

Buku Pegangan Fasilitator
**Dasar-Dasar Pengurangan
Dampak Buruk Narkotika dan
Zat Adiktif Lainnya (NAPZA)
Bagi Pemuka Agama**



Buku Pegangan Fasilitator

**Dasar-Dasar Pengurangan Dampak Buruk Narkotika dan
Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) Bagi Pemuka Agama**

Penulis:

Ingrid Irawati Atmosukarto

Patrianto Budi Handoyo

Pengulas:

Ajeng Larasati

Penyunting:

Dian Yuliasri

Diterbitkan oleh:

Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM)

Tebet Timur Dalam VI E No. 3, Tebet

Jakarta Selatan, 12820

Indonesia

© Desember, 2025

Proyek ini didukung oleh Elton John AIDS Foundation.

Informasi dan analisis yang ada di buku ini adalah sepenuhnya milik penulis dan tidak serta-merta merefleksikan pandangan Elton John AIDS Foundation.



DAFTAR ISI

I. PENGANTAR	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Lokakarya	2
C. Sasaran Lokakarya	2
D. Panduan dan Struktur Modul	2
E. Kelengkapan Penunjang	6
II. MATERI LOKAKARYA DAN TOPIK BAHASAN	7
A. Ikhtisar	7
B. Daftar aktivitas peserta	8
C. Uraian Materi	9
HARI I	9
Sesi 1. Mari Membicarakan NAPZA!	9
Sesi 2. Pemanfaatan NAPZA di Masyarakat	12
Sesi 3. Pemetaan Respons Pengguna NAPZA di Indonesia	17
Sesi 4. Dampak Pelarangan dengan Pendekatan Punitif	21
Sesi 5: Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk Pengguna NAPZA (Persiapan Kunjungan Lapangan)	22
HARI II	25
Sesi 6. Penanganan Penggunaan NAPZA Berbasis Kesehatan Masyarakat: Pengurangan Dampak Buruk NAPZA (bagian 2) - Kunjungan Lapangan	25
Sesi 7. Spektrum Konsumsi NAPZA	26
Sesi 8. Analisis Struktur Masalah	29
HARI III	31
Sesi 9. Analisis Aktor/Pemangku Kepentingan	31
Sesi 10. Respons Alternatif	32
Sesi 11. Perumusan Aksi Kolektif	33
Sesi 12. Pemaparan Aksi Kolektif	34



I. PENGANTAR

A. Latar Belakang

Masyarakat Indonesia meyakini bahwa agama memiliki peran penting dalam kehidupan sehari-hari dan menganggap kepercayaan kepada Tuhan berhubungan dengan nilai-nilai yang baik (Connaughton et al., 2020). Anggapan dan keyakinan tersebut juga berlaku bagi mereka yang mengonsumsi NAPZA. Hal ini turut dilaporkan dalam penelitian yang dilakukan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM) tentang persepsi pengguna NAPZA mengenai agama yang dianut, di mana sebagian besar responden menganggap agama adalah hal yang penting, bahkan sangat penting (LBHM, 2023).

Agama dipandang penting, namun lebih banyak pengguna NAPZA dalam penelitian ini yang mengaku malu dan takut meminta bantuan dari tokoh agama setempat ketika membutuhkannya. Di balik kesungkungan tersebut, kebanyakan dari mereka masih berharap tokoh-tokoh agama berperan aktif membantu, merangkul dan membimbing, serta tidak mendiskriminasi mereka dalam hal pemakaian NAPZA. Di sisi lain, tokoh agama pun tidak lepas dari norma sosial dan norma yang diinterpretasikan dari ajaran agama yang cenderung mengutuk segala bentuk konsumsi NAPZA, sehingga berpotensi tumbuh sikap bias ketika berhadapan dengan penggunanya.

Stigma terhadap pengguna NAPZA di tengah masyarakat diperkuat ketika tokoh di masyarakat termasuk tokoh agama dan institusi negara menyitir kitab suci dan ajaran agama. Badan Narkotika Nasional (BNN) adalah salah satu institusi negara yang kerap memanfaatkan narasi keagamaan untuk membujuk bahkan cenderung menakut-nakuti pengguna agar berhenti mengonsumsi NAPZA, mendorong mereka untuk abstinen. Praktik-praktik tersebut mengakibatkan pengguna NAPZA cenderung memilih menghindari institusi keagamaan dan pemukanya, sehingga jarang terbentuk interaksi di antara mereka. Kurangnya interaksi kedua belah pihak ini mengakibatkan tidak terbentuknya rasa peka dan pemahaman ragam dan kompleksitas persoalan yang dihadapi pengguna NAPZA oleh para pemuka agama. Akibatnya, pengguna NAPZA tidak merasakan bantuan, manfaat dan dukungan dari institusi keagamaan.

Atas situasi tersebut, sebuah modul untuk memfasilitasi lokakarya bagi tokoh-tokoh agama dirancang untuk menghasilkan pemahaman mendasar akan persoalan NAPZA. Modul ini menyajikan dasar pemikiran dan pendekatan respons yang tepat dengan berbasis welas asih, kepekaan, dan pemahaman persoalan kesehatan pengguna NAPZA. Kesempatan ini dapat digunakan untuk mengingatkan bahwa pengguna tidak hanya bagian dari umat beragama tetapi juga anggota jemaat yang patut diperlakukan setara dengan jemaat lainnya.

Pertolongan apakah yang dapat diberikan para tokoh agama kepada seorang pengguna yang menjangkau mereka? Di dunia yang tanpa stigma kepada pengguna NAPZA, pertolongan pertama adalah penghormatan (*respect*), pengakuan (*acknowledgement*) akan identitas dan segala pengalamannya, martabat, dan semua sikap kemanusiaan yang juga diberikan oleh tokoh agama kepada umatnya, baik yang seiman, maupun yang tidak, baik yang seidentitas, maupun yang tidak.

Modul ini mensintesisasikan pengetahuan dasar mengenai NAPZA, pendekatan dan pemahaman yang manusiawi, berbasis bukti kepada pengguna NAPZA dan pengalaman empiris terkait dengan penggunaan NAPZA. Layanan pengurangan dampak buruk NAPZA diharapkan menyumbang pada sikap yang anti diskriminatif kepada pengguna NAPZA yang diejawantahkan menjadi tindakan konkret yang membantu meningkatkan kualitas hidup pengguna yang ditemui di lingkungan jemaatnya. Kesadaran yang berasas welas asih (*compassion*), kemanusiaan, dan pemahaman berbasis bukti dan pengetahuan menjadi pendorong tokoh agama yang menjadi peserta lokakarya untuk tergerak melakukan tindakan yang manusiawi, ketika berhadapan dengan pengguna NAPZA.

B. Tujuan Lokakarya

1. Meningkatkan pemahaman pemuka agama mengenai pendekatan pengurangan dampak buruk pengguna NAPZA sebagai pendekatan yang manusiawi dan selaras dengan nilai-nilai keagamaan dan berbasis kemanusiaan;
2. Membangun penerimaan (*acceptance*) dan pengakuan (*acknowledgement*) akan pengalaman pengguna NAPZA terutama sebagai kelompok tertindas dan terpinggirkan yang patut memperoleh dukungan spiritualitas dari pemuka agama; dan
3. Membekali pemuka agama dengan instrumen praktis serta keyakinan untuk membuka diri, berdialog, dan turut dalam upaya-upaya memecahkan persoalan kemasyarakatan sebagai dampak dari kebijakan pemidanaan NAPZA nasional secara umum, serta secara khusus mengedepankan kesejahteraan pengguna NAPZA di lingkungan jemaatnya.

C. Sasaran Lokakarya

Modul ini diharapkan digunakan sebagai panduan oleh fasilitator yang akan memberikan atau memimpin lokakarya bagi tokoh agama. Fasilitator idealnya adalah:

1. Pemuka agama, yang sehari-hari berinteraksi langsung dengan umat di tengah masyarakat;
2. Pemuka agama yang duduk dalam kepengurusan organisasi keagamaan;
3. Anggota masyarakat awam yang aktif dalam kepengurusan institusi agama.

D. Panduan dan Struktur Modul

Modul ini dirancang untuk tiga hari pertemuan yang dapat dibagi menjadi 10 hingga 12 sesi (maksimal empat sesi per hari) dan tiap sesinya berdurasi 90 menit.

Bentuk pertemuan adalah lokakarya, yakni mengulas suatu topik atau masalah tertentu untuk merumuskan alternatif-alternatif tindakan kolektif berdasarkan kompetensi peserta. Secara umum, tiap sesi dalam lokakarya ini berusaha menggali pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan para peserta untuk memetakan persoalan spesifik yang dihadapi, membuka diri akan adanya pemahaman baru, juga merumuskan aksi bersama yang realistis dilakukan pascalokakarya.

Peserta difasilitasi untuk menemukan pemahaman yang mungkin terabaikan atau terkubur oleh narasi dominan yang selama ini secara terstruktur disebarluaskan ke tengah masyarakat. Fasilitator secara setara membuka kesempatan kepada peserta untuk mengemukakan pendapat, argumentasi, serta memfasilitasi siapapun untuk menampilkan data atau informasi pendukung. Seluruh argumentasi disampaikan melalui perangkat komunikasi yang tersedia sehingga dapat dicerna oleh semua.

Meski diselenggarakan dalam prinsip kesetaraan, fasilitator memiliki kewenangan untuk membatasi waktu, menentukan topik yang dibahas, menentukan giliran berbicara, serta memberi instruksi untuk tugas-tugas khusus dalam lokakarya. Terkadang, peserta perlu dipecah menjadi kelompok-kelompok kecil untuk berdiskusi dan merumuskan sesuatu yang berhubungan dengan topik pembahasan. Hal ini diperlukan agar peserta lebih menginternalisasi pemahaman dan tanggung jawab moral akan peran mereka sehari-hari.

Fasilitator juga berwenang bahkan wajib mengarahkan peserta untuk tetap fokus pada topik yang sedang dibahas agar durasi lokakarya yang terbatas bisa dimanfaatkan secara optimal.

Struktur modul dan lokakarya serta metodologi

Modul disusun sebagai pedoman untuk memfasilitasi peserta melalui topik yang berkesinambungan agar hasil yang diharapkan bisa terwujud di akhir lokakarya. Topik-topik pembahasan tiap sesinya diuraikan di Bagian Tiga modul, juga kompetensi yang diharapkan, tujuan khusus, dan langkah-langkah fasilitasinya. Secara umum, struktur lokakarya ini terdiri dari pemetaan masalah, pemahaman respons, dan perumusan aksi kolektif.

Dalam pemetaan masalah, para peserta difasilitasi untuk mengungkapkan pengetahuan dan pemahaman berdasarkan pengalaman mereka terhadap topik pembahasan. Fasilitator menuliskan daftar ide atau informasi yang muncul agar bisa dibaca oleh seluruh peserta. Fasilitator mengelaborasi argumentasi, data, atau apa yang menjadi latar dari pendapat yang disampaikan dan mencatatnya. Dari elaborasi tersebut, fasilitator mengelompokkan daftar catatan tersebut untuk menampilkan gambaran yang lebih utuh. Proses ini membantu peserta untuk mengetahui letak persoalan di sebuah peta informasi yang dihasilkan dari curah pendapat.

Berbagai dokumentasi menunjukkan bahwa sejumlah pihak sudah merespons persoalan NAPZA di masyarakat. Lokakarya ini akan membantu peserta memahami ragam respons tersebut, alasan di baliknya, hasil yang telah dicapai, serta implikasinya. Fasilitator menggali pengetahuan peserta akan adanya respons, baik berupa layanan, kampanye, peraturan, dll. untuk mengatasi masalah. Tapi, pengetahuan peserta kadang terbatas. Dalam kondisi ini, fasilitator dituntut untuk bisa menunjukkan dan menerangkan sejumlah respons yang mungkin belum peserta ketahui, khususnya dalam upaya pengurangan dampak buruk NAPZA. Dengan demikian peserta dapat menyimpulkan respons apa saja yang efektif, sudah, atau potensial dilakukan berdasarkan hasil evaluasi, dokumentasi, penelitian, atau data-data penunjang lainnya.

Metodologi ini akan diperkuat dengan kunjungan ke klinik terapi rumatan metadon. Di sana, peserta akan melihat langsung respons pemerintah dalam pengurangan dampak buruk NAPZA, bagaimana program tersebut dilaksanakan beserta evaluasi pelaksanaannya. Diskusi dengan pengelola dan penerima manfaat program akan difasilitasi. Selain menambah pemahaman, para peserta diharapkan dapat secara reflektif mengidentifikasi dukungan yang bisa diberikan oleh tokoh agama.

Perumusan aksi kolektif secara spesifik merujuk pada proses penyusunan rencana aksi di penghujung lokakarya berdasarkan pemahaman peserta yang diperoleh dari sesi-sesi sebelumnya. Walaupun begitu, metodologi ini juga bisa diterapkan sebelumnya sesuai kebutuhan. Sebagai contoh, saat fasilitator menilai kalau pemahaman sebagian peserta kurang mendalam yang ditunjukkan melalui ungkapan-ungkapan keraguan. Fasilitator bisa meminta peserta mengerjakan tugas kelompok melalui instruksi spesifik. Sepanjang proses kerja kelompok, peserta bisa saling melontarkan pertanyaan, argumentasi, atau data sehingga memperdalam pemahaman peserta untuk satu topik tertentu. Kemudian proses dan hasil kerja kelompok yang dielaborasi secara pleno dapat menjadi bahan pembelajaran.

Metode ini bisa menghemat waktu dibandingkan jika harus mengklarifikasi pemahaman suatu topik ke setiap peserta di pembahasan pleno. Kelemahannya, pemahaman peserta bisa saja mengikuti pendapat dominan di dalam kelompok tersebut. Untuk mengantisipasi hal itu, fasilitator harus melakukan supervisi ketat sepanjang proses perumusan aksi kolektif ini.

Lokakarya berlangsung selama tiga hari, dengan tiga tema besar:

Hari 1: Memahami Persoalan NAPZA di Indonesia

Hari pertama harus berfokus pada persoalan NAPZA yang masih berbasis nilai-nilai punitif yang mengacuhkan HAM pengguna, sehingga berdampak buruk pada kualitas hidup dan kesehatan pengguna NAPZA serta masyarakat pada umumnya.

Hari 2: Menjembatani Iman, Kemanusiaan, dan Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna NAPZA

Melalui kunjungan lapangan, peserta berhadapan langsung dengan praktisi layanan pengurangan dampak buruk, sehingga mampu memahami latar mental dan "hati" yang mendorong para praktisi untuk melayani pengguna NAPZA yang umumnya dipinggirkan masyarakat karena dipandang sebagai kriminal. Pada akhir hari ini, peserta harus dapat menjelaskan prinsip-prinsip inti pengurangan dampak buruk, membedakannya dari pendekatan yang hanya mengandalkan abstinensi, dan memahami bukti kesehatan masyarakat yang mendukung efektivitasnya.

Hari 3 : Perencanaan Aksi dan Advokasi

Pada hari terakhir, peserta akan mengembangkan rencana aksi konkret untuk menerapkan pengetahuan mereka. Pada akhir hari ini, setiap pemimpin agama diminta menyiapkan rencana aksi pribadi yang menjelaskan bagaimana mereka akan memperkenalkan konsep pengurangan dampak buruk di dalam jemaat atau komunitas mereka. Hal ini dapat mencakup menyelenggarakan sesi pendidikan, membentuk kelompok dukungan, atau bahkan turut mengadvokasi kebijakan pengurangan dampak buruk.

Catatan: struktur lokakarya dirancang fleksibel, menyesuaikan dengan perubahan sikap dari peserta.

Tugas Fasilitator

Sesuai asal katanya, *facile*, yang dalam Bahasa Prancis berarti memudahkan, tugas utama fasilitator adalah memandu, mengasah, dan membantu sekelompok orang untuk mencapai resolusi atau kesepakatan. Fasilitator dipercaya untuk mengelola secara utuh sekelompok peserta yang terseleksi untuk mencapai satu tujuan bersama. Tugas fasilitator dalam lokakarya ini adalah menggali dan mengasah pemahaman peserta, menyediakan materi dan mendinamisasi diskusi, membuat kerangka untuk para peserta bekerja merumuskan suatu pemahaman, dan menyusun rencana tindakan untuk pengurangan dampak buruk penggunaan NAPZA.

Aturan Kelas

Aturan ini dibutuhkan untuk menjaga tata tertib sebagai pedoman untuk menciptakan ruang belajar bersama yang aman, kondusif dan efisien bagi fasilitator dan peserta, disesuaikan dengan kebutuhan lokakarya. Pengembangan aturan bersama dilakukan secara organik, dengan fasilitasi yang mengarahkan pada beberapa prinsip dasar, yaitu:

1. Ketepatan waktu hadir, untuk memastikan sesi-sesi berlangsung tepat waktu, demi kenyamanan bersama;
2. Mengingat rata-rata memiliki alat komunikasi, maka dirumuskan bersama sikap yang mempertimbangkan kenyamanan kelas, termasuk mematikan bunyi ponsel dan menjawab ponsel bila urgen tanpa mengganggu proses kelas;
3. Saling menghormati dan menghindari debat kusir tanpa kesimpulan dan solusi, dan memberi kesempatan untuk berekspresi; serta hal-hal lain yang akan diusulkan oleh peserta.
4. Pengembangan aturan kelas atau ruang belajar dilakukan secara partisipatif dan kolektif dengan pencatatan jelas. Aturan tertulis mesti ditampilkan setiap hari sehingga sewaktu-waktu menjadi referensi peserta lokakarya untuk saling mengingatkan.

Etika Kunjungan Lapangan

Selain di kelas, lokakarya ini juga memfasilitasi kunjungan ke klinik terapi rumatan metadon. Berikut sejumlah aturan dalam kunjungan tersebut, di antaranya:

1. Dilarang memotret pasien dan petugas, kecuali mendapat izin;
2. Peserta bisa bertanya langsung kepada petugas mengenai hal yang berkaitan dengan penyelenggaraan program;
3. Pertanyaan sebaiknya diajukan setelah petugas selesai memberikan dosis dan melakukan pencatatan administrasi, demikian pula kepada pasien;
4. Terutama kepada pasien, peserta harus memperkenalkan diri terlebih dulu dan menjelaskan maksud kehadirannya secara singkat sebelum mengajukan pertanyaan;
5. Tanya-jawab dapat dilakukan di tempat pasien menunggu giliran minum metadon atau setelahnya di sekitar klinik;
6. Menunjukkan sikap saling menghargai;
7. Untuk tanya-jawab yang lebih mendalam, panitia memfasilitasi forum diskusi di aula bersama pengelola dan penerima layanan (pasien);
8. Peserta tidak memisahkan diri dari rombongan tanpa izin; dan masih terbuka kemungkinan adanya aturan lain pada saat pertemuan.

E. Kelengkapan Penunjang

1. Ruang kelas yang memadai untuk 30 peserta, tiap sisi ruangnya bisa ditemplei kertas plano dan metaplan;
2. Formasi duduk peserta membentuk huruf U. Formasi ini untuk mengakomodasi proses yang interaktif agar dapat saling belajar dan setara;
3. Kertas plano, spidol papan tulis, metaplan (atau buku catatan yang kertasnya bisa dilepas), dan lakban kertas. Perlengkapan tersebut dibutuhkan untuk mencatat pendapat, ide, atau informasi dari peserta maupun fasilitator sepanjang lokakarya, agar tiap saat dapat dijadikan rujukan pembelajaran;
4. Papan tulis penampang kertas plano (flipchart) untuk menuliskan ide-ide sepanjang sesi sebelum ditempel di sisi-sisi ruangan;

5. Proyektor beserta bidang sebagai layar untuk menampilkan informasi dan data-data penunjang;
6. Koneksi internet (opsional);
7. Pelantang suara (opsional);
8. Aturan kelas dan jadwal yang dibagikan bersama undangan–diklarifikasi saat pembukaan acara;
9. Bahan-bahan bacaan.

II. MATERI LOKAKARYA DAN TOPIK BAHASAN

A. Ikhtisar

Sesi 1. Topik: Mari Membicarakan NAPZA!

Tujuan: Mengidentifikasi persepsi peserta tentang NAPZA, besaran persoalannya, dan faktor penyebab subjek ini diperbincangkan dari masa ke masa.

Sesi 2. Topik: Pemanfaatan NAPZA di Masyarakat

Tujuan: Memahami latar belakang politik, sosial, dan ekonomi di balik kebijakan NAPZA di Indonesia, serta membangun pemahaman kritis terhadap pendekatan kriminalisasi pengguna NAPZA yang pervasif di tengah masyarakat Indonesia, termasuk di kalangan pemuka agama.

Sesi 3. Topik: Respons terhadap Masalah-Masalah NAPZA

Tujuan: Memetakan tujuan dari bermacam respons yang ada saat ini dan mengurai alasan mengapa hal tersebut belum mampu menjawab persoalan, tapi justru menambah kompleksitasnya.

Sesi 4. Topik: Dampak Pelarangan dengan Pendekatan Punitive

Tujuan: Menganalisis hasil positif dan negatif berbagai respons yang ada serta menjawab siapa pihak yang paling mendapat manfaat dan dirugikan dari respons terhadap persoalan NAPZA saat ini.

Sesi 5. Topik: Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk Pengguna NAPZA (Persiapan Kunjungan Lapangan)

Tujuan: Memperkenalkan pendekatan kesehatan masyarakat dan jenis-jenis layanannya untuk mengurangi dampak buruk konsumsi NAPZA.

Sesi 6. Topik: Layanan bagi Konsumen NAPZA (Kunjungan Lapangan)

Tujuan: Menyediakan kesempatan untuk berdiskusi dengan penerima manfaat dan pengelola program pengurangan dampak buruk NAPZA agar mendapatkan pemahaman yang utuh terhadap program dengan pendekatan kesehatan masyarakat ini.

Sesi 7. Topik: Spektrum Konsumsi NAPZA

Tujuan: Mengidentifikasi berbagai respons dalam spektrum konsumsi zat yang selaras dengan prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk.

Sesi 8. Analisis Struktur Masalah

Tujuan: Menganalisis struktur persoalan NAPZA melalui Kurva Paradoks Pelarangan dan simulasi pemidanaan konsumsi zat yang saat ini legal.

Sesi 9. Analisis Aktor/Pemangku Kepentingan

Tujuan: Memetakan pihak-pihak yang potensial mendapat manfaat, mendukung, dan menentang upaya pengurangan dampak buruk serta perubahan kebijakan NAPZA.

Sesi 10. Respons Alternatif

Tujuan: Merumuskan respons alternatif berdasarkan peran sosial peserta dalam struktur persoalan NAPZA.

Sesi 11. Perumusan Aksi Kolektif

Tujuan: Menyusun rencana aksi kolektif berdasarkan pengelompokan sasaran peserta.

Sesi 12. Pemaparan Aksi Kolektif

Tujuan: Menguji rencana aksi dan mendapatkan umpan balik dari seluruh peserta.

B. Daftar Aktivitas Peserta

1. Perkenalan peserta, panitia dan fasilitator; dan penyampaian persepsi mengenai NAPZA;
2. Memetakan pemahaman mengenai NAPZA yang beredar di tengah masyarakat dan khususnya di lingkungan institusi keagamaan;
3. Pemetaan ragam NAPZA dan konteksnya di Indonesia;
4. Klarifikasi mengenai ragam NAPZA dan konteksnya di Indonesia; dan Pleno peserta mengenai ragam respon terhadap penggunaan NAPZA di Indonesia
5. Pemutaran film "Kegagalan Perang Narkoba"
6. Kunjungan, pengamatan, dan diskusi dengan praktisi pengurangan dampak buruk NAPZA
7. Pemetaan spektrum respons penggunaan NAPZA
8. Pemetaan nilai dari NAPZA
9. Menggali akar masalah dari persoalan yang dialami pengguna NAPZA
10. Memetaan dukungan dari kalangan tokoh agama.

C. Uraian Materi

Hari Pertama

Sesi 1

Mari Membicarakan NAPZA!

Kompetensi

Peserta mampu mengidentifikasi persepsi di masyarakat tentang NAPZA, besaran persoalannya, dan faktor penyebab subjek ini diperbincangkan dari masa ke masa.



SESI 1

Total **90**
menit

TUJUAN

1. Mencairkan suasana, sebagai ajang saling mengenal satu sama lain dengan tema obrolan yang akan menjadi subjek utama selama tiga hari ke depan;
2. Peserta menggali persepsi sekaligus kecemasan, kemarahan, atau pengalaman unik peserta (bila ada) akan isu yang mungkin selama ini mungkin tabu dibicarakan, tapi marak jadi pemberitaan dan perbincangan masyarakat terkait dengan NAPZA;
3. Peserta mengidentifikasi besaran masalah NAPZA di masyarakat yang tak kunjung terselesaikan.

LANGKAH-LANGKAH

Langkah 1. Pembukaan

1. **(5 menit)** Panitia membuka kegiatan, termasuk penegasan dan klarifikasi aturan kelas;
2. **(2 menit)** Fasilitator memperkenalkan diri dengan menyampaikan tugas yang diemban selama tiga hari ke depan dan apa yang harus dihasilkan, serta ketiga tujuan lokakarya sebagai proses pembelajaran orang dewasa yang berkesinambungan.

Langkah 2. Perkenalan Peserta

1. **(2 menit)** Fasilitator memantik perbincangan dengan mengemukakan bahwa NAPZA kerap menjadi tema perbincangan publik. Walaupun mungkin ada peserta yang belum pernah memperbincangkannya, tapi hampir semua peserta sepertinya pernah mendengar subjek ini dan memiliki persepsi tertentu mengenainya. Karena itu, mulai dari perkenalan, seluruh peserta akan mulai membicarakannya; perkenalan ini mengingatkan peserta bahwa secara sadar atau tidak, sebagian dari masyarakat berinteraksi dengan NAPZA, baik yang legal maupun yang ilegal.
2. **(2 menit)** Fasilitator meminta peserta untuk menuliskan, apa yang terlintas di pikiran (persepsi) ketika mendengar kata narkoba atau istilah narkoba. Istilah umum lainnya, ganja, psikotropika, putaw, heroin, sabu, kokain—merujuk pada zat atau obat-obatan yang diketahui ilegal di Indonesia;

3. **(4 menit)** Fasilitator membagikan sepotong kertas metaplan kepada peserta. Spidol bisa digunakan secara bergantian untuk mengerjakan instruksi ini. Peserta mulai mengerjakan instruksi tersebut;
4. **(2 menit)** Saat semua peserta sudah selesai menuliskan jawaban atas instruksi di tersebut, fasilitator membagikan lagi sepotong kertas metaplan baru untuk semua peserta;
5. **(3 menit)** Kali ini peserta diminta untuk menulis, kapan pertama kali mendengar istilah tersebut diperbincangkan. Tahun ditulis sebagai keterangan waktu. Bila sulit mengingatnya, peserta dapat menuliskan peristiwa atau keterangan waktu lain, misalnya (saat) seminar narkoba di kampus, (ketika) Presiden pidato di acara Hari NAPZA Internasional, (saat) ada teman yang dipecat karena ketahuan jual ganja, atau (waktu) ada artis yang tertangkap;

AKTIVITAS 1

1. **(30 menit)** Peserta dipersilakan untuk memperkenalkan diri secara bergiliran dengan menyebutkan nama dan apa yang telah mereka tulis;
2. **(5 menit)** Fasilitator meminta peserta menempelkan kertas bertuliskan keterangan waktu di dinding secara linear sehingga membentuk lini masa. Misal, 1987 ditempel di kiri atau di atas 1990 dan seterusnya. Kemudian, kertas bertuliskan persepsi disandingkan di sisi keterangan waktu yang telah ditempel. Fasilitator bisa membantu peserta yang menulis keterangan waktu selain tahun untuk mengidentifikasi tahun berapa tepatnya hal yang dituliskan tersebut terjadi. Fasilitator bisa menuliskan kisaran tahun sehingga metaplannya bisa ditempelkan dalam lini masa tersebut. Contoh bagan yang terbentuk dari aktivitas ini bisa dilihat di **Slide 1**;

CURAH PENDAPAT 1

1. **(13 menit)** Fasilitator meminta peserta untuk mengelaborasi peristiwa spesifik, alasan, atau latar belakang penulisan kedua hal tersebut bila dinilai unik dan/ atau emosional.

Catatan: Fasilitator perlu mempertimbangkan durasi sehingga tidak seluruh peserta mengelaborasi dua hal tersebut. Pertanyaan yang bisa diajukan ke peserta untuk memantik langkah ini di antaranya:

- Apa yang membentuk persepsi peserta tentang NAPZA?
- Adakah peserta yang belum pernah memperbincangkan NAPZA dengan orang lain atau bahkan sengaja tidak melakukannya? Kemukakan alasannya!

2. **(2 menit)** Dari jawaban-jawaban peserta, fasilitator mengeksplorasi kemungkinan adanya alasan ketidakpedulian, karena faktanya populasi orang yang bermasalah dengan NAPZA lebih sedikit ketimbang sejumlah persoalan masyarakat lainnya. Tampilkan **Slide 2**;

CURAH PENDAPAT 2

1. **(5 menit)** Fasilitator meminta peserta untuk membandingkan baik prevalensi maupun jumlah absolut angka-angka kasus di slide tersebut. Tampilkan **Slide 3** untuk mempermudah perbandingan. Konfirmasi ke peserta, terkait:
 - Benarkah tingginya perhatian masyarakat selaras dengan besaran angka-angka dalam perbandingan tadi? Makin besar kasus, makin jadi perhatian publik;
 - Kalau dibandingkan dengan masalah lain ternyata besarnya tidak signifikan. Apa yang membuat NAPZA terus menjadi perbincangan publik? Fasilitator merujuk lini masa yang terbentuk dari jawaban peserta saat pengenalan. Biasanya lini masa tersebut terbentang untuk waktu lama, mungkin puluhan tahun;
2. **(2 menit)** Fasilitator memeriksa juga linimasa hasil **Aktivitas 1** karena jawabannya bisa saja berada di sana sambil menegaskan bahwa isu NAPZA sudah sejak lama jadi perhatian masyarakat dan pemerintah;
3. **(3 menit)** Fasilitator bisa mulai menyalin jawaban-jawaban peserta tentang persepsi yang sudah tertempel tadi untuk dikelompokkan ke bagan baru yang dibagi menjadi tiga bidang, yakni persepsi, situasi, dan respons (**lihat contoh di Slide 4**).

Catatan: Terkadang peserta mencampuradukkan ketiganya dan menuliskannya sebagai persepsi sehingga fasilitator perlu memilah-milahnya untuk memahami konsepnya.
4. **(2 menit)** Fasilitator menjelaskan, bahwa persepsi bukanlah peristiwa atau tindakan. Persepsi bisa terbentuk dari peristiwa atau tindakan, tapi bisa juga menentukan tindakan atau respons. Sementara respons bukanlah akibat dari adanya situasi, tapi sebuah tindakan sadar yang dilakukan terhadap adanya situasi;

CURAH PENDAPAT 3

1. **(5 menit)** Saat bagan untuk persepsi, situasi, dan respons sudah mulai terbentuk, fasilitator mengajak peserta untuk melengkapi tiap bidangnya dengan pertanyaan:

- Masih adakah situasi dan respons yang hendak peserta tambahkan?
 - Dari sekian banyak respons yang telah dilakukan dalam jangka waktu yang panjang tersebut, apa saja hasilnya?
 - Bagaimana dengan jumlah pengguna NAPZA di Indonesia, peredarannya di pasar gelap, pemberitaannya?
2. **(2 menit)** Fasilitator memasukkan jawaban peserta ke bagan sesuai dengan kriteria.
 3. **(1 menit)** Fasilitator menutup sesi dengan menarik kesimpulan dari sejumlah kegiatan tadi bahwa, NAPZA sudah sejak lama diperbincangkan. Meski demikian, sampai saat ini masalahnya tak kunjung selesai. Boleh jadi, perbincangan di publik dan maraknya pemberitaan tidak pernah menyentuh akar persoalan untuk menjadi bahan perenungan atau introspeksi. Respons yang tersedia termasuk kebijakan negara belum mampu menjawab persoalan yang terbukti, setidaknya dari maraknya pemberitaan. Ulas kembali sejumlah persepsi tentang NAPZA yang sudah diidentifikasi bahwa, sebagian terbentuk dari respons terhadap masalah yang justru memperburuk keadaan, memunculkan berbagai stigma.

Hari Pertama

Sesi 2

Pemanfaatan NAPZA di Masyarakat

Kompetensi

Peserta memahami latar belakang politik, sosial, dan ekonomi yang melatar belakangi kebijakan NAPZA di Indonesia serta membangun pemahaman kritis yang menandingi pendekatan kriminalisasi penggunaan NAPZA yang pervasif di tengah masyarakat Indonesia termasuk di kalangan pemuka agama.



SESI 2

Total **90**
menit

TUJUAN

1. Memaparkan khasiat-khasiat psikoaktif yang dikandung sebuah zat sehingga dikategorikan sebagai NAPZA;
2. Peserta memetakan berbagai zat psikoaktif berdasarkan status sosialnya serta konsekuensi pemanfaatannya;
3. Peserta mendiskusikan berbagai latar yang menentukan kebijakan NAPZA di suatu wilayah.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(5 menit)** Fasilitator membuka sesi dengan mengulas proses belajar di **Sesi 1**. Fasilitator mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif sepanjang kegiatan, karena setiap orang punya pengetahuan dan pengalaman yang bisa menjadi pembelajaran bagi yang lain. Salah satu tujuan pembelajaran orang dewasa adalah untuk memproduksi pengetahuan, bukan hanya menyerapnya. Produksi pengetahuan terjadi melalui partisipasi. Ingatkan juga bahwa semua orang di lokakarya ini adalah guru dan semua adalah murid;

AKTIVITAS 2

1. **(2 menit)** Peserta dan fasilitator diharapkan segera bertanya bila ada istilah, idiom, jargon, singkatan, dsb. yang asing atau tidak diketahui maknanya. Sediakan satu kertas plano khusus untuk "Daftar Istilah." Saat istilah-istilah tersebut muncul di sepanjang lokakarya, segera catat. Siapapun yang mengucapkannya, segera dimintai penjelasan (contoh di **Slide 5**);
2. **(3 menit) Slide 6.** Fasilitator menjelaskan bahwa ini adalah sebagian gambaran situasi NAPZA, respons dan hasilnya selama dua dekade terakhir di Indonesia. Angka-angkanya menunjukkan kenaikan atau stagnan bukan penurunan, padahal respons terhadap masalah NAPZA umumnya bertujuan untuk menurunkan bahkan memberantasnya. Jelaskan juga bahwa variabelnya masih bisa ditambahkan, misalnya jumlah pengidap HIV, kasus kematian, peserta rehab, dll. Namun yang tetap menjadi pertanyaannya adalah, bagaimana hasilnya;

CURAH PENDAPAT 4

1. **(8 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk berpendapat tentang kondisi NAPZA berdasarkan produksi, distribusi, dan konsumsinya yang telah tertera di **Slide 6**, pertanyaan yang dapat menjadi pemantik:
 - Bagaimana dengan ragam jenis zatnya?
 - Seberapa mengkhawatirkan jaringan peredarannya?
 - Kondisi penjara saat ini seperti apa?
 - Bagaimana seharusnya kebijakan pemerintah? Apa yang terjadi dalam penegakan hukum?
2. **(2 menit)** Fasilitator bisa menggunakan jawaban-jawaban peserta untuk melengkapi kolom "hasil" yang didiskusikan pada **Curah Pendapat 3**;

3. **(5 menit)** Fasilitator menjelaskan bahwa di Indonesia saat ini, sejumlah istilah telah digunakan untuk menggambarkan zat-zat yang berkhasiat mengubah kondisi mental, emosi, dan/atau suasana hati. Celakanya, istilah resmi yang digunakan pemerintah tidak tunggal. Kementerian Kesehatan memakai istilah NAPZA, singkatan dari narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya. Undang-undang yang mengatur zat-zat macam ini berjudul UU Narkotika, bahkan sebelum 2009 ada juga UU Psikotropika. Polisi dan BNN memakai istilah narkoba yang merupakan akronim dari narkotika, obat-obatan, dan bahan berbahaya;
4. **(2 menit)** Fasilitator menanyakan ke peserta, apakah ada istilah lain yang mereka tahu dan lazim digunakan di masyarakat? Catat di "Daftar Istilah!"
Catatan: Di daftar istilah ini, pisahkan antara istilah untuk menggambarkan zat-zat psikoaktif sesuai definisi WHO dengan istilah di luar penggambaran tersebut (lihat kembali di Slide 5, sebagai contoh);
5. **(3 menit) Slide 7.** Fasilitator menjelaskan bahwa, supaya ada pemahaman tunggal untuk penyebutan istilah-istilah yang mungkin telah kepalang akrab di telinga dan lidah peserta tadi, definisi Badan Kesehatan Dunia (WHO) untuk obat-obatan psikoaktif akan digunakan sebagai rujukan dalam lokakarya ini. Buatlah kesepakatan bahwa, istilah yang digunakan bisa berbeda-beda tapi yang dimaksud adalah apa yang didefinisikan WHO tersebut, dan tercatat di "Daftar Istilah";
6. **Slide 8-11** adalah penjelasan mengenai khasiat-khasiat psikoaktif yang dimiliki sebuah zat sehingga dikonsumsi manusia;
7. **(3 menit) Slide 8.** Setelah dielaborasi, fasilitator meminta peserta untuk menyebutkan zat apa yang sesuai kriteria khasiatnya. Contoh stimulan seperti kopi, shabu, dll. Sedangkan contoh obat lian yang digunakan terkait **Slide 9**, seperti parasetamol, obat sakit gigi, dll. Sediakan kertas untuk menggambarkan bagan yang terdiri dari tiga bidang. Tuliskan zat yang disebutkan di salah satu bidang kolom. Jangan dulu menuliskan judul kolom hingga pembahasan tentang khasiat selesai.
Catatan: Kegiatan ini bertujuan agar peserta mampu memetakan/mengategorikan zat yang disebutkan, sesuai dengan status legalnya. Regulasi zat psikoaktif yang paling minim dampak sosialnya adalah ketika berada dalam kerangka medis. Maka status "medis," selain legal dan ilegal, perlu mendapat penekanan. Di banyak kesempatan, peserta terjebak untuk menyebutkan zat sesuai kategori status legalnya alih-alih memberikan contoh berdasarkan khasiatnya ketika judul kolom sudah ditulis;
8. **(9 menit) Slide 8-11.** Fasilitator mengurai setiap slide. Minta peserta menyebutkan zat apa saja yang sesuai kriteria di slide. Tulis nama zat yang disebutkan di salah satu kolom bagan;

AKTIVITAS 3



1. **(3 menit)** Setelah ketiga kolom pada bagan terisi nama-nama zat, fasilitator meminta peserta menyebutkan alasan kategorisasi atau judul apa yang tepat untuk disematkan ke tiap bidangnya. Ungkapkan bahwa di masyarakat saat ini, zat-zat psikoaktif dibagi menjadi dua kategori berdasarkan status legal konsumsinya, legal dan ilegal. Untuk kategori legal, terdapat zat-zat yang diresepkan untuk pengobatan atau medis dan yang dikomersialkan (lihat contoh di **Slide 12**);
2. **(4 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk mengidentifikasi alasan sejumlah zat dikategorikan ilegal sementara yang lainnya legal – tekankan bahwa ini adalah dalam konteks Indonesia,;
3. **(3 menit)** Di banyak kesempatan, sebagian peserta mengutarakan alasan bahwa zat ilegal lebih berbahaya. Fasilitator menguji pendapat tersebut dengan pertanyaan:
 - Apa yang ditulis atau digambarkan pemerintah di bungkus rokok?
 - Kenapa menjual dan memproduksi rokok tidak dipidana sementara membuat minyak ganja untuk pengobatan epilepsi, misalnya, bisa dipenjara?
4. **(3 menit) Slide 13.** Sebelum lebih jauh mengulas soal kebijakan, fasilitator mengajak peserta untuk memahami faktor yang membuat manusia mengonsumsi suatu zat dan mengapa zat tertentu lebih diterima di masyarakat ketimbang zat lainnya. Uraikan slide beserta contoh-contoh dan keterkaitannya satu sama lain!
5. **(3 menit) Slide 14.** Ajak peserta untuk memahami bahwa, tidak semua konsumsi NAPZA bermasalah. UNODC melaporkan ada 296 juta pengguna narkoba (*illicit drugs*: ganja, amfetamin, kokain, opioid, ecstasy) di seluruh dunia pada 2021. Yang mengalami masalah penggunaan narkoba 13,3% dan yang berada dalam perawatan ketergantungan 2,6%. Dalam World Drug Report (UNODC, 2023) dilaporkan bahwa 86,7% konsumsi narkoba di seluruh dunia tidak bermasalah meski dari segi legalitas mereka adalah pelaku tindak pidana;
6. **(7 menit) Slide 15.** Fasilitator menjelaskan mengenai konsumsi bermasalah secara lebih mendalam dengan menguraikan spektrum ini. Pertimbangan akan risiko rendah pada konsumsi NAPZA ilegal karena penegakan hukum yang faktanya lemah (rasio polisi dan penduduk, tempat-tempat dan kawasan yang harus dijaga). Fasilitator memberi kesempatan peserta untuk bertanya dan mengemukakan pendapat;

7. **(5 menit) Slide 16.** Kembali ke Bagan **Aktivitas 3**. Banyak kajian menyatakan, sejumlah zat yang konsumsinya legal justru lebih berdampak negatif terhadap tubuh manusia. Salah satunya adalah kajian berjudul *Addictive Qualities of Popular Drugs* yang dipublikasikan pada 1994. Debat ilmiah mengenai narkoba yang lebih berbahaya masih berlangsung sampai saat ini. Fasilitator bisa menunjukkan ke peserta melalui pencarian internet peringkat yang berbeda-beda, misalnya dengan kata kunci "*drug harm comparison*";
8. **(4 menit)** Untuk menambah wawasan, fasilitator bisa menunjukkan hasil pencarian internet tentang laporan kematian akibat overdosis ganja, tanaman yang di Indonesia masuk ke dalam NAPZA Golongan I. Konsumsinya sama sekali dilarang termasuk untuk keperluan pengobatan. Pelanggarannya dihukum paling berat, tapi sangat sulit menemukan laporan kematian akibat overdosis ganja;
9. **(14 menit)** Fasilitator mengungkapkan bahwa meski sudah banyak penelitian tentang manfaat dan mudaratnya, masih banyak kebijakan narkoba yang diterapkan tanpa landasan ilmiah. Alih-alih dari dampak dan potensi yang dikandungnya, pelarangan sebuah zat malah ditentukan oleh faktor ekonomi, politik, bahkan sentimen rasial (*marijuana tax act history; opium prohibition San Francisco*). Bila diperlukan, fasilitator bisa menampilkan lebih banyak informasi seperti sejarah pelarangan kopi di Eropa atau alkohol di Amerika untuk menjelaskan tentang latar kebijakan NAPZA (niat baik dan kepentingan ekonomi-politik) serta dampak penerapannya;
10. **(2 menit)** Fasilitator menutup sesi dengan merangkum bahwa NAPZA tidak begitu saja dikonsumsi. Sejumlah kondisi yang dialami manusia dapat diatasi oleh khasiat yang dikandung zat-zat tersebut. Beberapa zat yang saat ini dilarang, dulunya dikonsumsi untuk pengobatan. Adanya pelarangan tentu saja memengaruhi persepsi masyarakat tentang NAPZA. Ajak peserta untuk merenungkan, apakah persepsi yang mereka tulis di **Sesi 1** juga dipengaruhi oleh kebijakan NAPZA saat ini? Beri kesempatan kepada peserta untuk mengemukakan pendapatnya tentang topik bahasan di sesi ini.
11. **(2 menit)** Peserta yang tertarik untuk melihat bahasan mengenai NAPZA di dunia, dapat merujuk pada tema-tema yang disampaikan di **Slide 17** sebagai referensi lanjutan.

Pemetaan Respons Pengguna NAPZA di Indonesia

Kompetensi

Peserta bisa memetakan tujuan dari bermacam respons yang ada saat ini dan mengurai alasan mengapa hal tersebut belum mampu menjawab persoalan bahkan menambah kompleksitas.



SESI 3

Total **80** menit

TUJUAN

1. Peserta memahami capaian berbagai respons terhadap persoalan NAPZA di Indonesia;
2. Peserta mengidentifikasi perkembangan situasi permasalahan NAPZA dan faktor-faktor pendukungnya.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(3 menit)** Fasilitator mengulas **Bagan Curah Pendapat 3** terutama di bagian respons. Terangkan bahwa respons tersebut secara umum bisa dibagi berdasarkan sifatnya, yakni pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemberantasan (represif) serta pengantar ke pendekatan alternatif pengurangan dampak buruk (harm reduction);
2. **(2 menit)** Fasilitator membagi kertas plano menjadi tiga bidang dengan judul sesuai sifat dari upaya-upaya tersebut. Salin apa yang sudah dituliskan di Curah Pendapat 3 ke bagan baru itu untuk dikelompokkan (lihat contoh di **Slide 18**);
3. Fasilitator menanyakan, apa lagi respons atau upaya penanganan masalah NAPZA yang peserta ketahui tapi belum terdaftar di bagan? Tulis jawaban sesuai bidangnya!



CURAH PENDAPAT 5



1. **(2 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk mendiskusikan,
 - Bidang mana yang paling banyak dilakukan, baik oleh masyarakat maupun pemerintah?
 - Apa yang paling banyak diberitakan tentang respons atau upaya penanggulangan narkoba? Fasilitator bisa menunjukkan hasil pencarian di internet untuk kategori berita dengan kata kunci "narkoba";

2. **(2 menit)** Meski sudah banyak dilakukan dan mendapat porsi terbesar, pemberantasan NAPZA malah memperburuk keadaan. Sejarah mengajarkan, upaya represif justru menyuburkan pasar gelap komoditas yang diberantas. Fasilitator mengulas kembali sejarah pelarangan alkohol di Amerika Serikat, terutama dampak kebijakannya untuk dijadikan studi kasus (lihat **Slide 19**);
3. **(6 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk mendiskusikan hal-hal berikut:
 - Seberapa relevan situasi NAPZA di Indonesia saat ini dengan studi kasus tersebut?
 - Apa saja kemiripannya?
 - Bagaimana sesama masyarakat turut memperburuk situasi tersebut?
4. **(3 menit) Slide 20.** Ingatkan peserta pada materi di Sesi 1 tentang persepsi dan respons yang bisa saling memengaruhi. Fasilitator menjelaskan, persepsi turut dipengaruhi oleh pengalaman, peristiwa, atau nilai-nilai di masyarakat yang akhirnya membentuk cara pandang. Fasilitator menerangkan slide dengan merujuk studi kasus tersebut,
 - Masyarakat dan pembuat kebijakan di AS pada saat itu melihat, menghadapi adanya konsumsi alkohol yang sampai merusak hubungan keluarga;
 - Terbentuklah cara pandang bahwa alkohol adalah sumber masalahnya;
 - Kongres pun mengesahkan peraturan (kebijakan, amendemen);
 - Meski telah sejak lama dikenal khasiatnya, tapi tidak semua orang minum alkohol. Kemudian, tidak semua yang minum mengalami masalah keluarga (**lihat kembali Slide 14-15**);
 - Dengan kebijakan ini, masyarakat dianggap tidak mampu membuat pilihan untuk merespons ketersediaan komoditas ini;
 - Atas cara pandang itu, penyampaian pesan agar semua orang tidak minum dilakukan dengan mengancam, melabeli, menakut-nakuti, mempermalukan, dsb. Di sinilah sesama masyarakat turut memperburuk situasi;
5. **(7 menit)** Fasilitator dapat menampilkan contoh-contoh pesan yang disampaikan ke masyarakat saat kebijakan di AS tersebut berlangsung maupun kampanye anti-narkotika (narkoba) di Indonesia (**Slide 21-22**). Sampaikan bahwa poster-poster tersebut tidak hanya dibuat oleh pemerintah, masyarakat juga aktif membuatnya. Dari isi pesan, fasilitator mengajak peserta untuk mengidentifikasi cara pandang seperti apa yang dimiliki para pembuatnya;
6. **(5 menit)** Fasilitator memutar film **"The War on Drugs"** untuk membantu memahami kerangka cara pandang-respons ini;



CURAH PENDAPAT 6



1. **(3 menit)** Atas pemutaran film tersebut, tanyakan ke peserta,
 - Siapa saja tokoh di film tersebut?
 - Apa pandangan raja terhadap Drugo? Apa yang dibentuk oleh raja?
 - Apa yang terjadi di kerajaan setelah pengusiran Drugo?
 - Apa yang terjadi pada Drugo dan orang-orang yang tetap menemuinya?
 - Cita-cita apa yang lebih mungkin terwujud?
 - Apa saja hal baru yang dipelajari dari film ini?
2. **(12 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk mengidentifikasi tindakan apa saja yang menyebabkan situasi NAPZA dan para penggunanya semakin memburuk. Beri penjelasan, lokakarya ini menggunakan elemen kebijakan publik yang terdiri dari substansi, struktur, dan kultur dalam menganalisis persoalan ini. Gambarkan bagaimana sebuah cara pandang menghasilkan dampak yang justru lebih merugikan melalui tindakan-tindakan di tiap elemen tersebut (**lihat Slide 23**). Ajak peserta untuk merumuskan cara pandang yang memengaruhi dilakukannya tindakan-tindakan tersebut. Untuk sementara namai saja cara pandangnya "pelarangan," tapi minta peserta untuk memikirkan rumusan cara pandang ini;
3. **(5 menit)** Merujuk pada cara pandang dan merespons persoalan-persoalan terkait NAPZA, **lihat kembali di Slide 20**, tanyakan ke peserta, apa yang membedakan antara negara dan agama saat melarang suatu zat? Letak perbedaannya adalah pada bentuk kebijakan. Tapi bila kolom kebijakan-aparat dihapus dari bagan, ada juga tokoh-tokoh agama yang mempraktikkan hal-hal seperti di kolom pesan-informasi. Dalam kasus seperti itu, tentu yang membedakan adalah cara pandang terhadap substansi dan terhadap masyarakat/umat. Jelaskan, bahwa hari pertama ini lokakarya akan mengulas tentang persoalan. Cara pandang akan dikupas pada hari kedua!



CURAH PENDAPAT 7



- (6 menit)** Fasilitator meminta peserta untuk membayangkan, apa yang terjadi bila rokok dilarang total di Indonesia. Ajak peserta untuk mengutarakan pendapatnya!

AKTIVITAS 4



1. **(4 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk memperhatikan **Bagan Aktivitas 3 (kembali ke Slide 12)**. Minta mereka untuk melengkapi kalau daftarnya masih dirasa kurang;
2. **(25 menit)** Fasilitator meminta peserta untuk mengidentifikasi pihak-pihak mana saja yang diuntungkan--kecuali produsen dan penjualnya--dari tiap status legal-sosial konsumsi NAPZA dan siapa yang paling dirugikan atau potensial dirugikan. Elaborasi bentuk keuntungan dan kerugian yang diperoleh dari tiap pihak. Pihak-pihak yang dimaksud bisa merupakan individu (pribadi tertentu, pengguna narkoba, aparat), masyarakat secara umum (nonpengguna, keluarga, atau teman pengguna), dan negara. Kegiatan ini bisa dikerjakan dengan membagi peserta menjadi enam kelompok, yang masing-masing membahas hal berikut:
 - Siapa yang diuntungkan oleh keberadaan narkoba ilegal;
 - Siapa yang dirugikan oleh keberadaan narkoba ilegal;
 - Siapa yang diuntungkan oleh keberadaan narkoba legal komersial;
 - Siapa yang dirugikan oleh keberadaan narkoba legal komersial;
 - Siapa yang diuntungkan oleh keberadaan narkoba medis;
 - Siapa yang dirugikan oleh keberadaan narkoba medis.
3. **(5 menit)** Tutup sesi dengan menegaskan bahwa upaya pencegahan dan pengobatan tidak dapat optimal kalau NAPZA berada di pasar gelap. Penyebab suburnya pasar gelap adalah kebijakan pelarangan total. Hal ini bisa dipelajari dari studi kasus dan film yang mengedepankan cara pandang bahwa sebuah zat merupakan biang kerok dari persoalan yang terjadi tanpa mempertimbangkan kalau komoditas itu sudah lama dimanfaatkan khasiatnya. Terlebih, tidak semua orang mengonsumsinya. Akhirnya, masyarakat turut memperburuk keadaan. Stigmatisasi dan penghakiman membuat mereka yang memerlukan pertolongan, bersembunyi.

Dampak Pelarangan dengan Pendekatan Punitive

Kompetensi

Peserta mampu menganalisis situasi yang dihasilkan dari respons yang selama ini dilakukan serta menjawab siapa pihak yang paling mendapat manfaat dan dirugikan dari respons terhadap persoalan NAPZA saat ini terutama dari aspek dampak pelarangan dengan pendekatan punitif yang sedang berlaku di Indonesia.



SESI 4

Total

100
menit

TUJUAN

1. Menganalisis kesenjangan antara tujuan dan hasil dari respons terhadap masalah NAPZA;
2. Memetakan pihak-pihak yang mendapat manfaat dan dirugikan dari kebijakan NAPZA yang diterapkan saat ini.

LANGKAH-LANGKAH

AKTIVITAS 4

(lanjutan aktivitas sebelumnya)

(20 menit) Fasilitator memberikan kesempatan bagi peserta untuk mempresentasikan hasil kerja kelompoknya secara pleno. Peserta lain dan fasilitator memberikan umpan balik beserta argumen pendukungnya dan tambahkan catatan di lembar kerja kelompok untuk melengkapi. Luangkan waktu untuk mendiskusikan lebih dalam mengenai ketiga kebijakan tersebut. Dari aktivitas ini, ungkapkan kebijakan mana yang paling membawa sedikit kerugian dan yang paling banyak membawa manfaat! Contoh hasil aktivitas ini bisa dilihat pada bagan di **Slide 25**.

AKTIVITAS 5

1. **(8 menit)** Fasilitator memutar film "Kegagalan Perang Narkoba" (**lihat slide 27**) sebagai pengantar untuk menjelaskan layanan-layanan pengurangan dampak buruk konsumsi NAPZA;

2. **(12 menit)** Fasilitator mendiskusikan film tersebut dengan meminta pendapat peserta, terkait beberapa hal berikut (contoh bagan aktivitas ini: **Slide 26**):

- Apa tema utama film tersebut?
- Apa tujuan perang terhadap narkoba? Apa tesisnya?
- Apa saja efek samping perang tersebut? Bagaimana efektivitasnya?
- Apa yang dilakukan Swiss?
- Apa perbedaan cara pandang yang ditampilkan?

Hari Pertama

Sesi 5

Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk Pengguna NAPZA (Persiapan Kunjungan Lapangan)

SESI 5

Kompetensi

Peserta mengenal layanan publik dengan pendekatan kesehatan masyarakat untuk mengurangi dampak buruk konsumsi NAPZA. Melalui diskusi langsung dengan penerima manfaat dan pengelolanya, peserta memahami program pengurangan dampak buruk NAPZA.



SESI 5-6

Total

180

menit

TUJUAN

1. Menganalisis kesenjangan antara tujuan dan hasil dari respons terhadap masalah NAPZA;
2. Memetakan pihak-pihak yang mendapat manfaat dan dirugikan dari kebijakan NAPZA yang diterapkan saat ini.

PEMAPARAN MATERI

1. **(35 menit) Slide 28-42:** Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk. Fasilitator menjelaskan dan mengajak peserta berdiskusi mengenai pendekatan pengurangan dampak yang bertujuan mengurangi dampak buruk kesehatan, sosial, ekonomi bahkan politik yang diakibatkan penggunaan NAPZA. Pendekatan ini berawal dari pragmatisme persoalan kesehatan yang ditimbulkan oleh penggunaan NAPZA dengan tidak aman. Contohnya seperti pengguna alat jarum suntik yang terkontaminasi Hepatitis C dan HIV. Hal ini mulai dibahas sejak 1999 dalam pertemuan mengenai HIV dan NAPZA di Bogor, merespons ledakan pengedaran narkotika terutama heroin di Indonesia.

Para aktivis HIV, akademisi dan pekerja LSM peduli HIV menyadari bahwa dibutuhkan pendekatan yang mampu memutuskan rantai penularan HIV di kelompok pengguna NAPZA suntik yang sedang meluas cepat saat itu. Jumlah penasun (pengguna NAPZA suntik) dengan HIV yang dirawat di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta pada tahun 1999 sejumlah 18%, meningkat menjadi 40% pada tahun 2000, dan 48% pada tahun 2001. Sedangkan pada tahun 2000, di Kampung Bali di Jakarta ada 90% pengguna NAPZA suntik yang terinfeksi HIV^[1]. Penjelasan di hari I mengantar pada kesungkanan dan ketakutan pengguna NAPZA menjangkau pusat-pusat layanan kesehatan;

2. Pendekatan punitif (penghukuman) kepada pengguna NAPZA menjauhkan mereka dari segala akses layanan yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup, bahkan cenderung secara sepihak mereka dipidana penjara atau rehabilitasi paksa. Di lain pihak, pendekatan pengurangan dampak buruk memahami bahwa adiksi adalah persoalan kesehatan. Dengan perspektif ini, penanganan tidak bisa dengan serta merta dituntaskan dengan menghilangkan narkotika (menjadi abstinensi) dari individu dalam rangka penyembuhan. Kemungkinan hanya bisa pemulihan, dengan antisipasi bahwa seseorang bisa kembali membutuhkan NAPZA. Layanan pengurangan dampak buruk memberikan kesempatan pengguna yang menjadi pasien atau klien untuk mengatur kembali hidupnya (keteraturan) dan meningkatkan kualitas hidup;
3. Dampak lebih luas dari program pengurangan dampak buruk, adalah membuka lebar ruang diskusi untuk mereformasi peraturan perundangan dan mengubah norma sosial yang cenderung mengkriminalisasi pengguna NAPZA. Kunjungan lapangan di klinik metadon berupaya menyediakan perspektif yang mengangkat kemanusiaan pengguna NAPZA sehingga peserta menumbuhkan rasa ingin tahu dan empatinya;
4. Fasilitator mengumumkan bahwa besok peserta akan mengunjungi klinik terapi rumatan metadon dan bisa berdiskusi secara lebih mendalam tentang pelaksanaan salah satu layanan medis pengurangan dampak buruk tersebut;
5. **(5 menit)** Ungkapkan bahwa memilih pelarangan sebagai kebijakan narkoba justru menimbulkan dampak yang lebih buruk di masyarakat. Sebuah kebijakan publik harusnya menguntungkan orang banyak dan memilih yang paling sedikit dampak merugikannya. Saat ini, pilihan untuk meregulasi sejumlah zat dalam kerangka medis adalah yang paling minim dampak merugikannya dan bukan berfokus sekedar pada abstinensi atau menghentikan penggunaan NAPZA. Pendekatan kesehatan masyarakat telah diaplikasikan di banyak tempat, terutama saat menghadapi epidemi HIV termasuk di Indonesia. Salah satu tantangan pelaksanaan layanan ini adalah ekosistem perawatan dan dukungan bagi pengguna NAPZA. Di sinilah para pemuka agama diharapkan dapat berperan,

^[1] Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat/KPAN, 2003. Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS 2003-2007. Jakarta

6. **(10 menit)** Fasilitator menutup sesi dengan meminta 2-4 peserta untuk mengungkapkan dua hal berikut:
- Hal menarik, baru, atau yang menjadi pembelajaran berarti dari proses lokakarya di Hari I ini;
 - Apa yang perlu diperbaiki dari pelaksanaan lokakarya (materi, metodologi belajar, fasilitas, logistik, dll);
7. Bila cara pandang yang dimaksud pada Sesi 3 belum terumuskan, minta peserta untuk memikirkannya sampai besok karena topik utama pembahasan Hari II adalah tentang cara pandang. Peserta disarankan untuk mendiskusikannya dengan peserta lain di waktu senggang mereka, bila perlu catat rumusannya.

BRIEFING

Sampaikan bahwa peserta akan melihat, berdiskusi, dan belajar langsung dari pengelola dan penerima manfaat salah satu layanan pengurangan dampak buruk NAPZA, yakni terapi rumatan metadon. Karena di klinik tersebut juga berlangsung layanan umum dengan tempat yang luasnya terbatas, maka peserta akan bergiliran untuk melihat pemberian dosis secara langsung di loket pelayanannya. Dilarang memotret kecuali mendapat izin dari yang bersangkutan. Sejumlah hal yang bisa dipelajari:

- a. Apa itu metadon dan bagaimana NAPZA ini bisa menolong pasien?
- b. Siapa yang bisa menjadi pasien?
- c. Berapa lama jangka waktu terapi?
- d. Apa manfaat yang dirasakan pasien dari terapi ini?
- e. Bagaimana klinik dan pasien menilai pencapaian atau keberhasilan terapi?
- f. Bagaimana (sikap) penerimaan pengelola klinik terhadap pengguna NAPZA?
- g. Apa alasan melayani mereka?
- h. Apa alasan pasien mengikuti terapi ini?
- i. Bagaimana penerimaan puskesmas dan warga sekitar?
- j. Apa saja kendala dalam memberikan terapi ini?
- k. Apakah kelompok keagamaan dapat berperan mengatasi kendala tersebut?
- l. Apa yang bisa dilakukan kelompok keagamaan untuk mendukung layanan ini?

Penanganan Penggunaan NAPZA Berbasis Kesehatan Masyarakat: **Pengurangan Dampak Buruk NAPZA (bagian 2) - Kunjungan Lapangan**

TUJUAN

1. Melihat langsung pelaksanaan salah satu layanan medis pengurangan dampak buruk konsumsi NAPZA;
2. Memahami program dengan pendekatan kesehatan masyarakat untuk pengguna NAPZA dari pelaku lapangan;
3. Mengidentifikasi bentuk-bentuk dukungan yang diperlukan untuk layanan tersebut; Terbangun empati peserta pada pengalaman pengguna NAPZA.

LANGKAH-LANGKAH

Catatan: Pastikan alur kegiatan sudah diperhitungkan bersama pengelola klinik yang akan dikunjungi. Alokasi waktu untuk kegiatan ini, termasuk perjalanan pulang-pergi, 180 menit.

AKTIVITAS 6

1. Mengamati penyerahan dosis metadon kepada pasien. Peserta bisa bertanya langsung kepada petugas di loket, bila ada hal-hal yang membuat penasaran. Pertanyaan sebaiknya diajukan setelah petugas selesai memberikan dosis dan melakukan pencatatan administrasi, begitu pula kepada pasien. Terutama kepada pasien, peserta ada baiknya memperkenalkan diri terlebih dulu dan menjelaskan maksud kehadirannya secara singkat sebelum mengajukan pertanyaan;
2. Sambil menunggu giliran ke loket untuk pengamatan atau sesi diskusi di aula, peserta juga bisa bertanya kepada pasien di tempat mereka berkumpul (jika ada). Biasanya sambil menunggu giliran dan setelah pemberian dosis, sejumlah pasien berkumpul di tempat tertentu di sekitar klinik;
3. Diskusi bersama perwakilan pasien dan pengelola klinik, dengan dimoderasi oleh fasilitator. Peserta mengajukan pertanyaan yang telah disiapkan sebelum tiba di klinik atau pertanyaan yang terbersit ketika melihat proses pemberian layanan.

Spektrum Konsumsi NAPZA

Kompetensi

Peserta dapat mengidentifikasi berbagai respons dalam spektrum konsumsi zat yang selaras dengan prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk.



SESI 7

Total

95
menit

TUJUAN

1. Mengulas pembelajaran saat kunjungan ke klinik metadon;
2. Merumuskan dukungan dan peran kelompok keagamaan dalam pengurangan dampak buruk konsumsi NAPZA.

LANGKAH-LANGKAH



CURAH PENDAPAT 8



1. **(8 menit)** Fasilitator membuka sesi dengan mengulas pembelajaran saat kunjungan ke klinik terapi rumatan metadon, dengan beberapa pertanyaan pemantik seperti berikut:
 - Elemen apa saja yang terdapat di puskesmas?
 - Dari sudut pandang penyelenggara program, apa yang mereka lakukan? Apa yang dilakukan terhadap NAPZA dan penggunanya?
 - Apa situasi terkini atau hasil yang terjadi di klinik tersebut untuk tiga elemen tersebut?
 - Bagaimana NAPZA bisa disediakan di sana?
 - Bagaimana para pengguna NAPZA bisa mendapatkan layanan tersebut?
 - Bagaimana pandangan penyedia layanan terhadap pengguna NAPZA?
2. **(2 menit)** Fasilitator membuat kerangka jawaban-jawaban peserta seperti yang digambarkan **Slide 44**. Ini adalah cara pandang alternatif yang membawa kepada tindakan dan hasil yang berbeda dengan apa yang digambarkan pada **Curah Pendapat 6**. Setidaknya terdapat tiga elemen di klinik, yakni NAPZA, petugas kesehatan, dan pasien. Dari tiap elemen tersebut, menggunakan sudut pandang klinik, tindakan apa yang dilakukan hingga tercapai hasil yang berbeda dengan bila menggunakan sudut pandang pelarangan;

3. **(5 menit) Slide 45** - Fasilitator menerangkan bahwa bagan ini menunjukkan kontras hasil dan tindakan untuk masing-masing penerapan cara pandang. Fasilitator mengingatkan tugas untuk membuat rumusan cara pandang di akhir Hari I. Slide ini diharapkan bisa membuat kedua perbedaan (kontras) cara pandang yang dimaksud menjadi semakin jelas sehingga keduanya bisa dirumuskan: membuat penamaan dan definisinya. Minta peserta untuk mengisi kolom "Tindakan, Perlakuan" dengan usulan peran pemuka agama dalam pengurangan dampak buruk agar kolom "Hasil yang Diharapkan" yang terletak paling kanan bisa terwujud–setidaknya untuk dua terbawah di kolom tersebut;
4. **(2 menit) Slide 46** - Ingatkan bahwa, peserta tidak diminta untuk merawat para pengguna NAPZA yang merupakan tugas aparat medis. Peserta juga tidak diminta untuk menangani perkara hukum pengguna NAPZA. Melalui lokakarya ini, peserta diharapkan menjadi pemuka agama yang memiliki cara pandang alternatif;
5. **(3 menit) Slide 47**. Tampilkan slide ini supaya peserta bisa lebih memahami tentang cara pandang. Setidaknya terdapat dua cara pandang terhadap persoalan, yakni (1) yang menyalahkan korban dan (2) yang melihat persoalan secara lebih menyeluruh. Tentu saja melalui lokakarya ini, peserta diharapkan bisa memiliki cara pandang yang tidak menyalahkan korban. Terlebih, peserta juga diharapkan memahami perbedaan keduanya.
Catatan: Di banyak kesempatan, merumuskan cara pandang adalah yang paling menantang. Hal itu bisa dipahami karena pemberantasan NAPZA sudah lama sekali diterapkan sehingga berurat berakar di pikiran peserta tanpa adanya satu pun cara pandang alternatif;
6. **(5 menit) Slide 48**. Fasilitator menunjukkan kontras antara dua cara pandang berbeda yang menghasilkan kebijakan dan isi pesan yang kontras pula. Fasilitator mempersilakan peserta untuk menamai dan mendefinisikan dua cara pandang tersebut. Ini adalah salah satu produksi pengetahuan yang diharapkan dari para peserta dalam lokakarya ini. Bila diperlukan (dan waktunya memungkinkan), fasilitator bisa membagi peserta menjadi 5-6 kelompok;



AKTIVITAS 7



1. **(5 menit)** Minta tiap kelompok untuk merumuskan:
 - Nama atau judul untuk kedua cara pandang tersebut;
 - Beri definisi untuk keduanya!
2. **(20 menit)** Peserta bekerja dalam kelompok dan mempresentasikan hasil kerja kelompoknya secara pleno untuk kesepakatan bersama;

3. **(3 menit)** Fasilitator memeriksa, apakah masih ada keraguan di antara peserta dalam memandang NAPZA sebagai benda yang netral atau sebaliknya!

Catatan: Fasilitator perlu memiliki anggapan yang realistis mengenai perubahan cara pandang peserta terhadap NAPZA dan penggunaannya selama dua hari pertemuan. Meski demikian, argumentasi-argumentasi yang mendukung stigma terhadap NAPZA perlu diberikan ruang untuk memahami cara pandang mereka.

AKTIVITAS 8

1. **(5 menit)** Fasilitator membagi peserta berdasarkan peserta yang memiliki anggapan:
 - NAPZA adalah benda bebas nilai dan penggunaannya membutuhkan informasi yang bebas nilai pula;
 - NAPZA adalah benda bebas nilai tapi penggunaannya yang tidak tahu diri;
 - NAPZA adalah benda laknat sehingga penggunaannya butuh informasi supaya berhenti;
 - NAPZA dan penggunaannya sama-sama laknat.
2. **(2 menit)** Fasilitator mengumumkan bahwa setelah ini akan ada debat antarkelompok. Minta tiap kelompok untuk menyiapkan argumentasi atas pandangan mereka tersebut. Anjurkan tiap kelompok untuk menggunakan data penunjang argumentasi (lihat slide 50);
3. **(18 menit)** Fasilitasi debat antarkelompok tersebut. Peserta boleh saling menyanggah argumentasi kelompok lainnya.

Catatan: Kegiatan ini tidak semata-mata untuk memengaruhi pandangan peserta, tapi melatih peserta untuk menyusun argumentasi secara logis berdasarkan data yang bisa dipertanggungjawabkan;
4. **(8 menit)** Uraikan pembelajaran dari **Aktivitas 8**, dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:
 - Bagaimana proses penyusunan argumentasi? Pemanfaatan data dan analisisnya?
 - Apa yang memengaruhi cara pandang seseorang?
 - Kesan mengenai kegiatan: adakah yang berubah pandangan setelah mengikuti kegiatan ini?
5. **(2 menit)** Tutup sesi dengan menggarisbawahi bahwa cara pandang yang tadi dirumuskan akan digunakan untuk mengerjakan serangkaian tugas hingga akhir lokakarya. Peserta diharapkan memahami cara pandang terhadap suatu masalah, karena akan menentukan respons dan hasil yang berbeda meski tujuannya sama-sama ingin mengatasi suatu persoalan.

6. **Pembelajaran:** Bagaimana proses penyusunan argumentasi? Pemanfaatan data dan analisisnya? Apa yang memengaruhi cara pandang seseorang? Kesan mengenai kegiatan: Adakah yang berubah pandangan setelah mengikuti kegiatan ini?

Hari Kedua

Sesi 8

Analisis Struktur Masalah

Kompetensi

Peserta mampu menganalisis struktur persoalan NAPZA yang diperparah oleh stigma di masyarakat melalui kurva kebijakan dan strategi pengurangan risiko konsumsinya.



SESI 8

Total

90
menit

Catatan: Fasilitator memperhitungkan jawaban-jawaban dari sesi sebelumnya, seperti pandangan negatif terhadap pengguna NAPZA.

TUJUAN

1. Menjelaskan stigmatisasi sebagai implikasi penerapan kebijakan NAPZA;
2. Memahami alternatif kebijakan NAPZA serta dampak-dampaknya;
3. Mengidentifikasi peran peserta dalam mengurangi risiko konsumsi NAPZA.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(5 menit)** Fasilitator memberikan kesempatan untuk mengulas perbedaan cara pandang yang diperdebatkan di sesi sebelumnya. Uji pandangan peserta dengan pertanyaan:
 - Apa yang dikhawatirkan saat pengguna NAPZA berada di tengah masyarakat?
 - Apa yang dikhawatirkan saat NAPZA berada di tengah masyarakat?
2. **(2 menit) Slide 51.** Bantah pendapat tersebut dengan menampilkan fakta mengenai keberadaan rokok atau zat legal lainnya di Indonesia. Kekhawatiran tersebut akan sangat mungkin terjadi bila NAPZA terus diberantas sehingga keberadaannya sulit diketahui publik;
3. **(13 menit) Slide 52.** Kurva ini menggambarkan meskipun pelarangan berlawanan dengan liberalisasi, dampak sosial dan kesehatan dari penerapan keduanya adalah yang tertinggi—termasuk kontrol sosial. Fasilitator menjelaskan tiap pilihan kebijakan di kurva tersebut dengan contoh zat dan yang terjadi di masyarakat. Terangkan juga skenario penyalahgunaan zat-zat untuk keperluan medis. Sebagai contoh, metadon pernah dilaporkan diperjualbelikan di luar puskesmas. Beri penjelasan bahwa bisnis

tersebut sangat tidak menguntungkan karena semua yang membutuhkan bisa mendapatkannya secara resmi dengan harga, dosis, dan ketersediaan yang pasti. Berikan juga contoh keengganan sebuah tempat layanan untuk memberikan NAPZA (atau alat pakainya) secara resmi lantaran stigma terhadap konsumennya;

4. **(5 menit) Slide 53-54.** Fasilitator mengajak peserta untuk memeriksa faktor pembentuk stigma yang bisa sangat merugikan. Stigma yang diproduksi oleh negara yang merugikan dan menimbulkan diskriminasi. Misal, penggunaan istilah "penyakit masyarakat" dalam isi kebijakan operasi pekat tiap jelang lebaran atau pada pasien BPJS, dialihkan dari istilah-istilah yang umum digunakan seperti "penyalah guna" atau "pecandu" menjadi pasien saat layanan kesehatan, termasuk layanan terkait dengan adiksi, ataupun yang menyediakan terapi berbasis NAPZA. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya dan berpendapat;
5. **(5 menit) Slide 55 -** Fasilitator menjelaskan pohon masalah. Di gambar tersebut, peserta bisa mengidentifikasi apa saja yang merupakan konsekuensi seperti stigma atau kesehatan dan apa yang menjadi akar persoalan (kebijakan);
6. **(20 menit) Aktivitas 10.** Minta peserta untuk kembali bekerja dalam kelompok (bisa kelompok yang sama untuk **Aktivitas 4** [enam kelompok] atau kelompok di **Aktivitas 9** [setidaknya dua kelompok]). Usulkan tugas-tugas atau peran pemuka agama untuk tiap spektrum konsumsi NAPZA. Tampilkan **Slide 56** untuk spesifikasi tugas kelompok. Pastikan dulu dari **Aktivitas 9**, adakah peserta yang berubah cara pandang terhadap NAPZA dan penggunaannya. Bila semua bisa sepakat atau ada di **Kelompok A** pada **Aktivitas 9**, maka tiap tiga kelompok merumuskan sikap, tindakan, serta informasi macam apa yang dibutuhkan saat berhadapan dengan:
 - Individu yang berada di tiap spektrum konsumsi NAPZA (kelompok 1-3);
 - Orang dekat (keluarga, pasangan, sahabat) pengguna NAPZA di tiap spektrum (kelompok 4-6);
7. Bila pada **Aktivitas 9** peserta masih terpecah, maka bagi mereka berdasarkan kelompok pada **Aktivitas 9**. Usulkan tugas-tugas atau peran pemuka agama untuk tiap spektrum konsumsi NAPZA saat berhadapan dengan individu maupun orang dekat pengguna NAPZA;
8. **(3 menit) Slide 57.** Ingatkan bahwa peserta tidak diminta untuk piawai dalam penanganan medis, hukum, atau keahlian di luar bidang yang selama ini peserta tekuni untuk masalah ini. Meski demikian, dalam mengerjakan kegiatan ini, peserta sebaiknya turut mempertimbangkan hal-hal dalam slide;
9. **(7 menit) Slide 58.** Periksa, apakah dalam ajaran agama terdapat skala dosa. Konsep semacam ini dibutuhkan untuk mengerjakan **Aktivitas 10**. Jika suasana kondusif, **Slide 59** bisa ditampilkan. Tanyakan ke peserta, adakah yang bisa menjelaskan kutipan tersebut?
10. **(10 menit) Slide 60** Fasilitator dapat menampilkan contoh-contoh informasi untuk konsumsi NAPZA yang lebih aman;
11. **(15 menit)** Paparkan hasil kerja kelompok secara pleno. Periksa, apa saja tantangan dalam kerja kelompok ini. Bagaimana dinamika kelompok saat mengusulkan peran untuk individu di spektrum konsumsi risiko rendah dan bermanfaat? Uji argumentasi untuk tiap usulan dan sepakati bersama!

12. **(5 menit)** Fasilitator menutup sesi dengan meminta 2-4 peserta untuk mengungkapkan,
- Hal menarik, baru, atau yang menjadi pembelajaran berarti dari proses lokakarya di Hari II ini;
 - Apa yang perlu diperbaiki dari pelaksanaan lokakarya (materi, metodologi belajar, fasilitas, logistik, dll).

Hari Ketiga

Sesi 9

Analisis Aktor/Pemangku Kepentingan

Kompetensi

Peserta mampu memetakan sejumlah pemangku kepentingan yang potensial mendukung dan menghambat upaya pemuka agama dalam pengurangan dampak buruk NAPZA.



SESI 9

Total

100
menit

Catatan: Fasilitator memperhatikan dinamika dan interaksi antar peserta, ketika hendak mengelompokkan peserta. Pembagian bisa dilakukan berbasis:

- Kepercayaan dan agama;
- Latar belakang kegiatan keseharian: bekerja di masyarakat atau yang bekerja sebagai pengurus organisasi keagamaan

TUJUAN

1. Memahami fungsi kolaborasi, membangun kerja sama dengan beragam kelompok;
2. Mengidentifikasi aktor-aktor di masyarakat yang bisa diajak berkolaborasi.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(10 menit)** Peserta diajak untuk memberikan refleksinya dari dua hari bersama;
2. **(5 menit)** Fasilitator menyampaikan bahwa jika sudah memiliki pemahaman mengenai persoalan yang dihadapi para pengguna NAPZA untuk mencapai kehidupan yang berkualitas, maka penting untuk mengidentifikasi, siapa saja yang bisa membantu. Proses ini merupakan analisis aktor/pemangku kepentingan;
3. **(10 menit) Slide 61.** Fasilitator memandu curah pendapat;
4. **(15 menit) Aktivitas 9.** Peserta diminta menilai masing-masing kelompok aktor melalui skala penilaian, siapa yang paling mudah hingga yang paling sulit dipengaruhi;
5. **(25 menit)** Fasilitator memandu pembahasan langkah-langkah taktis untuk membuka hati, pikiran dan mengubah dari sikap antipati ke simpati terhadap pengguna NAPZA sebagai warga negara yang produktif;

6. **(20 menit)** Proses pembahasan bersama dilakukan dengan pendekatan World Cafe untuk mendorong peserta lebih banyak bergerak selama proses kegiatan ini. Dalam pembahasan, fasilitator mengangkat soal prioritas dalam konteks seberapa relevansi (kekuatan dan kepentingan) terhadap kehidupan pengguna NAPZA di Indonesia. Beberapa faktor untuk dipertimbangkan:
 - Kontrol sumber daya;
 - Kekuatan legal;
 - Status politik, sosial, budaya;
 - Kontrol terhadap masyarakat.
7. **(5 menit)** Kegiatan diakhiri dengan menyimpulkan bahwa menghilangkan stigma bukanlah perubahan yang terjadi dalam waktu yang singkat, sehingga membutuhkan kita bersama untuk bergerak secara terus-menerus, dan memperluas persekutuan dengan melibatkan kelompok masyarakat yang beragam.

Hari Ketiga

Sesi 10

Respons Alternatif

Kompetensi

Peserta mampu merumuskan respons alternatif berdasarkan peran sosial peserta dalam struktur persoalan NAPZA.



SESI 10

Total

90
menit

TUJUAN

1. Memaparkan perspektif keagamaan terhadap pengguna NAPZA;
2. Merumuskan berbagai alternatif tindakan sebagai solusi atas permasalahan berdasarkan peran sosial peserta.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(5 menit)** Setelah memetakan aktor atau pemangku kepentingan yang strategis untuk dilibatkan dalam upaya membangun lingkungan yang nyaman bagi pengguna NAPZA, agar hidup secara produktif dan menuju pemulihan, maka perlu dipetakan aksi yang kontributif dari peserta;
2. **(45 menit)** Fasilitator mengajak peserta untuk memetakan aksi yang dibutuhkan untuk melibatkan para aktor/pemangku kepentingan yang sudah diidentifikasi secara optimal.
 - Aksi baru yang belum pernah teridentifikasi – pendekatan inovatif, lihat **slide 65-66**;
 - Aksi yang perlu dilanjutkan;

- Aksi yang harus dihentikan karena merugikan upaya pemulihan dan perbaikan kehidupan pengguna NAPZA.
3. **(20 menit)** Pemaparan agenda LBHM dalam pengurangan dampak buruk NAPZA;
 4. **(10 menit)** Aktivitas diakhiri dengan komitmen untuk melanjutkan aksi dalam kapasitas masing-masing peserta dengan kelompoknya.

Hari Ketiga

Sesi 11

Perumusan Aksi Kolektif

Kompetensi

Peserta mampu mendiskusikan dan menyusun sebuah rencana aksi bersama berdasarkan pemahaman selama lokakarya.



SESI 11-12

Total

150
menit

TUJUAN

Menyusun rencana aksi kolektif berdasarkan pengelompokan sasaran peserta.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(20 menit)** Peserta dibagi kelompok berdasarkan sasaran peserta di Pengantar bagian C (bisa saja untuk masing-masing agama, terdapat dua kelompok ini) untuk merumuskan aksi kolektif;
2. **(40 menit)** Fasilitator mengarahkan, melakukan supervisi kerja kelompok melalui apa yang menjadi topik pembahasan di sesi-sesi sebelumnya;
3. **(10 menit)** Sejumlah hal yang perlu diperhatikan, perspektif peserta terhadap masalah (penghukuman vs. kesehatan), aktor yang turut dilibatkan, apakah aksi realistis dilakukan, relevan dengan persoalan yang diulas sepanjang lokakarya, dan bisa diukur;
4. **(20 menit)** Ada baiknya sebelum mulai kerja kelompok, fasilitator menjelaskan tentang indikator yang diharapkan dari rencana aksi.

Pemaparan Aksi Kolektif

Kompetensi

Peserta mampu memberikan umpan balik untuk memperkuat rencana aksi yang telah disusun kelompok lain

TUJUAN

Menguji rencana aksi dan mendapatkan umpan balik dari seluruh peserta.

LANGKAH-LANGKAH

1. **(60 menit)** Peserta mempresentasikan hasil kerja kelompok secara bergiliran dan pleno untuk mendapat umpan balik dan penyesuaian berdasarkan pemahaman yang diperoleh sepanjang lokakarya;
2. Fasilitator mendokumentasikan rencana aksi yang telah disepakati oleh seluruh peserta sebagai hasil dari terselenggaranya lokakarya ini.

BAHAN BACAAN

Dasar-Dasar Pengurangan Dampak Buruk Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) Bagi Pemuka Agama



Harm Red



DAFTAR ISI

Bahan Bacaan: Dasar-Dasar Pengurangan Dampak Buruk Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) bagi Pemuka Agama

I. PENGANTAR	37
A. Latar Belakang	37
B. Materi Lokakarya Dasar-Dasar Pengurangan Dampak Buruk Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) Bagi Pemuka Agama	38
II. MATERI DASAR TENTANG NAPZA	39
A. Istilah narkoba dan NAPZA	39
B. Istilah pengguna, pemakai, dan penyalah guna	39
C. Sejarah panjang penggunaan NAPZA di Asia dan Indonesia	48
III. PENDEKATAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA	50
A. Perjalanan pengurangan dampak buruk (<i>harm reduction</i>) di Indonesia	51
B. Prinsip-prinsip dasar pengurangan dampak buruk	53
C. Bagaimana pengurangan dampak buruk berkontribusi pada perbaikan kualitas hidup pengguna di Indonesia?	54



I. PENGANTAR

A. Latar Belakang

Masyarakat Indonesia meyakini bahwa agama memiliki peran penting dalam kehidupan sehari-hari dan menganggap kepercayaan kepada Tuhan berhubungan dengan nilai-nilai yang baik (Connaughton et al., 2020). Anggapan dan keyakinan tersebut juga berlaku untuk warga bangsa yang mengonsumsi NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya). Hal ini turut dilaporkan dalam penelitian yang dilakukan Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat (LBHM) tentang persepsi pengguna NAPZA mengenai agama yang dianut, di mana sebagian besar informan menganggap agama adalah hal yang penting, bahkan sangat penting (LBHM, 2023).

Agama dipandang penting, namun lebih banyak pengguna NAPZA dalam penelitian ini yang mengaku malu dan takut menjangkau bantuan dari tokoh agama setempat ketika membutuhkannya. Di balik kesungkungan tersebut, kebanyakan dari mereka masih berharap tokoh-tokoh agama berperan aktif membantu, merangkul, dan membimbing, serta tidak mendiskriminasi mereka meski adalah pengguna NAPZA. Tokoh agama pun tidak lepas dari norma sosial dan norma yang diinterpretasikan dari ajaran agama yang cenderung mengutuk segala perbuatan yang bertaut dengan adiksi, sehingga berpotensi tumbuh sikap bias ketika berhadapan dengan pengguna NAPZA.

Stigma terhadap pengguna NAPZA di tengah masyarakat diperkuat ketika tokoh di masyarakat termasuk tokoh agama dan institusi negara menyitir kitab suci dan ajaran agama. Badan Narkotika Nasional (BNN) kerap memanfaatkan narasi keagamaan untuk membujuk bahkan cenderung menakut-nakuti pengguna agar berhenti mengonsumsi NAPZA—dengan kata lain mendorong pengguna menjadi abstinan dari NAPZA. Praktik-praktik tersebut mengakibatkan pengguna NAPZA cenderung memilih menghindari institusi keagamaan dan pemukanya, sehingga jarang terbentuk interaksi di antara mereka. Kurangnya interaksi kedua belah pihak ini mengakibatkan tidak terbentuknya rasa peka dan pemahaman ragam dan kompleksitas persoalan yang dihadapi pengguna NAPZA oleh para pemuka agama. Akibatnya, komunitas tidak merasakan bantuan, manfaat dan dukungan dari institusi keagamaan.

Atas situasi tersebut, sebuah modul untuk memfasilitasi lokakarya bagi tokoh-tokoh agama dirancang untuk menghasilkan pemahaman mendasar akan persoalan NAPZA yang menyajikan dasar pemikiran dan pendekatan respons yang tepat, dengan berbasis welas asih, kepekaan, dan pemahaman persoalan kesehatan pengguna NAPZA. Kesempatan ini dapat digunakan untuk mengingatkan bahwa pengguna tidak hanya bagian dari umat beragama tetapi juga anggota jemaat yang patut diperlakukan setara dengan jemaat lainnya.

Sebagai pendamping dan pelengkap dari modul tersebut, maka kumpulan bahan bacaan dibutuhkan untuk menyediakan konteks dan konsep-konsep terkait pendekatan pengurangan dampak buruk di Indonesia.

B. Materi Lokakarya Dasar-Dasar Pengurangan Dampak Buruk Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) Bagi Pemuka Agama

Lokakarya berlangsung selama tiga hari, dengan tiga tema besar:

Hari 1: Memahami Persoalan NAPZA di Indonesia

Hari pertama harus berfokus pada persoalan NAPZA yang masih berbasis nilai-nilai punitif yang mengacuhkan HAM pengguna, sehingga berdampak buruk pada kualitas hidup dan kesehatan pengguna NAPZA serta masyarakat pada umumnya.

Hari 2: Menjembatani Iman, Kemanusiaan, dan Pendekatan Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna NAPZA

Melalui kunjungan lapangan, peserta berhadapan langsung dengan praktisi layanan pengurangan dampak buruk, sehingga mampu memahami latar mental dan "hati" yang mendorong para praktisi untuk melayani pengguna NAPZA yang umumnya dipinggirkan masyarakat karena dipandang sebagai kriminal. Pada akhir hari ini, peserta harus dapat menjelaskan prinsip-prinsip inti pengurangan dampak buruk, membedakannya dari pendekatan yang hanya mengandalkan abstinensi, dan memahami bukti kesehatan masyarakat yang mendukung efektivitasnya.

Hari 3. : Perencanaan Aksi dan Advokasi

Pada hari terakhir, peserta akan mengembangkan rencana aksi konkret untuk menerapkan pengetahuan mereka. Pada akhir hari ini, setiap pemimpin agama diminta menyiapkan rencana aksi pribadi yang menjelaskan bagaimana mereka akan memperkenalkan konsep pengurangan dampak buruk di dalam jemaat atau komunitas mereka. Hal ini dapat mencakup menyelenggarakan sesi pendidikan, membentuk kelompok dukungan, atau bahkan turut mengadvokasi kebijakan pengurangan dampak buruk.

Catatan: struktur lokakarya bukanlah struktur yang kaku dan menyesuaikan dengan perubahan sikap dari peserta.

II. MATERI DASAR TENTANG NAPZA

A. Istilah narkoba dan NAPZA

Istilah yang dianjurkan dan didorong digunakan untuk merujuk pada narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya adalah NAPZA, yang merupakan istilah kesehatan dan disebutkan dalam peraturan-peraturan Kementerian Kesehatan. Dapat dipahami bahwa di tengah masyarakat, yang kerap digunakan adalah istilah dari dunia hukum, yaitu narkoba atau narkoba, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya. Istilah tersebut digunakan oleh aparat penegak hukum yang cenderung berbasis punitif dan mengacuhkan HAM, serta persoalan kesehatan yang dihadapi pengguna.

B. Istilah pengguna, pemakai, dan penyalah guna

Dalam konteks penggunaan atau konsumsi NAPZA, beberapa istilah kerap digunakan, yaitu: pengguna, pemakai, dan penyalah guna. Dalam program kesehatan terutama penanggulangan HIV dan AIDS istilah yang digunakan adalah "pengguna NAPZA suntik atau penasun" yang mengacu pada perilaku berisiko penularan HIV karena penggunaan jarum suntik yang tidak steril atau terkontaminasi HIV; istilah pemakai lebih banyak digunakan sehari-hari dalam perbincangan Bahasa Indonesia. Kedua istilah ini dinarasikan sebagai *user/users* dalam Bahasa Inggris. Sedangkan "penyalah guna" narkoba merupakan istilah yang ditemukan dalam dokumen-dokumen dan narasi dari aparat hukum.

Berikut adalah istilah-istilah yang lazim digunakan oleh pengguna NAPZA dan dalam proses-proses upaya pengurangan dampak buruk NAPZA beserta penjelasannya:

Istilah Lazim	Penjelasan
3 Dimensi	Istilah untuk konsumsi 3 jenis zat, misalnya, pil anticemas, alkohol, dan heroin. Kalau 4 jenis zat, disebut 4 dimensi, dan seterusnya.
12 Langkah	Program pemulihan dengan pendekatan sebaya dan spiritual untuk perilaku kompulsif yang menimbulkan masalah kesehatan, sosial, dan finansial seperti alkoholisme, ketagihan narkotik, judi, dsb.
86	Kode untuk "damai" di tempat dengan aparat hukum, biasanya dengan suap.

Istilah Lazim	Penjelasan
420	Kode yang merujuk pada konsumsi, terutama mengisap ganja pada pukul 4 lewat 20 menit sore, juga perayaan hari ganja tiap 20 April (4/20 format Amerika).
AA	Singkatan. Alcoholics Anonymous. Kelompok alkoholik tanpa nama, kelompok dukungan sebaya (sesama alkoholik) untuk pemulihan alkoholisme melalui Program 12 Langkah.
Abstinen	Dari Bahasa Inggris, <i>abstinent</i> . Berpuasa atau berpantang (biasanya dari suatu perbuatan, perilaku, atau konsumsi makanan, minuman, atau zat tertentu).
Adiksi	Dari Bahasa Inggris, <i>addiction</i> . Ketagihan.
Agonis	Farmakologi. Memiliki khasiat (yang sama) pada susunan saraf pusat: salah satu ~ heroin adalah metadon. Antonim: Antagonis.
Alkohol	Minuman yang mengandung etanol hasil proses fermentasi atau penyulingan buah, sayur, atau biji-bijian.
Analgesik	Pereda nyeri.
Andep	Akronim. Anti-Depresan. Obat depresi atau tertekan. Khasiatnya bisa dirasakan dalam dua minggu, berbeda dengan anticemas yang menenangkan atau mengubah suasana hati dalam hitungan menit.
Antagonis	Farmakologi. Penawar atau melawan khasiat obat yang dikonsumsi dan bekerja (pada susunan saraf pusat): naloxone adalah ~ heroin dan opioid lainnya. Antonim: Agonis.
Anticemas	Obat pereda kecemasan, penenang. Sering salah disebut sebagai obat andep.
Antipsikosis	Antipsikotik. Obat gangguan jiwa, digunakan untuk menenangkan pasien yang mengganggu orang-orang di sekitarnya, meredakan kecemasan berat.



Istilah Lazim	Penjelasan
Baks	Istilah singkat. Bakar, merujuk pada lintingan ganja untuk diisap.
Bandar	Bede, BD. Penjual, pengedar narkoba.
Beler	Teler, mabuk berat.
Benzo	Nama singkat. Benzodiazepine. Jenis obat yang berkhasiat sedatif atau menenangkan. Diresepkan untuk kecemasan, kejang, dan gangguan tidur.
BNN	Singkatan. Badan Narkotika Nasional.
Boat	<i>bo-at</i> / Slang. Obat. Merujuk pada pil-pil benzodiazepine atau pil koplo.
Bokul	Slang. Beli.
Bong	Alat pengisap narkoba berbentuk tabung yang dilengkapi pipa.
Bukson	Slang. Suboxone, obat yang mengandung 4:1 buprenorfin (agonis opioid) dan nalokson (antagonisnya) yang dirancang untuk dikonsumsi secara sublingual atau bawah lidah. Narkotika golongan tiga yang digunakan untuk terapi substitusi opioid di Indonesia sejak 2002.
Buprenorfin	Opioid sintetis yang dikonsumsi di bawah lidah atau sublingual. Di Indonesia hingga kini dijual dengan jenama Subutex yang seluruh kandungannya buprenorfin atau Suboxone yang selain buprenorfin, juga mengandung naloxone penawar opioid supaya kalau disuntikkan tidak ada efeknya.
Cepu	Slang. Informan atau mata-mata polisi.
Cimeng	Cimenk. Slang. Ganja.
Coca	Tanaman <i>Erythroxylon coca</i> . Daunnya mengandung alkaloid bahan baku kokain.



Istilah Lazim	Penjelasan
Cucaw	Cucaw. Slang. Suntik, dalam konteks konsumsi narkoba.
Detoks	Detox. Kata singkat. Detoksifikasi. Proses pengeluaran racun (narkoba) dari dalam tubuh sehingga hasil uji urine narkoba menjadi negatif.
Drag	Istilah singkat Bahasa Inggris. <i>Chasing the Dragon</i> . Mengisap asap hasil pembakaran narkoba di atas kertas timah.
Drug	Istilah Bahasa Inggris. Obat adalah setiap zat kimia selain bahan gizi atau makanan esensial, yang bila dikonsumsi organisme hidup akan menghasilkan efek biologis dan/atau psikologis.
Dum	Dumadi, Mud. Istilah singkat. Dumolid. Sebuah merek dagang nitrazepam, obat sedatif hipnotik untuk gangguan tidur dan kecemasan jenis benzodiazepine.
Ecstasy	Ekstasi. Pil MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine).
Etep	Istilah dari, Pete, PT. Istilah singkat. Putaw atau heroin.
Fentanyl	Fentanil. Opiat sintetis, 50-100 kali lebih berkhasiat ketimbang morfin.
Ganja	Cannabis sativa. Tanaman dengan zat psikoaktif Delta-9-tetrahydrocannabinol.
Ganja Sintetis	Ganja Sintetis: Produk tembakau atau daun kering yang dapat dibakar untuk diisap asapnya, mengandung zat psikoaktif di antaranya FUB-144, AB-CHMINACA, THJ-018, dll.
Gele	Slang. Ganja.
Giting	Slang dari Tinggi. Teler, mabuk akibat konsumsi narkoba.



Istilah Lazim	Penjelasan
Gorila	Goodshit, Ganesha, K2. Merek dagang, Tembakau atau produk sejenis dengan kandungan senyawa kimia sintetis seperti AB-CHMINACA: N-[(1S)-1-(Amino Karbonil)-2-metil propil]-1-(sikloheksil metil)-1H-indazol-3-karboksamida, JWH-018: Naftalen-1-il(1-pentil-1H-indol-3-il)metanona.
Halusinogen	Zat, obat yang menimbulkan halusinasi pada konsumennya.
Hanoman	Merek dagang, tembakau dengan zat psikoaktif. Lihat: Ganja Sintetis dan Ganesha.
Happy Five	Slang. Nimetazepam, penenang jenis benzodiazepine.
Hasish/hasyis	Damar ganja yang diolah dari getah tanaman itu. Kandungan THC hasyis bisa mencapai 65 persen, dan pada minyak hasyis berkisar 30 hingga 90 persen. Tentunya dalam hasyis juga terkandung CBD (cannabidiol: senyawa kimia yang ditemukan dalam tanaman ganja).
Heroin	Merek dagang pabrik farmasi Bayer, Jerman untuk diacetylmorphine. Heroin berhenti diproduksi pada 1913 yang membuat produksi dan peredarannya dimonopoli oleh sindikat kejahatan internasional, hingga saat ini.
HR	Singkatan, <i>Harm Reduction</i> . Pendekatan pragmatis dalam mengatasi persoalan narkoba yang menekankan pada pencegahan dampak yang lebih buruk dari konsumsi narkoba, seperti pencegahan penularan hepatitis C melalui penyediaan alat suntik steril di tempat yang dikenal banyak terdapat konsumen narkoba.
I	/i/ Istilah singkat. Inex, pil ekstasi.
IDU	Singkatan Bahasa Inggris. <i>Injecting Drug User</i> . Konsumen, pemakai narkoba suntik.



Istilah Lazim	Penjelasan
Inex	Pelesetan dari enak. Slang. Pil Ekstasi (MDMA). Nama lain: lin, Ceu lin, I, Ikan.
Insul	Nama singkat, Insulin. Slang. Suntikan. Nama insulin ditemukan pada bungkus suntikan untuk menyuntikkan hormon insulin bagi pengidap diabetes.
Intoksikasi	Mabuk, dalam pengaruh zat atau narkoba.
Junkie	Istilah Bahasa Inggris. Merujuk pada pengguna NAPZA, atau dalam Bahasa Indonesia disebut juga pecandu.
Kenceng	Istilah. Merasakan efek narkoba maksimal.
Kobam	Istilah untuk mabok, mabuk. Dalam pengaruh zat psikoaktif.
Kokain	Kokain. Senyawa sintetis yang memicu, menstimulasi metabolisme sel menjadi sangat cepat. Dihasilkan dari alkaloid pada daun coca.
Koplo	Istilah, obat penenang, pil benzodiazepine. Dari Bahasa Jawa, dungu.
Kratom	Daun, bubuk, serta ekstrak dari tanaman <i>Mitragyna speciosa</i> . Digunakan sebagai pengobatan tradisional untuk pengelolaan penyakit kronis, mengobati gejala putus opiat, juga rekreasi sekaligus menenangkan. Kratom memiliki khasiat opiat sekaligus stimulan.
LASS	Singkatan. Layanan Alat Suntik Steril. Penyediaan peralatan suntik narkoba (suntikan, alkohol usap, kapas, dll.) agar tidak terjadi penularan virus darah pada konsumen narkoba. Dikenal juga dengan LJSS, layanan jarum suntik steril.
LSD	Elsit, Satrek, Acid. Singkatan. Ly-Sergyc-acid Diethylamide, yakni halusinogen sintetis biasanya berbentuk kertas seperti prangko.
Make	/ma-ke/ Memakai, mengonsumsi narkoba.



Istilah Lazim	Penjelasan
Metadon	Pelesetan dari enak. Slang. Pil Ekstasi (MDMA). Nama lain: lin, Ceu lin, l, Ikan.
Metamfetamin	Perangsang (stimulan) susunan saraf pusat dengan rumus kimia C ₁₀ H ₁₅ N untuk pengobatan obesitas serta gangguan hiperaktivitas dan sulit konsentrasi (<i>attention deficit hyperactivity disorder</i> – ADHD)
MMT	Singkatan. Methadone Maintenance Therapy. Terapi rumatan (pemberian dosis tetap dan stabil) metadon sebagai pengganti konsumsi opiat yang diedarkan di jalanan, biasanya heroin.
NA	Singkatan. Narcotics Anonymous. Kelompok pengguna narkotik tanpa nama, sebuah kelompok dukungan sebaya (sesama pengguna) yang menjalankan Program 12 Langkah.
NAPZA	Singkatan. Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya.
Narkoba	Akronim. Narkotika dan Obat/Bahan Berbahaya. Dipadankan dengan kata bahasa Inggris, drug(s) yang berarti obat(-obatan).
Narkotika	Narkotik, Narcotics. Berasal dari bahasa Yunani Kuno, narko yang berarti membuat mati rasa. Pada awalnya merujuk pada zat psikoaktif dengan khasiat menidurkan, namun disalahartikan untuk zat psikoaktif alam sehingga mencakup ganja dan koka.
Obat	Zat yang secara farmakologi berkhasiat, memengaruhi fisik dan/atau psikologis.
OD	/o-de/ Singkatan. Over Dosis. Kelebihan dosis narkoba.
Opiat	Opiat: Opioid. Zat aktif yang dihasilkan dari tanaman <i>Papaver somniferum</i> atau opium.
P4GN	Singkatan. Pencegahan Penyalahgunaan dan Pemberantasan Peredaran Gelap Narkoba.

Istilah Lazim	Penjelasan
Pakau	Pakaw. Pelesetan dari pakai. Mengonsumsi narkoba, khususnya putaw.
Paket	Paketan. Satuan takar narkoba: terdiri dari 2 ~ sabu seharga 500 ribu rupiah.
Pedaw	Pedau. Mabuk berat karena konsumsi putaw/heroin.
Pemakai	Pemake. Pengguna; Konsumen narkoba.
Penasun	Singkatan. Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya.
Pipet	Pipa; Sedotan.
Punitif atau penghukuman	Pendekatan punitif atau penghukuman dalam hukum merujuk pada pendekatan kebijakan, peraturan perundangan terkait perilaku yang ditetapkan sebagai Tindakan kriminal dengan mengutamakan hukuman berat sebagai respons terhadap kejahatan, terutama hukuman penjara bahkan hukuman mati.
Prekursor	Bahan baku narkoba.
Psikoaktif	a Psi. Memengaruhi kondisi psikologis (pikiran, mental, atau jiwa) dan perilaku; a. Berkenaan dengan obat-obatan yang memiliki efek signifikan pada keadaan psikologis dan perilaku.
Psikotropika	Obat/zat psikoaktif, memengaruhi fungsi psikologis manusia.
PTPT	/pé-té-pé-té/ Istilah singkat, Patungan. Urunan uang untuk membeli, membayar.
PTRM	Singkatan. Program Terapi Rumatan Metadon, pemberian dosis rutin, menerus, dan terpelihara (rumatan) metadon bagi pasien ketergantungan heroin sesuai pemeriksaan fisik dan psikologis agar kesehatannya terawasi, produktif, tidak terlibat kriminalitas karena narkoba diperoleh di layanan kesehatan bukan jalanan.



Istilah Lazim	Penjelasan
Putaw	Slang. Heroin. Asal kata: putih.
Relapse	Kata Bahasa Inggris, kambuh. Kembali mengonsumsi narkoba setelah periode abstinensia, sama sekali tidak mengonsumsi zat psikoaktif.
Sabu	Sabu-sabu, shabu. Metamfetamin kristal.
Sakaw	Sakau. Pelesetan. Sakit. Gejala putus zat, ketagihan putaw/ heroin. Ditandai berdirinya bulu lengan, hidung berair, pegal-pegal, meriang, seperti gejala flu.
Sinte	Sente. Istilah. Ganja sintetis, tembakau, atau produk sejenis dengan kandungan AB-CHMINACA: N-[(1S)-1-(Amino Karbonil)-2-metil propil]-1-(sikloheksil metil)-1H-indazol-3-karboksamida, JWH-018: Naphthalen-1-il(1-pentyl-1H-indol-3-il)metanona.
Stimulan	Perangsang. Obat/narkoba yang mempercepat pesan antara otak dan tubuh melalui peningkatan aktivitas susunan saraf pusat, meningkatkan keterampilan. Contoh: kafein, coklat, sildenafil, kokain, sabu.
Suges	Sugesti. Mengidam, kangen, sangat menginginkan konsumsi narkoba.
Tepar	Kata singkat, terkapar. Kondisi saat terlalu banyak mengonsumsi zat psikoaktif.
Tipsy	Istilah Bahasa Inggris. Sedikit mabuk (minuman beralkohol).
Tramadol	Tramadol Hidroklorida (C ₁₆ H ₂₅ NO ₂) adalah analog kodein sintetis. Pereda nyeri (analgesik) sentral ini bekerja pada reseptor opioid di otak seperti halnya morfin, kodein, atau opium. Tramadol diresepkan terutama untuk mengobati nyeri ringan hingga parah, baik akut maupun kronis. Obat ini pertama kali disintesis pada 1962 dan dipatenkan pada 1963, lalu dijual dengan jenama "Tramal" pada 1977 oleh perusahaan farmasi Jerman,

Istilah Lazim	Penjelasan
	Grünenthal GmbH. Bila sama-sama dikonsumsi secara oral, khasiat tramadol dalam meredakan nyeri setara dengan 1/10 morfin.
Triheks	Singkatan dari: Trihexyphenidyl, adalah obat gejala Parkinson dan gangguan gerakan akibat efek samping obat-obatan tertentu.
Tripping	Pengalaman psikedelik akibat konsumsi narkoba, biasanya ekstasi atau halusinogen semacam LSD atau jamur ajaib (magic mushroom).
Tumbang	Istilah untuk mabuk berat hingga tak sadarkan diri dan tumbang atau pingsan.
Ubas	Istilah dari shabu. Metamfetamin Kristal. Istilah lain: ubi. Pelesetan dari, ubas.
Xanax	Merek dagang, Alprazolam.

C. Sejarah panjang penggunaan NAPZA di Asia dan Indonesia

Penggunaan zat-zat berbasis opium dan cannabis dapat ditelusuri di Asia sejak sebelum masa-masa kolonial bermula di daerah tersebut. Sampai abad ketujuh masehi, jalur distribusi bergerak ke arah timur menuju ke wilayah Persia, India, dan Tiongkok, untuk tujuan pengobatan, menghilangkan rasa nyeri, dan pengobatan untuk disentri. Cannabis digunakan jauh sebelumnya tahun 2500 SM. Awalnya seratnya digunakan untuk menenun tambang, pakaian, dan bijinya untuk makanan, sedangkan daun dan bunga digunakan untuk pengobatan dan ritual kepercayaan tradisional saat itu^[1].

Kedatangan kolonial dari Benua Eropa mulai memonetisasi bahan-bahan alam tersebut untuk keuntungan kolonial dari Inggris dan Belanda. Tiongkok bertumbuh menjadi produsen opium terbesar, hingga tahun 1949 bergeser menjadi konsumen opium terbesar di dunia. Pada tahun tersebut, diperkirakan ada 20 juta orang di Tiongkok (sekitar 5 persen dari populasi saat itu) yang kecanduan opium. Perusahaan Hindia Timur Inggris (British East India Company) menanam opium di Bengal (India) untuk diekspor ke Tiongkok, membangun pasar konsumen yang luas. Perang Opium (1839–1842, 1856–1860) antara Inggris dan Tiongkok dipicu oleh upaya China untuk membatasi impor opium.

^[1] Costigan G, Crofts N and Reid G, 2003 The Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia. Melbourne, The Centre for Harm Reduction.

Asia Tenggara, terutama di daerah Segitiga Emas yang meliputi Myanmar, Laos, dan Thailand, memasuki abad ke-20 sebagai produsen opium. Wilayah lain di Asia yang menjadi produsen opium penting adalah wilayah Bulan Sabit emas (Golden Crescent) yang meliputi Pakistan, Afghanistan, Iran, dan Turki. Perkembangan konsumsi cannabis selama itu lebih terbatas di tingkat lokal meski sudah mulai dikonsumsi melalui para pedagang mancanegara yang lalu lalang.



Sejarah NAPZA di Indonesia dapat ditilik dari banyak sisi, dengan ganja, opium, dan zat-zat lain^[2] yang berperan dalam praktik-praktik tradisional dan eksploitasi di masa kolonial. VOC (abad ke-17) dan Pemerintah Hindia Belanda memperlakukan opium sebagai landasan keuangan kolonial. Melalui sistem perkebunan opium (Opiumpacht), kontraktor swasta Tionghoa pada awalnya mengumpulkan pendapatan dari penjualan opium impor. Pada tahun 1893, Belanda beralih ke monopoli yang dikelola negara (Opiumregie) untuk memaksimalkan keuntungan dan kontrol. Institusionalisasi formal distribusi oleh Belanda, memastikan pusat distribusi opium tersebar luas dan dapat diakses di Jawa, Madura, Sumatra, Ambon, dll. Dengan demikian menormalkan konsumsi di kalangan buruh, pendatang, dan tentara. Di lain pihak, cannabis bukanlah sumber pendapatan utama, jadi ganja tetap semi-regulasi dan terintegrasi secara sosial hingga perjanjian internasional (awal abad ke-20) menekan pemerintah kolonial untuk membatasinya.

Memasuki abad ke-20, dengan menghadiri Komisi Opium Shanghai 1909 dan Konvensi Liga Bangsa-Bangsa, Belanda mulai menerapkan pembatasan distribusi dan kontrol NAPZA lebih condong ke arah logika pendekatan pelarangan. Ketika Penjajah Jepang menduduki Indonesia, justru membongkar sistem monopoli Belanda, namun tetap mempertahankan pengawasan atas NAPZA sebagai bagian dari pemerintahan militer, yang meletakkan dasar bagi pembatasan dan pelarangan yang dialami pasca kemerdekaan.

^[2] Akhir tahun 1990an-2000an mencatat Indonesia mengalami peningkatan tajam dalam konsumsi metamfetamin (sabu). Awalnya diperdagangkan dari Filipina, Malaysia, dan Thailand, kemudian juga diproduksi secara lokal di laboratorium klandestin, mengingat lokasi Indonesia yang strategis di sepanjang jalur perdagangan maritim menjadikannya sebagai titik transit utama untuk sabu yang menuju ke Australia dan pasar-pasar lainnya. Pada tahun 2017, survei besar pertama mengenai karakteristik biologis dan perilaku yang terintegrasi di antara pengguna sabu-sabu di Indonesia menyimpulkan bahwa frekuensi penggunaan rata-rata adalah enam hari per bulan. Survei ini juga mengategorikan pengguna berdasarkan Indeks Keparahan Kecanduan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yang membantu pemerintah mengembangkan kebijakan berbasis bukti untuk pengelolaan penggunaan NAPZA. Hanya tujuh persen yang berada di level bermasalah, di mana pengguna menunjukkan gejala putus zat karena mereka tidak mendapatkan asupan obat yang memadai. Dengan kata lain, sebagian besar pengguna di Indonesia cenderung tidak terlalu bergantung pada NAPZA. Situasi di Indonesia berbeda dengan negara tetangga seperti Australia, di mana 60 persen dari populasi penggunanya diklasifikasikan sebagai ketergantungan.

Setelah tahun 1945, Indonesia meratifikasi tiga konvensi PBB di bidang NAPZA, yaitu: 1) Konvensi Tunggal 1961 menjadi UU No. 8/1976; 2) Konvensi Psicotropika 1971 menjadi UU No. 8/1996; dan 3) Konvensi Wina 1988 menjadi UU No. 7/1997. Ketiga konvensi ini menjadi dasar hukum bagi seluruh kebijakan NAPZA di Indonesia, yang kemudian dituangkan dalam UU NAPZA (1976, 1997, 2009) dan UU Psicotropika (1997). Dengan demikian Indonesia telah memasuki masa pelarangan penggunaan NAPZA dan kriminalisasi konsumennya tanpa ada perbedaan secara nyata antara konsumen, produsen, dan pengedar/distributor.

Namun, dengan semakin menguatnya kesadaran hak asasi pengguna bersama dengan mulai diterapkannya pendekatan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) yang berbasis hak asasi manusia sejak tahun 2000-an, kriminalisasi semakin ditentang oleh masyarakat dan pendukung HAM di Indonesia.

TONGKAK SEJARAH PENGURANGAN DAMPAK BURUK DI INDONESIA

<p>2003 Uji coba Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) pertama (Jakarta, Bali).</p>	<p>2001-2003 Percontohan <i>harm reduction</i> yang didukung oleh donor; Nota Kesepahaman BNN dan KPA.</p>	<p>1989-1994 LSM HIV pertama; Strategi AIDS Nasional (1994).</p>
<p>2018-2019 ~92 lokasi PTRM, 194 Layanan Alat Suntik steril (LASS) di 19 provinsi.</p>	<p>2006 Kepmenkes 494/2006 untuk memperluas metadon; program <i>harm reduction</i> nasional; PTRM di penjara pertama (Kerobokan).</p>	<p>2009 UU No. 35/2009-kerangka pemidanaan tetap ada.</p>
<p>2016-sekarang Percontohan SDM yang berfokus pada stimulan (e.g. Karisma).</p>	<p>2013 Permenkes No. 57/2013-panduan PTRM nasional.</p>	<p>2010-2014 <i>Harm reduction</i> dimasukkan ke dalam Strategi HIV Nasional; perluasan yang lebih luas.</p>
<p>2019-2022 Pengurangan dana untuk SDM; masalah keberlanjutan.</p>	<p>2022-sekarang KUHP baru diadopsi; ketegangan hukum-HAM terus berlanjut.</p>	

III. PENDEKATAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA

Istilah pengurangan dampak buruk NAPZA, atau pengguna NAPZA

Istilah “pengurangan dampak buruk” atau *harm reduction* dalam konteks pengguna NAPZA merujuk pada “pengurangan dampak buruk pengguna NAPZA” dikutip dari Peraturan Menteri Kesehatan No. 23 tahun 2022. Secara global, pengurangan dampak buruk atau *harm reduction* diartikan sebagai berikut:

Harm reduction refers to policies, programmes and practices that aim to minimise the negative health, social and legal impacts associated with drug use, drug policies and drug laws^[3].

atau

Pengurangan dampak buruk merujuk pada kebijakan, program, dan praktik yang bertujuan untuk meminimalkan dampak negatif kesehatan, sosial, dan hukum yang terkait dengan penggunaan narkoba, kebijakan narkoba, dan undang-undang narkoba.

Peraturan tersebut di bagian delapan menjabarkan pelaksanaannya, yang meliputi:

- a) pelaksanaan layanan alat suntik steril;
- b) mendorong pengguna NAPZA suntik (penasun) khususnya pengguna opiat menjalani terapi rumatan metadon/substitusi opiat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c) mendorong pengguna NAPZA suntik (penasun) untuk melakukan pencegahan penularan seksual;
- d) layanan Pemeriksaan HIV dan pengobatan ARV bagi yang positif HIV;
- e) skrining Tuberkulosis dan pengobatannya;
- f) skrining IMS dan pengobatannya; dan
- g) skrining Hepatitis C dan pengobatannya.

Sepanjang berlangsung lokakarya, akan muncul berbagai istilah yang kerap digunakan dalam perbincangan sehari-hari di lingkungan penggunaan NAPZA. Perlu juga diperhatikan bahwa bahasa dan istilah-istilah ini akan mengikuti zaman, sehingga akan berubah sesuai dengan situasi sosial, politik, ekonomi, dan budaya yang dialami oleh pengguna NAPZA. Adapun beberapa istilah yang melekat dengan nilai sosial dan politik, akan menjadi perbincangan sepanjang lokakarya. Melalui dialog dan pengalaman kunjungan lapangan, peserta akan difamiliarikan dengan evolusi istilah-istilah ini. Familiarisasi tidak bertujuan sekedar mendorong *political correctness* tetapi berbasis perubahan perspektif yang berkembang selama lokakarya berlangsung.

A. Perjalanan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) di Indonesia

Perjalanan Indonesia memanfaatkan pendekatan pengurangan dampak buruk tidak lepas dari tingginya angka HIV di kelompok penasun. Jumlah Orang dengan HIV (ODHIV) memuncak di akhir tahun 1990-an dan berlanjut memasuki tahun 2000-an, sejak dilaporkannya kasus pertama HIV dari penularan penggunaan jarum suntik tahun 1995.

^[3] <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>, accessed at 22 Sept 2025 10:36AM WIB

Terjadi peningkatan pesat hingga hampir 80 persen kasus baru antara tahun 2003-2004, dan lebih dari 54 persen total kasus ODHIV adalah dari penggunaan jarum suntik dengan tidak aman^[4]. Upaya-upaya berbasis komunitas bermunculan untuk membantu layanan pencegahan penularan HIV di Bali dan Jakarta di akhir tahun 1990-an. Pemerintah Indonesia kemudian memperluas layanan serupa melalui Kementerian Kesehatan dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Pemerintah memfasilitasi perluasan layanan, berbasis Puskesmas, Rumah Sakit, serta LSM. Dari dua rumah sakit yang menyediakan layanan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) dan tidak lebih dari lima LSM yang menyediakan layanan alat jarum suntik steril (LASS), di tahun 2025 telah meluas menjadi:

- 194 fasilitas LASS di 19 provinsi
- 92 fasilitas PTRM

Di samping upaya pencegahan, program penanggulangan HIV bagi pengguna NAPZA suntik pun menyediakan rujukan untuk pengobatan HIV, serta dukungan psikososial untuk peningkatan kualitas hidup dari pasien dan klien yang mengakses layanannya. Di Indonesia, pengurangan dampak buruk, tidak sekedar menjadi layanan klinis tetapi menjadi ruang aman bagi pengguna NAPZA untuk memperbaiki hidupnya.

Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN), memfasilitasi keamanan akses:

Pasal 6: Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan NAPZA Suntik dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dalam hal pelayanan teknis kesehatan, Kepolisian Negara RI/Badan NAPZA Nasional melindungi secara hukum kegiatan pelayanan, dapat merujuk penasun ke layanan kesehatan, serta didukung oleh Departemen Hukum dan HAM, Departemen Dalam Negeri, Departemen Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan, Komisi Perlindungan Anak, serta instansi lainnya yang terkait di bawah koordinasi KPA Nasional.

(Peraturan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Selaku Ketua Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Nomor: 02 /Per/Menko/Kesra/I/2007: tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV & AIDS Melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan NAPZA, Psikotropika, dan Zat Adiktif Suntik).

Menteri Kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022, tentang Penanggulangan HIV, AIDS, dan IMS pun menetapkan pengurangan dampak buruk NAPZA sebagai salah satu program

^[4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Laporan Kasus HIV/AIDS hingga September 2006. Jakarta

pengecahan resmi Negara (Pasal 9, di mana disebutkan bahwa pengurangan dampak buruk NAPZA merupakan salah satu upaya pencegahan penularan HIV dan IMS, yang kemudian dielaborasi di Pasal 16 mengenai Pengurangan Dampak Buruk NAPZA). Kegiatan dan layanan dalam rangka pengurangan dampak buruk NAPZA diatur oleh Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

- a) Pelaksanaan layanan alat suntik steril;
- b) Mendorong pengguna NAPZA suntik (penasun) khususnya pecandu opiat menjalani terapi rumatan metadon/substitusi opiat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c) Mendorong pengguna NAPZA suntik (penasun) untuk melakukan pencegahan penularan seksual;
- d) Layanan pemeriksaan HIV dan pengobatan ARV bagi yang positif HIV;
- e) Skrining Tuberkulosis dan pengobatannya;
- f) Skrining IMS dan pengobatannya; dan
- g) Skrining Hepatitis C dan pengobatannya.

Dekade awal tahun 2000-an intensitas program pengurangan dampak buruk menguat. Diperkuat dengan institusionalisasi melalui Nota Kesepahaman antara BNN dan KPAN di tahun 2003 untuk kolaborasi pencegahan HIV pada pengguna NAPZA suntik, berkontribusi pada menurunnya HIV di kalangan pengguna NAPZA suntik. Tahun 2015, perkiraan nasional menunjukkan prevalensi HIV di kalangan penasun sekitar 29%, turun dari tahun-tahun sebelumnya. Bahkan pengkajian lebih dalam data dari Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) antara tahun 2011 sampai 2019 menunjukkan bahwa terjadi penurunan prevalensi HIV dari 27% menjadi 19%¹⁵¹. Di STBP 2023, penularan HIV tidak lagi dipicu oleh pengguna NAPZA dengan tidak aman tetapi dari kelompok risiko lain.

B. Prinsip-prinsip dasar pengurangan dampak buruk

1. Menerima (acceptance), bahwa baik atau buruk, penggunaan NAPZA merupakan bagian integral dari dunia kita, sehingga kita memilih untuk meminimalkan dampak yang merugikan daripada sekadar mengabaikan keselamatan pengguna atau mengutuk pilihan hidupnya;
2. Memahami penggunaan NAPZA sebagai fenomena yang kompleks dan multidimensional, yang mencakup rentang perilaku dari penggunaan yang intens hingga abstinensi total, sehingga mengakui bahwa ada beragam pendekatan pengguna NAPZA yang jelas lebih aman (dan sehat) daripada yang lain;
3. Kriteria keberhasilan intervensi dan kebijakan dinilai dari kualitas hidup individu (pengguna) dan kesejahteraan—tidak selalu berarti penghentian penggunaan NAPZA secara total (abstinen);

¹⁵¹ Sarkar S, Gun A, Saidel T. A change long overdue: Integrated biological & behavioural surveillance surveys to prioritize sub-national levels for measuring HIV prevalence & behavioural trends. *Indian J Med Res.* 2022 Jun;156(6):756-758. doi: 10.4103/ijmr.ijmr_255_23. PMID: 37056075; PMCID: PMC10278920. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10278920/>

4. Seruan untuk penyediaan layanan dan sumber daya secara tidak menghakimi dan tidak memaksa bagi orang-orang yang menggunakan NAPZA;
5. Memastikan bahwa orang yang menggunakan Napza dan mereka yang memiliki riwayat penggunaan NAPZA secara rutin memiliki suara yang nyata dalam pembuatan program dan kebijakan yang dirancang untuk melayani mereka;
6. Mengakui bahwa pengguna NAPZA (PWUD: *people who use drugs*) merupakan agen utama dalam mengupayakan pengurangan dampak buruk;
7. Memperhatikan realitas kemiskinan, kelas sosial, rasisme, isolasi sosial, trauma masa lalu, diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, dan ketidaksetaraan sosial;
8. Tidak meremehkan atau mengabaikan bahaya dan risiko nyata dan tragis akibat penggunaan NAPZA ilegal.

C. Bagaimana pengurangan dampak buruk berkontribusi pada perbaikan kualitas hidup pengguna di Indonesia?

- 1) **Institusionalisasi atau pengaturan** program-program dampak buruk NAPZA suntik, di tengah lingkungan yang punitif terhadap pengguna NAPZA, membuka luas ruang aman bagi pengguna NAPZA untuk mengakses layanan kesehatan dan psikososial yang berkontribusi pada pemulihan tanpa rasa takut;
- 2) Survei di Indonesia pada tahun 2000-an menunjukkan, tingkat HIV yang sangat tinggi di kalangan penasun, seringkali mencapai 30–50% lebih di beberapa kota. Namun, putaran survei STBP terbaru (2018–2019) melaporkan prevalensi nasional penasun yang jauh lebih rendah (~29%), sejalan dengan **penurunan penularan seiring dengan kematangan program pengurangan dampak buruk**^[6];
- 3) Indonesia memulai PTRM pada tahun 2003 (Jakarta dan Bali) dengan perluasan layanan melalui rumah sakit daerah, Puskesmas dan penjara mulai tahun 2005. Hal ini menaikkan tingkat retensi dan secara signifikan mengurangi risiko penyuntikan, berbagi jarum suntik, dan overdosis, yang menjadi faktor utama penyebaran HIV;
- 4) Seiring dengan perluasan cakupan ketersediaan tes HIV yang ditopang oleh program-program pendidikan dan jangkauan, kesediaan bersama program pencegahan seperti LASS dan PTRM, maka **semakin banyak pengguna NAPZA suntik yang sudah terdiagnosis positif HIV memulai terapi antiretroviral (ART) lebih awal**. Hal ini mengurangi penularan lebih lanjut (pengobatan sebagai pencegahan). Kebijakan dan program Indonesia sejak akhir 2000-an secara eksplisit mendorong akses ART bagi PWID (*people who inject drugs*); peraturan selanjutnya (misalnya, Peraturan Kementerian Kesehatan 2022) memperkuat layanan HIV terintegrasi untuk populasi kunci^[7];

^[6] Iryawan, A.R., Stoicescu, C., Sjahrial, F. et al. The impact of peer support on testing, linkage to and engagement in HIV care for people who inject drugs in Indonesia: qualitative perspectives from a community-led study. *Harm Reduct J* 19, 16 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00595-8>; <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-022-00595-8>

^[7] Iskandar S, de Jong CA, Hidayat T, Siregar IM, Achmad TH, van Crevel R, van der Ven A. Successful testing and treating of HIV/AIDS in Indonesia depends on the addiction treatment modality. *J Multidiscip Healthc*. 2012;5:329-36. doi: 10.2147/JMDH.S37625. Epub 2012 Dec 14. PMID: 23293529; PMCID: PMC3533630.

- 5) Layanan kesehatan jasmani dan dukungan psikososial di ruang layanan kesehatan publik menjadi ruang kondusif bagi pengguna NAPZA **memperbaiki kualitas hidupnya**, berkat akses ke berbagai kebutuhan kesehatan lainnya termasuk kesehatan gigi, kesehatan umum, dan kesehatan mental. Layanan kesehatan lain yang penting terintegrasi adalah pencegahan dan perawatan TB dan Hepatitis yang kerap menjadi infeksi oportunistik bersama HIV. Ruang layanan kesehatan juga memberi rujukan layanan pemulihan NAPZA bagi yang membutuhkan rehabilitasi medis maupun rawat jalan melalui layanan pengurangan dampak buruk;
- 6) Keberadaan layanan pengurangan dampak buruk sebagai layanan legal atau resmi dari Pemerintah **mendisrupsi distribusi NAPZA yang beredar dari pasar gelap** yang selama ini menguasai kehidupan pengguna, karena mereka mengakses zat NAPZA sesuai kebutuhan kesehatan di ruang resmi di Puskesmas atau rumah sakit setempat;
- 7) Dengan semakin aktifnya pengguna NAPZA di ruang publik, baik ketika mengakses layanan, pengguna mampu mengorganisir diri hingga menjadi gerakan advokasi sekaligus menjadi **bagian dari perencanaan pembangunan** ataupun formulasi kebijakan yang berdampak pada kelompoknya.



@LBHMasyarakat



@LBHM.id



@LBH Masyarakat



@LBHMasyarakat