms of type of service, clients who access drug dependency treatment at BNN clinics use outpatient services. Clients can receive counseling, their condition is monitored by a relevant physician and they get medicines according to their situation. Clients also get other medical interventions without having to stay at the facility.

## 2. Centers

Inpatient services are available at BNN's drug rehabilitation facility/center. The program is available in long (six months) and short (three months) courses. The method provided in the rehabilitation centers is therapeutic community (TC).<sup>42</sup>

## C. Methods of Rehabilitation

The BNN's drug rehabilitation centers use the TC method. It begins with an assessment process, then detoxification, as well as induction (orientation/introduction) to be provided with initial materials. This process, which takes about 2 (two) weeks, is then continued with the main programs in the primary phase. After going through all that, the resident will enter a re-entry phase where the resident is prepared to return to become a member of society, which – BNN hopes – is an 'abstinent,<sup>43</sup> <sup>44</sup> productive, and functioning'<sup>45</sup>

---

<sup>41</sup> Regulation of the Minister of Health Number 9 of 2014 regarding Clinic, Article 6 paragraph (1).

<sup>42</sup> *Therapeutic Community (TC)* is a common form of long-term residential care for substance use issues. TC itself has been adopted in more than 65 countries and has an orientation or recovery, focusing on the person and their lifestyle as a whole.

<sup>43</sup> Abstinensia, in general, is interpreted as a state in which a person no longer/yet to use certain substances/plants that make them have problems with addictions. But on a practical level, the abstinensia approach also has many reinterpretations. BNN, for example, understands abstinence as a situation in which a person no longer uses illegal substances/plants and does not abuse legal substances/plants. This perception seems to accommodate the use of methadone or other narcotics substances/plants as long as used in the context of self-recovery, however in practice it is not the case.

<sup>44</sup> On the other hand, TC as a recovery-oriented method actually acknowledges relapse as "... an opportunity to learn." While it still has a purpose to lead therapy participants toward a drug-free lifestyle, this is arguably contrary to the legal regime in which BNN operates: a regime that allows only two times of treatment periods and punishes those who use narcotics.



member of society Those following the short program do not need to go through re-entry phase.

Although listed as a medical rehabilitation, BNN rehabilitation center also provides opportunities for other approaches such as narcotics anonymous (NA)<sup>46</sup> and religion. Residents at the BNN rehabilitation centers can attend NA meetings outside the centers. According to one of the respondents, it is believed as a way of strengthening the mentality since patient have to interact and communicate with other people, as well to learn from those people. The rehabilitation program implementor also learns about the 12-step principles applied in the NA.

Religion comes as another aspect at BNN's rehabilitation center. Those who are Muslim are obliged to pray five times a day. The Muslim residents could consult with the *ustadz/ustadzah*, however, such consultations are not documented. Therefore, based on the interviews, counselor faces difficulties in tracking patient's development in the context of religious approach.

BNN also has a post-rehabilitation mechanism. Activities in post-rehabilitation are diverse: trainings, seminars, vocational activities, home visits, and so forth. This is not mandatory for those who are in short programs, but it is mandatory for those who undergo a six-month program. However, in practice, if the resident is able to present a written evidence whether from a family or employer requesting them to return as soon as possible, then the resident may be allowed to not follow the post-rehabilitation phase.

#### **D. Inclusion Criteria**

BNN bases the decision to place a prospective patient's in a long or short program on the level of dependency as well as the social situation of the prospective program participant. If a person is deemed to have a problem that BNN perceives they can easily handle or that person has outside responsibilities, whether working – government or private – or studies, the person will be

---

<sup>45</sup> Productive and functioning, in the context of BNN, is interpreted as two different things. What is meant by productive is to re-engage, whether it is work or study at a university/school. While the meaning of functioning is to give back to society.

<sup>46</sup> *Narcotic Anonymous* (NA) describes themselves as a group or community of men and women in which, for them, narcotics has become a major problem. NA uses a 12-step method that has been developed and expanded for people with addiction problems with various substances. NA is the second largest 12-step community in the world after Alcoholics Anonymous (AA).

directed to a short (3 months) program.

To measure the degree of drug dependence and assessing whether a person can be a patient or not, BNN uses the Addiction Severity Index (ASI) as a benchmark. ASI itself as a standard has received international recognition and its manual has been translated into more than 18 languages. However, sometimes BNN also uses DSM-V and PPDGJ III as reference.

### Women and Children Patients

In BNN's Sukabumi Rehabilitation Center, for the long program there are two houses divided by age groups. House of Faith for 29-year-olds and/or younger, and House of Hope for 30-year-olds and/or older. Problems then arise for women and children.

Lido has facilities for women, but does not provide facilities for minors. Even until now, there is still no inpatient facility for children in Lido. BNN plans to create one facility for minors in Lido, but it is still only for boys, not for girls.

## **E. Human Resources**

BNN refers to Colombo Plan<sup>47</sup> modules for knowledge standards of the rehabilitation team. BNN adapted these modules and then taught this to every staff working in rehabilitation centers to achieve the same mindset in carrying out their respective jobs. However, it seems that BNN has not been consistent in providing this training to its staff. Training of each module is conducted separately so that each staff must wait for BNN to conduct the training to improve their knowledge. To pursue a complete training of the modules, some BNN staff even go to other regions where BNN is training and paying the fees on their own to access the training.

BNN is quite open towards other capacity building issues. BNN can invite foreign and domestic sources to give seminars. If there are any rehabilitation

---

<sup>47</sup> Colombo Plan refers to economic cooperation and social development in Asia Pacific established on 1 July 1951 by Australia, Canada, India, Pakistan, New Zealand, Sri Lanka and the United Kingdom. It now consists of 26 countries, including non-Commonwealth countries and Southeast Asian countries. One of the permanent programs of Colombo Plan is the Drug Advisory Program (DAP) established to address the narcotics issue in these regions.

implementation teams writing papers for overseas conferences for example, BNN is usually supportive. BNN would also not impede if an implementing team is associated with professional organizations domestically or abroad, and wishes to attend an event where the organizations hold meetings or trainings.

Rehabilitation tasks do not only rest on counselors, but also on implementing team from other professional backgrounds. For initial intervention at the time of assessment and detoxification, doctors and nurses are at the forefront. This does not mean that at the primary and re-entry phases the role of physicians, specifically, of psychiatrists becomes irrelevant. Each resident has a fixed schedule every week to meet with a physician to monitor their medical situation. In addition, bearing in mind certain symptoms of prolonged withdrawal,<sup>48</sup> a psychiatrist's intervention is also essential.

## **F. The Dynamics of Life in Rehabilitation**

The TC program is developed to create a situation where participants live in groups and engage in group activities so that the participants can experience individual change and achieve therapeutic goals. Participants live in a scheduled<sup>49</sup> and supportive situation, and learn to live within hierarchy and function. There are many terms and positions in the group life that they need to learn, for example major (MOD), RCO, chief, and others. These terms bear specific functions in the group life. This situation is true both in the TC program conducted by the BNN and those implemented in social drug rehabilitation under the auspice of the MoSA. However, based on the interviews, the research team finds that the TC program implemented in the BNN's rehabilitation centers is stricter than the one in MoSA's social drug rehabilitation. This is due to the mixed methods used by social drug rehabilitation under the auspice of the MoSA, where they carefully pick and choose only the elements that they believe is important and applicable in their respective context and situation.

Living within the hierarchy can be seen in all program details. For instance in order to gain permission to not attend a program due to sickness (the sick pass), a resident must discuss with a chief who will then take the request to a major.

---

<sup>48</sup> Prolonged withdrawal refers to a situation where certain psychological situations resulting from substance withdrawal do not arise immediately but require a longer time

<sup>49</sup> Residents live on an hourly schedule from morning to night. Everyone wakes up, sleeps, eats, and performs other activities at the same time. This is deliberately done as a way to increase the sense of living within a group. As a real example, during the month of Ramadan, both Muslims and non-Muslims, all program participants must fast.

The major will then take this matter to the medical department. The medical department will then determine whether the resident can obtain the permission or not. If the resident is given a sick permit, this person cannot immediately resume activities once they feel better. Again, the medical department will assess whether the resident is well enough to attend activities or still needs to rest longer. This hierarchy may be exempted in certain emergency situations, such as fainting or deteriorating health conditions.

The resident will also be equipped to live within the rules of a house and a group. If the resident violates these rules, there are consequences to be followed. The penalties imposed tend to be directives. There are also penalties like writing one sentence repeatedly, composing a story, and washing plates of all residents in one house.

Another example of this hierarchy is a request for a meeting with a counselor. If a resident wishes to meet with their counselor, they must submit a form named *individual counseling*. The counselor is not obliged to respond directly to the request. Based on the interview, counselors do not respond to it directly because they want to maintain some distance from the resident to see their progress and be able to see more clearly the fulfillment of tasks assigned to the resident. On the other hand, the counselor is the portal through which the resident can contact their family. Contact with family is very important because the length of time spent by the resident at the rehabilitation center raises risks of breaking prior social contexts. Based on the interview, there have been incidents where relationships that are not maintained with families during the rehabilitation period has led to divorces. Cases like this can be minimized if residents can easily contact their family. On the other hand, sooner or later the counselor will certainly meet the resident because, after all, the counselor has the responsibility to run and monitor the resident's addiction recovery plan.

As a method, TC became renowned and celebrated during the time when heroin was the drug of choice in society. TC, before the era of amphetamine type stimulants (ATS, including methamphetamine and ecstasy) in the last few years after 2010, is known to be very harsh, with some even referring to as inhumane, often creating new 'wounds' for participants. These criticisms and the shift of frequently-used substance type to ATS, caused BNN to make some modifications.

The modifications include the ways of communication with program participants. In the past, a resident who made a mistake could be confronted one-on-one with a person s/he hurts. During this confrontation, the two parties stood face by face with only a human palm's distance. Now, this method is softened by maintaining a distance of at least one meter apart.

Based on the interview with counselors at the BNN's centers, this change of approach is a challenge for counselors in BNN rehabilitation centers. Most of the counselors in BNN centers are alumni of BNN-run TC programs. That is, many counselors were themselves recovering addicts. On one hand, this is good because it means they can talk at the same frequency and be in the same world as the program participants. But on the other hand, as most of them experienced an early unmodified TC model and must deal with program participants with different drugs of choice, these counselors are required to adapt to this new situation. This can be seen from how these counselors understand blocking, which is a situation where the program provider sees a program participant not willing to open up or take actions that are characterized as someone who rejects the program. The standard in seeing this phenomenon and how to overcome it must be aligned with the general type of residents that are now in the centers, no longer using the standards they experienced when they were themselves residents.

## CHAPTER V

# CLOSING: CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

This study was designed from the onset to map the types of available rehabilitation options (descriptive). Therefore, this study will not seek to find the extent to which the existing rehabilitation services have or have not been *effective* in addressing the problem of narcotics dependency; as well as whether there are ethical and legal, or whether there are potential human rights violations in the rehabilitation facility. However, the description of the different methods does feed into discussions on all of these topics. A further investigation of the matter will take the research away from its initial intention, namely, to map rehabilitation types that exist in Indonesia and to capture the basic methodology used in various facilities.

The government, in this case the Ministry of Health (MoH), Ministry of Social Affairs (MoSA) and the National Narcotics Agency (BNN) have been working hard to provide medical and social rehabilitation for narcotics users. This certainly deserves an appreciation. However, in this study, the research team found many challenges and problems, both internally and as external factors around the institutions. This chapter summarizes the preceding chapters and provides key recommendations.

### A. Legal Framework

In the period of only a few years, there have been changes in regulation related to the implementation and guidelines of drug rehabilitation. **The short life-span of different regulations certainly affects the performance of medical rehabilitation teams. Implementing teams have difficulty adjusting their service procedures to standards that frequently change.** Some members of medical rehabilitation teams that were interviewed were able to precisely cite the regulatory basis for their guideline basis, namely, Permenkes 50/2015. However, others could not recall that guideline basis. Although this does not necessarily mean those who could not recall do not know the guidelines used. However, dissemination of regulatory changes should be accompanied by the provision of copies of the new regulations to each medical rehabilitation facility. In an interview with one of the medical rehabilitation facilities, members of the clinic's

implementing team said they only had one copy which they circulated among them so everyone could read and understand the regulation.

## B. Rehabilitation Methods

The rehabilitation methods used by the Ministry of Health are different from those used by the Ministry of Social Affairs. MoH provides management guidelines that must be followed by rehabilitation facilities under its responsibility. Rehabilitation facilities under the National Narcotics Agency also use medical rehabilitation methods, although in practice these facilities use a separate guideline that BNN has prepared. On the other hand, MoSA comes with a minimum 'plus' standard of service, in which each rehabilitation facility can choose its own method they deem appropriate, so long as the process is properly recorded and reported to the Ministry of Social Affairs.

There are several issues related to rehabilitation methods. **First**, some medical rehabilitation facilities also provide psycho-social interventions, such as those at Sanglah Hospital and RSKO. However, in all social rehabilitation facilities, medical intervention is provided through referral to health facilities outside of the rehabilitation facility. Vice versa, some medical rehabilitation focus only on the medical aspect, and do not address the social issues that may rise due to the drug using. This prevents the patients from getting the comprehensive intervention they need.<sup>50</sup> While the two main objectives of all rehabilitation facilities are to restore the patients from the use of narcotics and their reintegration into society – goals that would be difficult to achieve without comprehensive intervention.

**Second**, some of the methods used by social rehabilitation facilities have not been scientifically tested. This scientific evidence base is important to ensure the effectiveness of the chosen method. It is important to realize that these rehabilitation facilities are funded by the government. Hence, ensuring that the method used is scientifically and effectively tested could convince the public that the state has invested in a valid method. On the other hand, the government needs to scale-up their support for the implementation of narcotics dependency

---

<sup>50</sup> The importance of comprehensive interventions was delivered by Riza Sarasvita, Ph.D, Director of Strengthening of Government Rehabilitation Institution Deputy for Rehabilitation of BNN, in an interview with the research team conducted on December 12, 2016.

rehabilitation whose effectiveness is scientifically proven if they want to have a maximum impact.

**Third**, available rehabilitation methods should be in accordance with the needs of each patient. The effect of usage and withdrawal symptoms of opioid substance users is different from ATS users, for example. The research team found that most of the rehabilitation methods used by rehabilitation facilities in Indonesia are rehabilitation methods for opioid dependency. Although some rehabilitation facilities accept ATS users, the method used is similar to the rehabilitation method for opioid users. Considering that the number of ATS users in Indonesia continues to increase, the government should begin testing whether the rehabilitation methods used for opioid users is effective for ATS users, and if not, what rehabilitation method is appropriate form them.

### C. Inclusion of Patients

Some of the rehabilitation facilities that the research team visited had no women or under-aged patients – although some claimed to have received female patients in the past. Although the interventions provided to women and children are generally the same as that for male patients, it is necessary to recognize that there are special needs for women and youth. Permenkes 2415/2011 states the importance of considering gender and age needs in providing rehabilitation.<sup>51</sup>

The government should ensure that every rehabilitation facility is capable, both in terms of infrastructure and qualification of the implementing team, to provide rehabilitation for female and child patients. For example, the rehabilitation facilities should be able to provide separate accommodations, provide a choice of vocational activities for female patients, or even consider the type of rehabilitation for women patients who are pregnant or breastfeeding. For minors, rehabilitation facilities should ensure that children, especially of school age, should not be in a position of having to ‘choose’ between joining a rehabilitation program or continuing school.

### D. Human Resources

In addition to ensuring the quality of rehabilitation methods according to an evidence-base and scientifically tested levels of effectiveness – the

---

<sup>51</sup> *Permenkes 2415/2011*, Articles 15 and 16.



implementing team must be ensured of the proper qualifications and performance levels. The research team found situations in which the rehabilitation team members are not, or have not been trained according to the functions they are performing. This finding is disturbing, given that the success of a patient overcoming their narcotics dependency also depends on the quality of the people who provide care for them.

Another issue that is linked to qualification is the high rotation of staff, especially in rehabilitation facilities under the Ministry of Health. Several rotations occur within hospitals or health centers (*Puskesmas*), so that the staff member remains in the same role; the narcotics rehabilitation team. But the rotations are also often done towards different roles, which means a loss of expertise. MoH has tried to address this matter by arranging a minimum working period of the compulsory reporting and medical rehabilitation implementing team of 2 (two) years.<sup>52</sup> However, it seems that this policy is often ignored by the management where the rehabilitation facility is located.

It is fitting for the government to expand their efforts to ensure that the rehabilitation team for narcotics dependency has the proper and up-to-date qualifications in big cities as well as small towns in Indonesia. This can be done by, for example, increasing trainings related to narcotics rehabilitation, as well as enforcing the regulation for the rehabilitation implementing team on the minimum 2-year working period in one facility.

When conducting the training, government needs to bear in mind that there are various professions involved in rehabilitation and drug treatment- such as counselors, general practitioners, psychiatrists, and nurses. Differences in the mindset and scientific backgrounds can form a tremendous potential for optimal recovery when there is a balanced and open inclusion of all staff members in the rehabilitation program. Therefore, it is important for all drug rehabilitation facilities to develop a way of communication between these various professionals and the patients in order to create positive and constructive communication culture that will benefit the rehabilitation process undergo by the patients..

---

<sup>52</sup> Permenkes 50/2015, Attachment.

## E. Creation of a Conducive Environment

The government has made a positive move by adopting a health approach in addressing drug problems. Government seeks to provide the widest possible rehabilitation access for drug users. However, regardless of how well a method works and regardless of how many rehabilitation facilities are provided and funded by the government—most narcotic users will be reluctant to access rehabilitation if there is no conducive environment.

A conducive environment refers to the condition under which narcotics users are enabled to access rehabilitation and other health services. Currently, accessing rehabilitation can mean you lose access to education, employment and welfare. A person could become subject to discrimination for the rest of his/her life. A person could even be threatened with imprisonment due to their narcotics use. In fact, it is not surprising that there are still many drug users who have not or will never pursue rehabilitation under the current political circumstances. Even though they actually feel the need and have the willingness to stop their drug use.

Overall, it seems time for the government to rethink their approach in the provision of drug dependency treatment. It is important to note that not all drug user needs to enroll in an inpatient service. Providing outpatient service and care for drug user, like some of these drug rehabilitation facilities are doing, may be more appropriate and serve a better solution for those who are not (physically) dependent on drugs and/or still have other activities such as work or study.

This study itself poses an indirect political question to the Indonesian government: in the midst of the war on narcotics, what is the government doing for its citizens to help them overcome their narcotics dependency? Because ultimately health interventions that directly address the behavior of narcotics users, such as narcotics rehabilitation and harm reduction, are important actions that are necessary to save the lives of narcotics users. Is support for health interventions more important than spending a lot of funds on criminalization of narcotics users? Should policy be based on demand-reduction or should Indonesia focus on the use of capital punishment and executions – the most extreme symbol of the supply-reduction approach? Should we care for our fellow citizens or should we chase after them in an endless war on drugs?



## **Buku**

Albert Wirya. dan Yohan Misero, *The Trip to Nobody Knows Where: Examining the Effectiveness of Indonesia's Compulsory Report Program for Drug Users and Its Compliance to the International Human Rights Standards*, Jakarta: LBH Masyarakat, Maret 2016

Fuji Aotari, Arinta Dea Singgi, dan Naila Zakiah, *Ketika Anak Pengguna Narkotika Tak Lagi Didengar*, LBH Masyarakat, Jakarta, 2016.

## **Laporan**

Laporan Kinerja Badan Narkotika Nasional Tahun 2016

## **Internet**

<http://www.dw.com/id/presiden-jokowi-pimpin-langsung-pemusnahan-narkoba-di-monas/a-36660267>.

<http://theconversation.com/indonesia-uses-faulty-stats-on-drug-crisis-to-justify-death-penalty-36512>

<https://www.theguardian.com/world/2015/jun/05/experts-criticise-data-used-by-indonesia-to-justify-punitive-drugs-policies>.

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>

AJENG LARASATI | | DOMINGGUS CHRISTIAN | | YOHAN MISERO

INSTALASI PEMULIHAN  
KETERGANTUNGAN NAPZA

# MAPPING OUT DRUG DEPENDENCY TREATMENT IN INDONESIA



**MAINline**  
DRUGS & HEALTH