

**Rapid Situations and Responses Assessment
Penyebaran HIV/AIDS
pada Kalangan Pengguna Narkoba Suntik
di 10 Wilayah Jawa Barat**

**Rapid Situations and Responses Assessment
Penyebaran HIV/AIDS
pada Kalangan Pengguna Narkoba Suntik
di 10 Wilayah Jawa Barat**

Penelitian Oleh

SKEPO

Bersama

Lembaga Kasih Indonesia, Bekasi — Yayasan Pelita Ilmu, Karawang
DIC Tut Wuri Handayani, Cimahi — Rumah Cemara, Sukabumi
Grafiks, Bandung — HR PKBI Jawa Barat Rumah Cemara, Bandung
HR MCR PKBI Cirebon — Yayasan Sahabat, Kab.Bandung
MCR PKBI Tasikmalaya — GPNC,Cianjur — Yakita, Bogor

Didukung Oleh

Indonesian HIV/AIDS Prevention and Care Project
Desember 2005 – Februari 2006

Desain dan Tata letak:

wira_elin



Penelitian, Pelatihan & Pengembangan Organisasi

Jalan Durma I No. 7 Turangga, Bandung.

Telepon/Fax: 022.7301169

E-mail: skepo@indo.net.id

2006

**Rapid Situations and Responses Assessment
Penyebaran HIV/AIDS
pada Kalangan Pengguna Narkoba Suntik
di 10 Wilayah Jawa Barat**

Penelitian Oleh

SKEPO

bersama

Lembaga Kasih Indonesia, Bekasi — Yayasan Pelita Ilmu, Karawang
DIC Tut Wuri Handayani, Cimahi — Rumah Cemara, Sukabumi
Grafiks, Bandung — HR PKBI Jawa Barat Rumah Cemara, Bandung
HR MCR PKBI Cirebon — Yayasan Sahabat, Kab.Bandung
MCR PKBI Tasikmalaya — GPNC,Cianjur — Yakita, Bogor

Didukung Oleh

Indonesian HIV/AIDS Prevention and Care Project
Desember 2005 – Februari 2006

EXECUTIVE SUMMARY

Hingga Juni 2005, terdapat 1310 kasus HIV/AIDS di Jawa Barat. Secara nasional, Jawa Barat termasuk ranking keempat provinsi dengan kasus HIV/AIDS terbanyak di Indonesia, setelah DKI Jakarta, Papua, dan Jawa Timur. Diperkirakan bahwa sekitar 60% dari kasus-kasus tersebut berasal dari kelompok Penasun. Akan tetapi, kasus-kasus tersebut dianggap belum menunjukkan keadaan yang sesungguhnya. Selain adanya fenomena gunung es dalam persebaran HIV/AIDS, komunitas penasun dan penderita HIV/AIDS pada umumnya sangat tertutup karena stigma sosial dan kejaran hukum.

Rapid situation and response assessment (RSRA) penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun di 10 wilayah Jawa Barat dilakukan untuk mengetahui kondisi aktual penasun dan sekaligus mengukur kondisi aktual kebijakan dan aktivitas lembaga-lembaga (pemerintah dan non-pemerintah) yang memberi respon terhadap situasi penasun. Pemahaman tentang situasi penasun dan respon lembaga-lembaga sangat penting terutama sebagai bahan informasi dan refleksi untuk perbaikan dan peningkatan program kerja lembaga-lembaga tersebut dalam membendung epidemi HIV/AIDS di kalangan penasun di Jawa Barat di masa-masa mendatang (riset aksi).

RSRA dilakukan di 10 wilayah Jawa Barat yang estimasi tingkat kenaikan jumlah penasun dan prevalensi HIV/AIDS-nya cukup tinggi yaitu: Kota Bandung, Kab. Bandung, Cimahi, Tasikmalaya, Cirebon, Bekasi, Bogor, Sukabumi, Karawang dan Cianjur. Pengambilan data lapangan berlangsung sejak pertengahan Desember 2005 hingga pertengahan Februari 2006. Untuk mendapatkan data SKEPO bekerjasama dengan LSM-LSM potensial yang terdapat di kesepuluh wilayah tersebut. Para mitra lokal diketahui sudah mengembangkan berbagai kerja penanganan untuk para pengguna narkoba dan penyandang HIV/AIDS (ODHA).

Kajian menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Data kuantitatif diperoleh dengan cara menyebarkan angket kepada 824 penasun aktif. Jumlah responden ditentukan dengan disproportionated stratified random sampling (tingkat kesalahan 1%) berdasarkan estimasi rata-rata jumlah penasun di 10 wilayah yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (Juni 2005) sejumlah 7700 penasun. Responden ditemukan dengan cara "snow ball". Data kualitatif diperoleh melalui FGD (kelompok penasun dan kelompok penyedia layanan), wawancara mendalam terhadap beberapa kategori responden: penasun, ODHA, service provider (LSM/

organisasi masyarakat sipil lainnya, aparat penegak hukum, dan petugas kesehatan), analisis data sekunder dan observasi.

RSRA menjangkau 836 penasun, 782 laki-laki dan 53 perempuan ($n/a=1$). Responden adalah "dampingan" lembaga-lembaga mitra lokal di setiap wilayah. Rasio antara responden laki-laki dan perempuan sangat tidak seimbang. Ini disebabkan oleh sulitnya mendapatkan responden perempuan; mayoritas penasun yang menjadi dampingan mitra lokal berjenis kelamin laki-laki. Menurut penuturan mitra-mitra lokal, penasun perempuan relatif lebih tertutup.

Usia responden secara keseluruhan tergolong usia produktif, mulai dari 17 - 49 tahun. Lebih dari 50% responden berusia antara 21–30 tahun. Sekitar 53% responden menyatakan dirinya pengangguran. Hanya 2% responden yang masih bersekolah. Hanya 22,97% responden yang menamatkan pendidikan di perguruan tinggi. Mayoritas responden (64,1%) menamatkan pendidikan (setingkat) SLTA.

Percobaan pertama dengan narkoba biasanya terjadi pada remaja yang duduk di kelas 3 SMP hingga duduk di bangku SMU. Ingin coba-coba (penasaran, atau ingin tahu rasanya), karena ajakan teman dan keinginan untuk mengikuti trend di lingkungan pergaulan merupakan faktor pendorong terbesar remaja mencoba narkoba. Perkenalan pertama dengan narkoba sebagian besar dimulai dengan ganja dan pil koplo. Kedua jenis narkoba ini relatif murah dan banyak tersedia di pasaran. Hanya sekitar 10% responden yang mengaku menggunakan putaw pada saat pertama kali memakai narkoba. Mereka memulainya dengan ngedrag (dibakar). Selanjutnya, beralih ke suntik. Sebagian kecil saja yang memulainya langsung ke suntik.

Seminggu terakhir (sebelum diwawancarai), 46% responden menyatakan hanya memakai putaw, 45,50% lainnya mengaku menggunakan dua hingga delapan jenis narkoba lain seperti ganja/marijuana, shabu, ecstasy, subutex, dsb. Jenis narkoba lain biasanya berfungsi sebagai substitusi putaw. 36,36% responden mengeluarkan uang antara 100 ribu sampai 500 ribu perbulan untuk belanja narkoba. 25,12% menghabiskan antara 500 ribu sampai 1 juta, 20,57% menghabiskan di atas 1 juta, selebihnya menghabiskan kurang dari 100 ribu. Selain membeli sendiri, para penasun juga mengenal istilah "tukar badan" sebagai suatu cara untuk pengadaan barang. Istilah ini terutama untuk kalangan penasun perempuan.

Para responden mengemukakan bahwa "lebih enak" (60.05%) dan "lebih irit" (30.62%) merupakan daya pikat putaw. Mereka beralih ke cara menyuntik untuk mendapatkan efek yang lebih kuat ("lebih nendang") dengan pemakaian zat yang lebih sedikit. Selain putaw, responden juga menyuntikkan subutex, methadone, shabu-shabu, kokain, benzo, tramadol, dan morfin/codein. 6 dari 10 orang menyuntikkan putaw seperti minum obat, 3X sehari. Namun, sebagian responden menyatakan bahwa frekuensi pemakaian/hari bergantung pada ketersediaan uang untuk membeli narkoba (putaw). 6 dari 10 penasun menyatakan biasa menyuntik bersama teman. Umumnya dengan 2-4 orang teman yang seiring interaksi yang cukup panjang menemukan kecocokan dan kepercayaan. Teman tetap biasanya cenderung berangkat dari basis sosial yang sama: pasangan (pacar, suami/istri), teman sekolah, teman sekampung, teman satu bandar, teman kerja dan saudara/kerabat.

77,87% responden menyatakan dalam seminggu terakhir berbagi jarum suntik. Dua alasan yang banyak disebut adalah kesulitan untuk mendapatkan jarum suntik dan takut membawa jarum suntik. Meski cukup banyak penasun yang menduga telah melakukan sterilisasi, sehingga merasa bebas terinfeksi HIV, tapi ternyata salah mengerti tentang caranya. Sebagian besar hanya menggunakan aqua, air panas atau air biasa saja untuk sterilisasi (587 responden). Ketika ditelusuri lebih lanjut kekeliruan ini ternyata karena informasi tentang cara sterilisasi kebanyakan diperoleh dari teman sesama pengguna.

620 orang responden yang ditemui aktif secara seksual. Meskipun 59% dari penasun yang aktif secara seksual hanya berhubungan seks dengan satu pasangan saja (pacar, suami/istri), tingkat penggunaan kondom masih sangat rendah. Mereka menyatakan sangat paham bahwa (pertukaran) darah, air mani, dan cairan vagina merupakan media penularan HIV (meskipun ada juga yang salah beranggapan bahwa HIV dapat ditularkan melalui air seni, tinja, udara, makanan, minuman). Namun tetap saja, bahkan ketika melakukan hubungan seks beresiko tinggi dengan PSK, waria, sesama pengguna atau cewek/cowok cabutan, para penasun jarang menggunakan kondom. Mereka (penasun dan pasangan seks) menyatakan tidak suka, tidak enak menggunakan kondom dan ingin hubungan seks yang alamiah.

Banyak penasun menyatakan lebih memilih untuk tidak peduli (bahkan menjurus ke tidak takut) terhadap bahaya HIV yang diancamkan oleh jarum suntik tidak steril. Di benak mereka, penularan HIV lebih diasosiasikan dengan masalah hubungan seks ketimbang penggunaan

jarum suntik tidak steril. Maka, perlu dipertanyakan, apakah hal itu disebabkan oleh tidak lengkapnya informasi dan tidak efektifnya media informasi yang diterima oleh penasun? Ketika ditelusuri, mayoritas responden mengaku bahwa sumber informasi tentang HIV/AIDS yang mereka terima terutama berasal dari media massa (551 responden), baru kemudian dari LSM (271), teman (252) dan instansi pemerintah (42). Hanya 20,69% responden yang pernah melakukan test HIV. Sejumlah alasan dikemukakan oleh responden yang tidak atau belum memeriksakan diri: takut, belum siap, tidak tahu tempatnya, belum ada keinginan, merasa sehat, mahal, tidak punya informasi, belum ada waktu, malas, malu, dll.

Sembilan dari 10 penasun mengaku pernah berupaya berhenti menggunakan narkoba. Penasun pada dasarnya mengaku tidak lagi nyaman dengan dirinya. Enam dari 10 responden pernah memasuki layanan rehabilitasi. Banyak responden mengeluhkan tentang mahalnya biaya yang harus mereka keluarkan untuk menjalani pemulihan di lembaga-lembaga rehabilitasi. Sementara biaya yang besar itu bukanlah suatu jaminan atau kepastian yang besar bahwa mereka tidak akan 'kembali'. Mereka kembali menyuntik lagi dengan berbagai alasan: rindu ritual, mengharapkan kenikmatan yang diperoleh dengan menyuntik, pengaruh lingkungan, dan sugesti.

Apa yang dibutuhkan penasun agar dapat berhenti sama sekali menggunakan narkoba? Mereka menyatakan untuk sembuh dibutuhkan berbagai layanan yang bersifat penanganan medis (disediakan obat, pusat rehabilitasi), layanan informasi, dan ada pula yang mengusulkan tindakan represif (tangkapi bandar). Sebagian besar mereka menghendaki intervensi dari luar dirinya; dalam bentuk dukungan dari keluarga, kelompok dukungan, dan orang dekat di sekelilingnya; juga penyediaan (baca: diberi) bentuk-bentuk kegiatan positif termasuk pekerjaan. Dukungan dari luar (terutama keluarga) mutlak diperlukan karena pada umumnya mereka kurang menghargai diri mereka sendiri (low self-esteem) dan memiliki pandangan yang amat negatif terhadap diri sendiri (negative self-concept).

Tujuh dari 10 responden menyatakan mengetahui adanya lembaga-lembaga (pemerintah dan non-pemerintah) yang bekerja menangani masalah HIV/AIDS dan narkoba. Pengetahuan mereka pun sangat terbatas dan tak jarang keliru. Hanya 2 dari 10 responden yang menyatakan pernah mendapatkan/meminta layanan dari instansi pemerintah. Banyak penasun mengatakan bahwa layanan informasi yang mereka terima tidak jarang bersifat "black campaign". Kampanye tentang bahaya narkoba

mengesankan bahwa penasun itu membahayakan atau merupakan ancaman bagi orang lain.

Pengetahuan penasun yang paling menonjol adalah POLISI. Hampir setiap 4 dari 10 penasun pernah berurusan dengan polisi karena masalah kepemilikan/penggunaan narkoba. Namun sepertinya citra polisi di mata penasun tidaklah baik. Menurut mereka, layanan kepolisian yang pernah diberikan kepada penasun antara lain adalah: "mukulin", "menguangkan", "memeras", "memproses", "memberi tahu soal hukum". Di kota-kota yang penasunnya lebih banyak berurusan dengan polisi ternyata juga adalah kota-kota dimana program HR (oleh LSM) sedang berjalan atau kota-kota dimana sosialisasi pendekatan HR dalam pencegahan epidemi HIV/AIDS kepada polisi telah berjalan.

Hampir merata di semua wilayah menunjukkan kecenderungan bahwa pemerintah (daerah) "tidak memiliki informasi yang cukup" mengenai persoalan epidemi HIV di kalangan penasun. Meski pemerintah pusat, daerah dan legislatif telah meningkatkan perhatian terhadap persoalan ini pada 2 tahun terakhir, respon yang diberikan tetap rendah. Ketiadaan informasi berimplikasi pada rendahnya prioritas program/kegiatan penanganan HIV (terutama kelompok PSK dan penasun) dalam rencana kerja dinas/kantor maupun dalam prioritas rencana pembangunan daerah. Implikasi lebih lanjut adalah minimnya anggaran. Oleh karena itu, pemerintah (dan legislatif) perlu melakukan suatu usaha luar biasa untuk mencegah dan merawat para penasun dari infeksi HIV.

Berangkat dari kondisi tersebut, RSRA ini menyusun suatu rekomendasi yang diharapkan dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan : (1) bagaimana menyediakan berbagai tata peraturan dan sistem pelayanan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan penggunaan narkoba suntik dan HIV/AIDS?; dan (2) bagaimana mendorong masalah pencegahan dan penanggulangan penggunaan narkoba suntik dan HIV/AIDS dari "privat area" menjadi "publik area", dengan menempatkan komunitas sebagai salah satu pelaku utamanya?

Berikut ini adalah rekomendasi strategi mendorong kerja yang lebih baik untuk memperluas jelaah (jangkauan) dan dampak (efektivitas perubahan perilaku).

1. Menyediakan berbagai tata peraturan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, terutama di kalangan penasun. Peraturan perundang-undangan ini harus mengatur:

- § Memuat pengakuan tanggung jawab negara atas kesehatan publik yang diturunkan dalam program-program preventif, pengobatan dan layanan perawatan.
- § Menjamin persamaan hak bagi kelompok penasun, ODHA dan kelompok risti lainnya (terutama dari kalangan anak dan perempuan) atas layanan publik: kesehatan, pendidikan, informasi, pekerjaan dan penghidupan yang layak.
- § Menjamin perlakuan non-diskriminatif, kebebasan pribadi, kebebasan berekspresi dan berserikat, dan kebebasan atas perlakuan atau penghukuman yang tidak manusiawi.
- § Menjamin partisipasi aktif kelompok penasun, ODHA dan kelompok risti lainnya di semua tahapan pengembangan dan implementasi program.
- § Hak untuk mendapatkan VCT (tidak hanya terhadap pribadi tapi juga keluarga atau pasangan), transfusi darah yang aman dan universal precaution (UP).
- § Pengaturan distribusi jarum suntik steril, kondom, dan layanan UP lainnya.
- § Sanksi hukum yang berbeda antara pengguna dan pengedar/bandar. Penghukuman pidana harus digunakan sebagai upaya terakhir. Pertimbangan kesehatan harus mengemuka bagi pengguna.
- § Larangan seks resiko tinggi (sodomi, perkosaan, dsb), kewajiban penggunaan kondom oleh PSK sebagai UP dan perbaikan sistem pemidanaan di penjara.
- § Bantuan hukum gratis.

2. Menyediakan dan memperluas berbagai sistem pelayanan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS

- § Pencegahan HIV hendaknya dimulai sedini mungkin. Intervensi harus didasarkan pada penilaian dan penjajagan secara teratur terhadap kecenderungan dan pola infeksi HIV.
- § Memperluas cakupan layanan yang komprehensif yang mampu menjangkau sekurang-kurangnya 75% dari total populasi. Prinsipnya, sebanyak mungkin individu dalam populasi beresiko harus dijangkau agar upaya-upaya pencegahan menjadi efektif.
- § Memperluas pengadaan layanan untuk mencegah dan menangani drugs problem. Antara lain, lembaga-lembaga rehabilitasi atau pemulihan yang terjangkau oleh masyarakat. Program perawatan narkoba hendaknya memberikan informasi dan pertimbangan tentang HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya dan penyuluhan untuk membantu pengguna narkoba suntik mengubah perilaku yang

menempatkan diri atau orang lainnya dalam posisi beresiko tinggi terkena infeksi.

- § Memperluas pengadaan layanan untuk mencegah dan menangani HIV/AIDS. Antara lain, layanan VCT, distribusi jarum suntik dan kondom oleh Puskesmas. Pendidikan dan kampanye yang bersifat positif atau menggugah kepedulian, bukan yang negatif atau menyudutkan penasun dan ODHA.
- § Mengefektifkan kerja Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Membentuk komisi khusus AIDS di legislatif.
- § Mengintegrasikan program-program demand reduction dan pencegahan HIV ke dalam program kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, penghapusan kemiskinan, pemerataan kesempatan kerja.
- § Layanan bersifat fleksibel dan menawarkan serangkaian alternative perawatan, termasuk pengobatan substitusi, untuk merespon berbagai kelompok pengguna yang berbeda.
- § Pendampingan dan pendidikan sebaya.

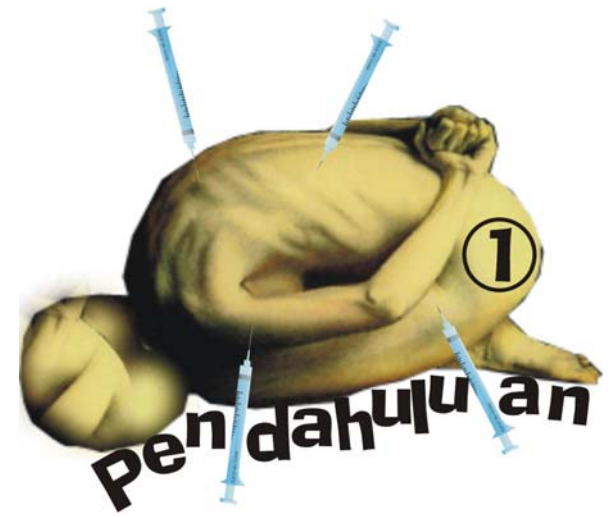
3. Mendorong masalah pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dari "privat area" menjadi "publik area", dengan menempatkan komunitas sebagai salah satu pelaku utamanya. Di dalam upaya-upaya tersebut, berlangsung proses-proses pemampuan, sehingga komunitas memiliki daya untuk menolong dirinya sendiri serta sanggup mempengaruhi kebijakan dan sistem pelayanan yang ada (community self help)

- § Community development untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS

Pengalaman di banyak tempat menunjukkan bahwa untuk membendung epidemi diperlukan (1) kebijakan yang mendukung; (2) sistem berskala luas; dan (3) pelayanan yang adil dan manusiawi. Karena itu rekomendasi-rekomendasi tersebut ditujukan kepada PEMERINTAH dan PARLEMEN, sebagai pihak yang memiliki kewajiban, kewenangan dan infrastruktur untuk melindungi dan memenuhi hak warga negara atas kehidupan dan penghidupan yang layak.

D A F T A R I S I

	Halaman
Executive Summary	vii
Bab 1. Pendahuluan	1
1.1. Latar Belakang Asesmen	3
1.2. Pertanyaan Penelitian	9
1.3. Tujuan Asesmen	10
1.4. Manfaat Asesmen	10
Bab 2. Metodologi	11
2.1. Pendekatan RSRA sebagai Riset Aksi	13
2.2. Penelitian Kualitatif-Kuantitatif	15
2.3. Sumber Informasi	18
2.4. Tahapan dan Proses Pelaksanaan	18
2.4.1. Persiapan	19
2.4.2. Training Workshop Enumerator	21
2.4.3. Pengambilan Data Lapangan	23
2.4.4. Pengolahan dan Analisis Data	26
2.4.5. Diskusi Hasil Temuan RSRA	27
2.4.6. Sistematika Laporan	27
Bab 3. Temuan Lapangan	31
3.1. Identitas Penasun	33
3.2. Penggunaan Narkoba	38
3.3. Penggunaan Narkoba Suntik	50
3.4. Perilaku Seksual	71
3.5. Pemahaman Mengenai HIV/AIDS	73
3.6. Upaya untuk Pemulihan	79
3.7. Temuan Respon	86
3.7.1. Pandangan para penasun terhadap penyedia layanan menurut pemahaman dan pengalaman penasun	86
3.7.2. Respon Jawa Barat di Tingkat Kelembagaan dan Pembentukan Kebijakan	89
Bab 4. Kesimpulan dan Rekomendasi	121
4.1. Kesimpulan tentang Situasi	123
4.2. Kesimpulan tentang Respon	126
4.3. Kesimpulan tentang Kesenjangan Situasi-Respon	128
4.4. Rekomendasi	130
Kamus Istilah Penasun	133



BAB

1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Asesmen

Situasi HIV/AIDS dan Pengguna Narkoba Suntik

Penyebaran infeksi HIV/AIDS kian hari kian meningkat, hingga hampir tidak terkendali. Laporan UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update 2005*, menyebutkan pada tahun 2005 ada 8,3 juta orang terinfeksi HIV di Asia, termasuk 1,1 juta di antaranya baru terinfeksi di awal tahun itu. Pada tahun 2005, AIDS telah memakan korban sekitar 520.000 jiwa (KCM, 29/11/2005). Gejala ini menunjukkan betapa cepatnya penyebaran HIV/AIDS dan betapa mematakannya virus tersebut bagi manusia.

Salah satu dampak negatif dari penyebaran HIV/AIDS adalah hilangnya secara sia-sia sejumlah sumber daya manusia potensial. Sebagian besar yang terinfeksi virus tersebut adalah kelompok muda usia produktif yang berusia antara 15- 40 tahun. Beban kerugian ekonomi akibat penyebaran virus ini pun menunjukkan angka cukup tinggi. Sejumlah studi ekonomi tentang pembiayaan kesehatan menggambarkan besarnya beban ekonomi yang harus ditanggung oleh pemerintah, masyarakat, dan tentu saja para penderita HIV/AIDS beserta keluarganya. Pihak-pihak tersebut "dipaksa" mengucurkan sejumlah dana untuk pembiayaan program-program preventif dan perawatan para penderita HIV/AIDS (*The Center for Harm Reduction*, 2001). Atas dasar itulah banyak pemerintahan di belahan dunia ini berusaha menanggulangi penyebaran HIV/AIDS.

Sejak tahun 1999, terjadi fenomena baru dalam penularan HIV/AIDS. Ketika ditemukan pertama kali tahun 1980-an, infeksi HIV menyebar terutama di lingkungan para pelaku seks beresiko, antara lain, di lingkungan WTS dan pelanggannya, gay, dan waria, sebagai akibat hubungan seks yang tidak aman. Misalnya, berganti-ganti pasangan, tidak menggunakan kondom saat berhubungan seks, dll. Akan tetapi, sejak tahun 1999, infeksi HIV berjangkit meluas terutama pada komunitas pengguna narkoba suntik (Penasun). Cepatnya penularan HIV pada komunitas penasun terjadi karena penggunaan jarum suntik yang tidak steril serta peralatan menyuntik

lainnya yang dipakai secara bersama/bergantian di antara mereka. Pada tahun itu pula, di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta ditemukan bahwa 18% pengguna narkoba suntik terinfeksi HIV. Pada tahun berikutnya, tahun 2000, terjadi sejumlah kasus yang lebih memprihatinkan: 90% pengguna narkoba suntik di Kampung Bali, Jakarta, terinfeksi HIV. Fenomena ini semakin membuktikan betapa rentannya para penasun terhadap ancaman infeksi virus HIV.

Perkiraan sejumlah instansi, Departemen Kesehatan dan Komisi Penanggulangan Aids (KPA), tentang prevalensi HIV/AIDS di Indonesia memperlihatkan data yang sangat memprihatinkan. Di seluruh Indonesia, tahun 2000, prevalensi HIV/AIDS pada kalangan penasun sekitar 40%. Angka tersebut melonjak menjadi 48% pada tahun 2001 dan kemudian mencapai 60% lebih sejak tahun 2005 (Laporan Depkes, 2005). Mengutip ungkapan seorang aktivis HIV/AIDS Indonesia, sebagaimana dimuat dalam *The Jakarta Post*, 31 Oktober 2004, "*HIV/AIDS now infects one new person every 15 minutes, of every day, somewhere in Indonesia. This means there are some 96 new cases per day, 672 per week, 34,944 per year. These figures are growing daily*".

Peningkatan prevalensi HIV/AIDS di kalangan penasun berjaln-berkelindan dengan meningkatnya penggunaan narkoba. Pada tahun 1998, diperkirakan jumlah pengguna narkoba di seluruh Indonesia sekitar 1.365.000 orang (The Center for Harm Reduction, 2001). Jumlah itu semakin membengkak dari tahun ke tahun. Perkiraan kasar tentang jumlah pengguna narkoba pada tahun 2005 telah mencapai angka 3,2 juta dengan tingkat kenaikan 28%/tahun. Sedangkan jumlah penasun menurut estimasi terakhir Badan Narkotika Nasional adalah 575.000 orang, separuh di antaranya diperkirakan terinfeksi HIV (KCM, 29/11/2005)

Angka-angka di atas cukup masuk akal karena posisi geografis Indonesia yang sangat strategis untuk lalu-lintas perdagangan narkoba. Sebelumnya, Indonesia hanya dianggap sebagai titik perlintasan peredaran narkoba antar benua. Saat ini, wilayah Indonesia telah menjadi salah satu pasar yang menjanjikan bagi mafia narkoba internasional. Sehingga saat ini kita bisa menyaksikan penggunaan narkoba kian meluas ke sepenjuru kota sampai desa, ke segenap lapisan kaya maupun miskin, dan ke segenap generasi tua maupun muda.

Upaya Pemerintah dan Organisasi Masyarakat Sipil dalam Mencegah dan Menangani Penyebaran HIV/AIDS

Sejumlah Lembaga Pemerintah dan Nonpemerintah di Indonesia sebetulnya telah berusaha melakukan penanganan atas kasus narkoba dan HIV/AIDS. Dari tahun ke tahun, strategi penanganan HIV/AIDS dan masalah ketergantungan narkoba terus dikembangkan. Pada tahun 1985, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, membentuk badan yang bertugas memantau perkembangan HIV/AIDS dan mengumpulkan informasi epidemiologi dari HIV/AIDS. Selain itu, Departemen Kesehatan pun melakukan upaya dari arah lain, yakni dengan menyediakan/memperbanyak instalasi laboratorium pemeriksaan HIV.

Kemudian, pada tahun 1988, dibentuk Kelompok Kerja Penanggulangan AIDS yang diperluas di tahun berikutnya dengan menyertakan lembaga swadaya masyarakat (LSM) sebagai anggotanya. Tugas kelompok kerja tersebut terutama untuk melakukan komunikasi dan koordinasi serta mengumpulkan dan menyebarkan informasi seputar HIV/AIDS. Melalui Keputusan Presiden Nomor 36/2004, dibentuk Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) yang diketuai oleh Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat. Komisi serupa kemudian dibentuk pula di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, disebut Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD).

Di tingkat nasional pun sudah dibentuk Badan Narkotika Nasional (BNN), beranggota 26 badan departemen dan non departemen. Tugas badan ini, selain melakukan tindakan koersif untuk memotong rantai *supply-demand* narkoba (menangkap bandar dan pengedar narkoba, menangkai penyelundupan, dsb), juga mendorong penanganan masalah narkoba melalui rehabilitasi dan terapi.

Di luar badan-badan negara atau komisi-komisi khusus yang dibentuk negara, aktor lain yang perlu disebut dalam kerja penanggulangan masalah narkoba dan HIV/AIDS adalah berbagai organisasi sipil. Bentuknya mulai dari organisasi masyarakat, lembaga swadaya masyarakat atau organisasi nonpemerintah, perkumpulan bekas pemakai narkoba, *concerned group* tidak permanen, organisasi keagamaan (termasuk pesantren, biara, dan vihara), hingga klinik rehabilitasi yang dikelola swasta.

Pendekatan Harm Reduction

Dalam menghadapi penyebaran infeksi HIV/AIDS akibat penggunaan jarum suntik tidak steril secara bergantian di lingkungan penasun, lembaga-lembaga pemerintah dan nonpemerintah di sejumlah negara telah menerapkan sebuah pendekatan yang dinamakan Harm Reduction. Negara-negara yang telah menerapkan pendekatan ini antara lain Australia, Selandia Baru, Inggris, Belanda, Denmark, dan sejumlah negara di Asia. Pendekatan ini mulai diperkenalkan di Indonesia saat epidemi HIV/AIDS bergeser dari penularan melalui hubungan seksual ke penularan melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril secara bergantian pada kelompok pengguna narkoba suntik. Pada saat itu muncul pemikiran bahwa Indonesia telah saatnya memerlukan suatu program intervensi untuk mencegah penularan HIV/AIDS pada kelompok penasun. Harm Reduction sebagai sebuah konsep program pencegahan mulai dilirik untuk dapat diadaptasi dan diterapkan di Indonesia. (*Kabar Jangkar, Edisi III, Juni 2003*).

Program Harm Reduction mencakup sejumlah langkah praktis dan pragmatis untuk mencegah atau mengurangi penyebaran HIV/AIDS, khususnya di kalangan penasun. Langkah-langkah tersebut antara lain: pendidikan mengenai cara menyuntik yang aman, program pertukaran jarum suntik, program terapi ketergantungan dan pengalihan narkoba, pendidikan sebaya, penjualan dan pembelian jarum suntik, perawatan kesehatan dasar, konseling dan tes HIV, menghilangkan hambatan terhadap penyuntikan yang lebih aman, dan perlindungan terhadap kelompok dan keadaan khusus (antara lain kelompok penasun).

Dasar pemikiran untuk menerapkan pendekatan ini di Indonesia adalah karena sifatnya yang praktis, pragmatis, dan hasilnya bisa tampak dalam jangka waktu yang relatif pendek. Konon, pengalaman di sejumlah negara telah menunjukkan bahwa melalui pendekatan ini terjadi penurunan penyebaran HIV di kalangan penasun, meski tidak berarti menurunnya jumlah para penasun.

Akan tetapi, pendekatan ini ditentang oleh sejumlah kalangan, termasuk dari kalangan penegak hukum. Pendekatan harm reduction yang berkaitan dengan penasun diartikan oleh para penentangannya sebagai pembenaran dan perlindungan terhadap penggunaan narkoba, khususnya narkoba suntik. Para penentang pun mengkhawatirkan dampak buruk dari pendekatan ini, antara lain berupa legalisasi penggunaan narkoba suntik yang akhirnya dapat menyebabkan bertambahnya jumlah penasun.

Karena pendekatan ini di Indonesia masih diperdebatkan, maka hingga kini penerapan pendekatan ini masih kontroversial. Sejumlah LSM yang menerapkan pendekatan ini pun bekerja secara sembunyi-sembunyi atau diam-diam, karena dikhawatirkan bisa menimbulkan resistensi dari sejumlah kalangan, termasuk dari pihak kepolisian.

Terlepas dari adanya kontroversi tadi, pendekatan Harm Reduction sebetulnya memiliki argumentasi yang perlu dipertimbangkan oleh para penentangannya. Pendekatan ini didasarkan pada kesadaran bahwa pendekatan-pendekatan konvensional yang selama ini telah dan sedang dilakukan belum menampakkan hasil yang optimal, dan jumlah prevalensi HIV/AIDS terus membengkak di sejumlah daerah di Indonesia. Pendekatan-pendekatan konvensional dimaksud adalah (1) penegakan hukum untuk memotong atau menghambat pasokan (*supply*) narkoba (misalnya melakukan penangkapan terhadap bandar, pengedar, pengguna narkoba, dll), dan (2) pendidikan masyarakat tentang bahaya narkoba agar permintaan (*demand*) masyarakat terhadap narkoba berkurang. Namun, kedua pendekatan konvensional tersebut belum tampak hasilnya hingga hari ini. Pengguna narkoba (termasuk penasun) terus meningkat, demikian juga penderita HIV/AIDS. Kedua pendekatan tersebut, baru akan tampak hasilnya untuk jangka panjang, itu pun jika aparat penegak hukumnya betul-betul menjalankan fungsi hukumnya dengan benar. Atas dasar itu, maka pendekatan Harm Reduction menjadi masuk akal. Penyebaran HIV di kalangan penasun dan kelompok masyarakat di sekitarnya telah berlangsung dengan teramat cepat, sehingga dibutuhkan pendekatan yang sesegera mungkin dapat menahan serta menghalangi penyebaran HIV di kalangan penasun. Pendekatan Harm Reduction dapat dijadikan sebagai alternatif dan pendamping dua pendekatan konvensional tadi.

Gambaran tentang Penasun dan Prevalensi HIV/AIDS di Jawa Barat

Bagaimana dengan situasi penasun dan penyebaran HIV/AIDS di Jawa Barat sendiri? Sejumlah media massa mengutip sumber-sumber yang berasal dari pejabat pemerintah dan aktivis HIV/AIDS. Mengutip Kepala Bidang (Kabid) Program Kebijakan dan Hubungan Antar Lembaga KPA Nasional, *MI Online* (20/12/2005) menulis, Jawa Barat termasuk ranking keempat provinsi dengan kasus HIV/AIDS terbanyak di Indonesia, setelah DKI Jakarta, Papua, dan Jawa Timur. Sampai September 2005 jumlahnya mencapai 437 kasus. DKI Jakarta sendiri ditemukan 3.369 kasus, Papua 1.467 kasus dan Jawa Timur 563 kasus HIV/AIDS. Meski demikian, dilihat dari potensi perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia, Jawa Barat

berada pada ranking ketiga. Ini barangkali karena tingkat penambahan jumlah penasunnya yang relatif tinggi dibandingkan beberapa provinsi lain.

Angka tersebut jauh sangat kecil dibandingkan dengan estimasi penderita HIV/AIDS hasil riset Yayasan Bahtera bekerjasama dengan USAID (United States Agency for International Development) tahun 2004. Berdasarkan hasil riset itu, sebanyak 18.000 orang di Jawa Barat (Jabar) terestimasi terinfeksi HIV. Sebanyak 60 persen di antaranya merupakan penasun, sementara 1,5 juta orang di Jabar saat ini rentan terinfeksi HIV/AIDS. Di Bandung saja saat itu disinyalir ada 8.600 penasun. Tinjauan di lapangan yang dilakukan oleh Yayasan Bahtera tahun 2002 hingga Maret 2004, ditemukan 892 Penasun di Bandung. Dari jumlah itu, 92 persen laki-laki dan 8 persen perempuan. Latar belakang mereka beragam, misalnya pengangguran (432), mahasiswa (229), pengusaha (104), pelajar (29), pegawai swasta (91), pekerja seks (8), dan pegawai negeri (2). (KCM, 23/04/ 2004)

Akan tetapi, menurut sumber resmi Pemerintah Jawa Barat tentang penderita HIV/AIDS yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, sampai dengan Juni 2005 terdapat 1310 kasus HIV/AIDS di Jawa Barat. Jumlah tersebut terdiri dari 1042 kasus HIV dan 268 kasus AIDS. Kota Bandung menempati posisi teratas dari 25 kota/kabupaten di Jawa Barat, yaitu dengan 561 kasus HIV/AIDS. Selain itu, di Kabupaten Bandung terdapat 17 kasus, di Kabupaten Cirebon 51 kasus dan di Kota Cirebon 3 kasus. Diperkirakan bahwa sekitar 60% dari kasus-kasus tersebut berasal dari kelompok Penasun.

Akan tetapi, kasus-kasus tersebut dianggap belum menunjukkan keadaan yang sesungguhnya. Selain adanya fenomena gunung es dalam persebaran HIV/AIDS, kondisi geografis kota-kota di Jawa Barat yang berada di jalur lintas dari Jakarta menuju Bali ditengarai sebagai jalur yang rawan narkoba dan epidemi HIV/AIDS. Selain itu belum terlihat adanya kegiatan pengumpulan data dan intervensi yang sungguh-sungguh, terutama di kalangan penasun.

Belajar dari pengalaman di banyak tempat dan negara, program penanggulangan penggunaan narkoba dan pencegahan epidemi HIV/AIDS harus didasarkan pada pemahaman yang sempurna mengenai mengapa orang memakai jenis narkoba yang berbeda, pada keadaan yang berbeda, dengan cara yang berbeda dan perilaku-perilaku beresiko yang memungkinkan pengguna narkoba (suntik) terinfeksi HIV/AIDS.

Pemahaman awal ini sangat penting terutama untuk keperluan intervensi pencegahan HIV/AIDS di kalangan penasun di kemudian hari. Untuk itulah perlu dilakukan suatu rapid situation and response assessment (RSRA) tentang penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun di 10 wilayah Jawa Barat. Ke-10 lokasi tersebut adalah:



1.2 Pertanyaan Penelitian

Berangkat dari permasalahan di atas, RSRA ini akan menggambarkan pola situasi dan respon dengan mengacu pada pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Perilaku beresiko apa saja yang dilakukan oleh para penasun ketika mengkonsumsi narkoba yang beresiko mengakibatkan mereka terinfeksi HIV/AIDS?
2. Perilaku apa saja yang dilakukan oleh para penasun yang beresiko mengakibatkan penyebaran HIV/AIDS kepada orang lain (misalnya cara dan tempat membuang peralatan suntik bekas pakai; kebiasaan berhubungan seks, dsb)?
3. Sejauhmana tingkat pengetahuan penasun terhadap resiko terinfeksi HIV/AIDS dan penyakit lainnya yang ditularkan lewat darah?
4. Apa yang dibutuhkan oleh penasun untuk dapat mengurangi perilaku beresiko terinfeksi HIV/AIDS?
5. Perilaku beresiko apa saja yang dilakukan oleh kelompok penasun ketika mengkonsumsi bareng narkoba yang beresiko mengakibatkan mereka terinfeksi HIV/AIDS?
6. Program intervensi apa saja yang telah dilakukan baik oleh pemerintah daerah maupun organisasi masyarakat sipil dalam menanggulangi

dampak buruk narkoba dan pencegahan penyebaran HIV/AIDS terutama di kalangan penasun?

7. Bagaimana persepsi penasun terhadap efektivitas layanan dan kerja-kerja penanganan HIV/AIDS dan narkoba yang dilakukan oleh pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil?

1.3 Tujuan Asesmen

RSRA ini dilakukan untuk empat tujuan, yakni:

1. Mendapatkan data mengenai perilaku penasun dan penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun di 10 wilayah Jawa Barat.
2. Menggali kebutuhan penasun dalam upaya mengurangi perilaku berisiko terinfeksi HIV/AIDS.
3. Mengukur tingkat efektivitas dan keterjangkauan layanan lembaga-lembaga lokal penanggulangan narkoba dan HIV/AIDS (pemerintah dan non pemerintah) terhadap penasun.
4. Mengembangkan strategi dan efektivitas program kerja yang lebih baik untuk pemecahan masalah HIV/AIDS.

1.4 Manfaat Asesmen

Temuan dan aktivitas RSRA diharapkan akan memberikan manfaat bagi:

1. Lembaga-lembaga pemerintah dan LSM lokal: sebagai "bahan dasar" untuk perbaikan strategi kerja dalam memperluas jelaah dan dampak dalam upaya penanggulangan masalah penggunaan narkoba suntik dan HIV/AIDS di berbagai kota/kabupaten di Jawa Barat
2. Bagi penasun dan ODHA: melalui perbaikan dalam strategi dan efektivitas kerja lembaga-lembaga pemerintah dan LSM berarti perbaikan dalam kehidupan para penasun dan ODHA



BAB

2 METODOLOGI

2.1 Pendekatan: RSRA sebagai Riset Aksi

Pendekatan RSRA pada dasarnya dimaksudkan untuk mengukur situasi aktual suatu komunitas yang dianggap bermasalah di bidang kesehatan dan sekaligus mengukur kondisi aktual lembaga-lembaga yang memberi respon (tanggapan) terhadap situasi tersebut. Dalam konteks riset ini, situasi yang dimaksud adalah situasi aktual penasun, sedangkan responnya adalah kebijakan dan aktivitas yang telah dilakukan oleh para penyedia layanan (*service providers*), baik lembaga-lembaga pemerintah maupun non-pemerintah, terhadap situasi para penasun.

Melalui pendekatan RSRA maka bisa diidentifikasi beberapa fakta penting yang berkenaan dengan komunitas penasun, misalnya dalam hal: perilaku mereka yang dapat mengakibatkan penularan HIV/AIDS, baik di kalangan mereka sendiri, maupun di luar kalangan mereka (antara lain melalui hubungan seks); harapan mereka agar dapat berhenti menyuntik (menggunakan narkoba); tingkat pemahaman mereka tentang HIV/AIDS; dll. Melalui pendekatan ini pun dapat diidentifikasi kebijakan, aktivitas, dan efektivitas para penyedia layanan dalam menjangkau situasi penasun, misalnya dalam hal: kebijakan yang telah diundangkan oleh lembaga-lembaga pemerintah dalam menangani masalah narkoba dan HIV/AIDS; aktivitas yang telah dilakukan oleh lembaga-lembaga terkait (baik lembaga pemerintah maupun non-pemerintah) dengan masalah HIV/AIDS; daya jangkau dan efektivitas dari aktivitas lembaga-lembaga tersebut.

Pemahaman tentang situasi penasun dan respon lembaga-lembaga terkait terhadap situasi penasun, sangat penting bukan hanya untuk mengetahui kesenjangan (*gap*) antara situasi penasun dan respon lembaga-lembaga terkait, tetapi juga sebagai bahan informasi dan refleksi untuk perbaikan dan peningkatan program kerja lembaga-lembaga tersebut dalam merespon situasi penasun di masa-masa yang akan datang. Suatu kebijakan, program, dan rencana kerja akan dapat dijalankan secara efektif dan efisien jika berdasarkan pada

sejumlah data tentang situasi aktual secara tepat dan dapat dipercaya.

Perlu diakui bahwa ada kesukaran dalam melakukan penelitian (asesmen) mengenai isu yang cukup sensitif seperti penasun dan HIV/AIDS. Telah menjadi rahasia umum bahwa kasus ini hanyalah sebuah 'puncak gunung es di lautan yang maha luas'. Apa yang terlihat hanyalah permukaannya, sedangkan badan gunungnya ada di bawah permukaan laut. Komunitas penasun dan penderita HIV/AIDS pada umumnya sangat tertutup. Mereka sadar akan stigma sosial yang mereka terima dari lingkungan sekitarnya, dan sangat khawatir terhadap tuntutan hukum yang bakal menimpa mereka dari aparat penegak hukum.

Sadar akan kesukaran itu maka RSRA ini tidak terutama dirancang untuk memancing keluar para penasun dan penderita HIV/AIDS dari 'lubang-lubang persembunyiannya' guna mendapatkan 'angka tepat' pengguna narkoba. Lebih dari itu, gagasan keseluruhan dari RSRA adalah menghimpun dan mengorganisir pengetahuan kolektif untuk kemudian mendorong aksi kolektif di antara aktivis penanganan narkoba di setiap wilayah.

RSRA ini dilakukan di 10 wilayah di Jawa Barat yang estimasi tingkat kenaikan jumlah penasun dan prevalensi HIV/AIDS-nya cukup tinggi di Jawa Barat. Untuk mendapatkan data di lapangan SKEPO bekerja sama dengan LSM-LSM potensial yang terdapat di 10 kota/kabupaten tersebut untuk menjadi mitra lokal SKEPO dalam pelaksanaan RSRA. Para mitra lokal tersebut diketahui sudah mengembangkan berbagai kerja penanganan untuk para pengguna narkoba dan penyandang HIV/AIDS (ODHA). Mereka diasumsikan memiliki pengenalan yang baik mengenai situasi penggunaan narkoba di wilayah kerjanya masing-masing. Di samping itu, mereka juga mengenal betul kekuatan dan kelemahan serta dampak dari program kerja yang selama ini mereka kembangkan. Kerja sama ini diharapkan dapat saling menguntungkan semua pihak. Di satu pihak membantu SKEPO untuk kelancaran mendapatkan data, tetapi di lain pihak dapat membantu meningkatkan layanan dan perluasan jangkauan para mitra lokal ke para penasun dan ODHA. Di samping itu, informasi yang diperoleh dari aktivitas RSRA diharapkan dapat diolah menjadi bahan refleksi, terutama untuk perbaikan strategi kerja mereka ke depan.

Tabel
Mitra lokal

No	Wilayah	Mitra Lokal
1	Kota Bandung	PKBI Jabar
		Grafiks
		Rumah Cemara
2	Kab Bandung	Yayasan Sahabat
3	Kota Cimahi	Drug Information Center (DIC) Tut Wuri Handayani
4	Cirebon	MCR PKBI Cirebon
5	Tasikmalaya	MCR PKBI Tasikmalaya
6	Sukabumi	Rumah Cemara, Sukabumi
7	Cianjur	Gerakan Penanggulangan Napza Cipanas (GPNC)
8	Bogor	Yakita
9	Bekasi	Lembaga Kasih Indonesia (LKI)
10	Karawang	Yayasan Pelita Ilmu (YPI)

2.2 Penelitian Kualitatif-Kuantitatif

RSRA, sebagaimana telah dijelaskan di awal, pada dasarnya dapat dikategorikan ke dalam pendekatan kualitatif atau antropologis (*The Center for harm Reduction*, 2001). Meski demikian, sejumlah data kuantitatif perlu dicari pula dalam RSRA.

Untuk mendapatkan data kuantitatif tentang situasi penasun, digunakan pendekatan kuantitatif. Data kuantitatif diperoleh dengan cara menyebarkan 824 angket (kuesioner) tentang situasi penasun kepada 824 responden, yang semuanya merupakan penasun aktif di 10 kota di propinsi Jawa Barat.

Mengingat identitas penasun relatif sulit untuk diidentifikasi, dan komunitas mereka pun sangat tertutup, maka teknik penentuan respondennya digunakan *snow ball technique*. Melalui cara ini maka secara bertahap jumlah kuota 824 responden dapat terpenuhi, bahkan di sejumlah kota bisa melebihi kuota¹ yang telah ditetapkan. Angket terutama ditujukan untuk menghimpun data cakupan penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun. Melalui angket diharapkan dapat diketahui prevalensi dan profil penasun, riwayat penggunaan, pola penggunaan serta jaringan penasun, dan lain-lain. Hasil pengisian angket dianalisis secara statistik.

Estimasi jumlah penasun didasarkan pada data resmi yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Juni 2005. Berdasarkan data tersebut, dengan menggunakan teknik *disproportionated stratified random*

*sampling*² dengan tingkat kesalahan dibawah 1%, ditentukanlah jumlah responden penasun di setiap kota. Dengan cara ini ditetapkan batas bawah sample yaitu 50 responden.

Tabel
Estimasi Jumlah Penasun dan Jumlah Sample

No	Wilayah	Estimasi Penasun	Sample
1	Kota Bandung	1750	139
2	Kab. Bandung	150	50
3	Kota Cimahi	50	50
4	Cirebon	960	76
5	Tasikmalaya	340	50
6	Sukabumi	130	50
7	Cianjur	80	50
8	Bogor	1610	128
9	Bekasi	2270	181
10	Karawang	360	50
Total		7700	824

Di samping penggunaan angket sebagai alat untuk mendapatkan data kuantitatif, RSRA terutama mencari dan menemukan sejumlah data kualitatif. Alat-alat metodologis yang digunakan untuk mendapatkan data kualitatif tentang situasi dan juga tentang respon terhadap situasi, antara lain adalah:

+ **Focus Group Discussion (FGD)**

Ada dua jenis FGD yang dilakukan dalam RSRA, yakni FGD dengan kelompok penasun (disebut FGD Situasi) dan FGD dengan penyedia layanan (disebut FGD Respons).

FGD bersama kelompok Penasun terutama ditujukan untuk menggali 2 hal, yaitu: (1) pemetaan pola perilaku menyuntik yang dilakukan oleh para Penasun; dan (2) upaya para penasun dalam menolong diri sendiri (berhenti menggunakan narkoba atau menurunkan perilaku beresiko menyuntikkan narkoba). Di samping itu, FGD pun dilakukan untuk mengungkap: relasi penasun dalam kelompok, pengetahuan bersama tentang perilaku beresiko, upaya kelompok penasun untuk menghindari terinfeksi HIV/AIDS, relasi dengan keluarga dan kelompok masyarakat lainnya, media yang efektif untuk menyampaikan pengetahuan tentang perilaku beresiko dan layanan lembaga lokal yang bekerja dalam penanggulangan narkoba serta HIV/AIDS, dan feed back terhadap berbagai program intervensi dan layanan

penanggulangan narkoba dan HIV/AIDS yang selama ini telah dilakukan baik oleh pemerintah daerah maupun organisasi masyarakat sipil.

FGD bersama kelompok penyedia layanan (pemerintah dan organisasi masyarakat sipil) terutama ditujukan untuk: (1) memetakan persoalan penasun dari perspektif lembaga; (2) Memetakan layanan (tipe dan cakupan) lembaga-lembaga lokal penanggulangan penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun; dan (3) mengembangkan strategi yang lebih baik untuk pemecahan masalah.

+ **Depth interview.**

Depth interview dilakukan terhadap beberapa kategori responden: penasun, ODHA, service provider (LSM/organisasi masyarakat sipil lainnya, aparat penegak hukum, dan petugas kesehatan). Depth interview terhadap penasun ditujukan untuk menggali pengalaman-pengalaman dan persepsi individual penasun tentang situasi penasun, perilaku beresiko menyuntikkan narkoba, pemahaman tentang HIV/AIDS, serta pengetahuan dan akses terhadap layanan.

Depth interview terhadap ODHA ditujukan untuk menggali pengalaman tentang HIV yang diidapnya, proses mengadaptasi diri, upaya mencari pertolongan kesehatan dan harapan terhadap kehidupan pribadi dan orang lain.

Depth interview terhadap service provider ditujukan untuk menggali pemahaman terhadap masalah penasun dan HIV/AIDS, mandat organisasi, kapasitas (jenis layanan dan cakupan) kerja organisasi dan performansi organisasi.

+ **Analisis data sekunder.**

Teknik pengambilan data ini meliputi pengumpulan dan analisis data 'belakang meja'. Data dikumpulkan dari sumber-sumber seperti artikel koran, internet, laporan pemerintah, laporan NGO, profil penasun, presentasi seminar, buku, dll. Data-data tersebut digunakan sebagai bahan analisis konteks lokal dimana pemerintah dan NGO memberi layanan.

+ **Observasi.**

Observasi dilakukan untuk mengamati situasi (antara lain, situasi lingkungan kerja dan pola kerja service provider) dan tingkah laku

(baik tingkah laku penasun maupun para aktivis atau aktor yang terlibat dalam penyediaan layanan terhadap penasun).

2.3 Sumber Informasi

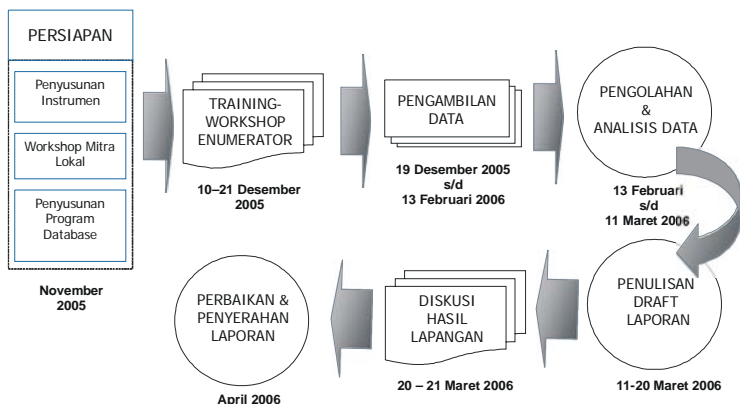
Seluruh alat untuk mendapatkan data atau informasi tersebut digunakan secara optimal untuk mencari dan mendapatkan data atau informasi dari berbagai sumber. Beberapa sumber data atau informasi tersebut ada yang berupa sumber primer maupun sekunder. Sumber primer RSRA antara lain adalah:

- + penasun/kelompok penasun;
- + institusi pemerintah daerah yang memiliki mandat dalam penanggulangan bahaya HIV/AIDS dan narkoba, antara lain dinas kesehatan, rumah sakit, dinas sosial, dinas pendidikan, PMI, Badan Narkotika Kota/Kabupaten (BNK), Komisi Penanggulangan AIDS Kota/Kabupaten (KPAD), rutan/lapas, kepolisian (polres); dan
- + Organisasi Masyarakat Sipil (LSM) yang *concerned* terhadap penanggulangan narkoba dan HIV/AIDS.

Sedangkan, sumber informasi sekunder berasal dari kliping koran, laporan program, dokumen pemerintah daerah, dokumen dari LSM, dsb.

2.4 Tahapan dan Proses Pelaksanaan

RSRA merupakan suatu aktivitas yang terencana, yang terdiri dari sejumlah tahap dan proses berikut ini:



2.4.1 Persiapan

Pembentukan Tim Peneliti dan Penyiapan Dukungan Administratif

Untuk menjalankan RSRA ini SKEPO membentuk tim peneliti yang khusus dibentuk untuk melakukan RSRA. Tim ini terdiri dari seorang peneliti utama, seorang asisten peneliti, dan 12 (dua belas) peneliti muda. Dua belas peneliti muda ini bertugas dan terlibat langsung dalam pengambilan data di 10 wilayah (kota/kabupaten). Lebih spesifik lagi, tugas para peneliti muda atau korwil (koordinador wilayah) ini adalah membangun hubungan langsung dengan para mitra lokal, mengkoordinasikan pekerjaan enumerator lapangan, sekaligus menggali informasi menyangkut situasi dan tanggapan terhadap masalah penasun dan HIV/AIDS di wilayah kerjanya masing-masing.

Di luar pembentukan tim peneliti, dilakukan pula beberapa persiapan dukungan administratif, sambil mengidentifikasi dan kemudian menjalin kontak dengan LSM lokal yang diharapkan bersedia untuk menjadi mitra dalam kegiatan RSRA.

Tabel
Tim Peneliti RSRA

No.	Nama	Posisi
1	DR. Zainal Abidin	Peneliti Utama
2	Praya Arie Indrayana	Asisten Peneliti
3	Bowo Usodo	Peneliti Wilayah Kota Bandung
4	Adi	Peneliti Wilayah Kota Bandung
5	Erwan	Peneliti Wilayah Kota Bandung
6	Gani Rachman	Peneliti Wilayah Kab. Bandung
7	Mujib Prayitno	Peneliti Wilayah Sukabumi
8	M. Syafari Firdaus	Peneliti Wilayah Bogor
9	Wiranta Yudha	Peneliti Wilayah Karawang
10	Rudi Kartasasmita	Peneliti Wilayah Cirebon
11	Bayu Risdiyanto	Peneliti Wilayah Cianjur
12	Willi Aditya	Peneliti Wilayah Bekasi
13	Ani Herningsih	Peneliti Wilayah Kota Cimahi
14	M. Taufik	Peneliti Wilayah Tasikmalaya

Penyusunan Instrumen RSRA

Bagian lain dari kerja persiapan adalah menurunkan pertanyaan penelitian ke dalam instrumen RSRA. Instrumen yang disusun untuk RSRA ini adalah:

1. Kuesioner untuk Penasun.
2. Panduan Wawancara Mendalam untuk Penasun.

3. Panduan Wawancara Mendalam untuk ODHA.
4. Panduan Wawancara Mendalam untuk Petugas Kesehatan, Petugas Sosial dan KPAD
5. Panduan Wawancara Mendalam untuk Petugas Lembaga Masyarakat
6. Panduan Wawancara Mendalam untuk Penegak Hukum (Polisi dan BNK)
7. Panduan Wawancara Mendalam untuk LSM lokal dan Lembaga Rehabilitasi
8. Panduan *Focus Group Discussion* dengan Penasun.
9. Panduan *Focus Group Discussion* dengan Service Provider.

Pengembangan Program Database

Untuk keperluan pengolahan data kuantitatif, tim RSRA mengembangkan suatu perangkat lunak pengolahan data (*database software*) dengan program Microsoft Access.

Pertemuan Koordinasi

(Tempat: Sekretariat SKEPO. 11 Agustus 2005 dan 12 November 2005).

Pertemuan koordinasi dengan peneliti wilayah dilakukan sebanyak dua kali. Pertemuan ini dimaksudkan untuk mendiskusikan rancangan RSRA, melakukan pembagian kerja, sambil memproduksi material yang diperlukan untuk berbagai tahap pekerjaan (seperti: rancangan untuk pertemuan dengan LSM/mitra lokal, rancangan dan bahan belajar untuk pelatihan enumerator, dsb)

Pelatihan untuk Peneliti Wilayah (Korwil)

(Tempat: Sekretariat SKEPO, 28-29 November 20005).

Selain pertemuan koordinasi untuk mendiskusikan pertanyaan dan rancangan penelitian, SKEPO pun menyelenggarakan pertemuan belajar (pelatihan) tentang HIV/AIDS untuk para peneliti wilayah. Tujuannya adalah untuk mempelajari konteks makro dan global dari penyebaran HIV; mendapatkan pemahaman dasar mengenai HIV/AIDS; kaitan penggunaan jarum suntik dengan HIV/AIDS; dan *Harm Reduction*. Nara sumber untuk pelatihan ini adalah Patri Handoyo (IHPCP Jawa Barat).

Lokakarya dengan LSM/mitra Lokal.

(Tempat: Wisma Taruna, Bandung, 30 November-1 Desember 2005). Keberhasilan RSRA memprasyaratkan keterlibatan LSM lokal yang selama ini sudah atau tengah bekerja di bidang HIV/AIDS, Harm Reduction dan/

atau kesehatan reproduksi. Oleh sebab itu, dalam acara lokakarya ini SKEPO mengundang keterlibatan 13 LSM lokal dari semua wilayah penelitian. Informasi tentang mitra lokal terutama diperoleh dari IHPCP Jawa Barat.

Lokakarya ini bertujuan:

1. Membangun kesepakatan kerjasama pelaksanaan asesmen
2. Menyesuaikan rancangan RSRA, metode dan instrument penelitian dengan kondisi lapangan dan kapasitas partner lokal
3. Menyusun rencana aksi (kerja) untuk masing-masing wilayah.

Lokakarya diadakan selama dua hari di Bandung dan dihadiri hampir seluruh LSM/mitra lokal yang diundang. Hari pertama lokakarya berisi presentasi dan diskusi mengenai tujuan dan rancangan RSRA, dilanjutkan dengan sesi diskusi situasi umum penggunaan jarum suntik dan penyebaran HIV/AIDS di masing-masing wilayah. Sementara hari kedua Lokakarya lebih banyak membahas persiapan/pengaturan teknis yang diperlukan untuk pelaksanaan RSRA.

Dalam lokakarya ini, Tim Peneliti RSRA mendapatkan input yang luar biasa dari mitra lokal mengenai kondisi lapangan perilaku penasun dan kerja-kerja penanganan yang telah dilakukan selama ini. Sebagai satu riset yang akan menjangkau langsung penasun, pemahaman yang baik mengenai kondisi/karakteristik penasun tentu sangat penting. Pemahaman yang lebih baik ini akan meningkatkan sensitivitas penggalian data. Sharing pengalaman ini pada akhirnya mengkritisi design dan tools RSRA.

Semua LSM/mitra lokal peserta lokakarya menyatakan bersedia untuk terlibat dalam RSRA ini. Dua aktivitas yang disepakati untuk segera dilakukan se usai lokakarya adalah: melakukan rekrutmen enumerator dan penyelenggaraan pelatihan untuk Enumerator.

2.4.2 Training Workshop Enumerator

Setelah pelaksanaan lokakarya dengan LSM/mitra lokal, lalu dilakukan rekrutmen enumerator di 10 wilayah penelitian. Mitra lokal berwenang sepenuhnya untuk merekrut enumerator dengan pertimbangan utama memahami bahasa (termasuk jargon-jargon komunitas penasun lokal) dan kondisi lokal³.

Menggunakan asumsi 1 enumerator akan menemui 10 responden penasun, dengan hari kerja 15 hari, berhasil direkrut 83 orang enumerator. Sebagian besar enumerator adalah petugas outreach (PO) masing-masing mitra lokal. Namun ada juga orang yang baru bekerja pada isu ini. SKEPO memang mendorong mitra lokal untuk menjadikan aktivitas RSRA ini sebagai ruang untuk merekrut lebih banyak orang (baru) yang dapat bekerja di isu ini. Karena itu RSRA menyediakan ruang training workshop sebagai penyiapan kader baru tersebut.

Training workshop ini dimaksudkan untuk menyiapkan tenaga enumerator dalam melakukan tugasnya, yakni: melakukan pengambilan data lapangan dengan menemui dan mewawancarai penasun di wilayah kerjanya masing-masing. Secara khusus, training workshop ini bertujuan:

1. Memberikan pemahaman dasar mengenai HIV/AIDS dan penasun
2. Membangun kesepakatan bersama tentang rancangan RSRA
3. Memperkenalkan Advokasi Kesehatan Publik, khususnya terkait HIV/AIDS dan penasun
4. Memperkuat keterampilan dasar enumerator

Untuk keperluan training workshop untuk Enumerator, SKEPO menyusun panduan pelatihan dan bahan belajar khusus. Training workshop ini memuat sesi-sesi belajar:

1. Kondisi HIV/AIDS dan penasun serta pendekatan Harm Reduction.
2. Advokasi Kesehatan Publik.
3. Kondisi lokal penyebaran HIV/AIDS dan penasun, berikut aktivitas penyedia layanan HIV/AIDS dan penasun yang tersedia.
4. Rancangan RSRA
5. Instrumen RSRA
6. Keterampilan dasar enumerator: wawancara dan mendengarkan.
7. Penyusunan rencana kerja pengambilan data.

Dalam pelaksanaan Pelatihan Untuk Enumerator ini, tim RSRA menemukan keragaman rentang pemahaman mengenai masalah HIV/AIDS di antara para enumerator. Sebagian enumerator, terutama yang sudah lama bergiat di LSM tentu lebih banyak tahu dengan issue HIV/AIDS. Karena kebutuhan belajar (*starting level*) yang berlainan pula, maka tim RSRA menyadari bahwa rancangan pelatihan yang telah disiapkan sebelumnya perlu disesuaikan dengan kebutuhan peserta pelatihan.

Proses baik yang terjadi selama pelatihan adalah pertukaran pengetahuan dan pengalaman antarpeserta, terutama yang datang dari wilayah (lembaga) yang berbeda. Meskipun tidak sampai menghasilkan satu

rencana tindak lanjut kerjasama, setidaknya terjadi pertukaran informasi tentang penasun, pola-pola penanganan penasun maupun bagaimana membangun kerjasama dengan pemerintah, khususnya aparat penegak hukum.

Tabel
Penyelenggaraan Pelatihan untuk Enumerator.

Wilayah Penyelenggaraan	Wilayah 1: Bandung, Cimahi	Wilayah 2: Bekasi, Karawang	Wilayah 3: Cirebon, Tasikmalaya	Wilayah 4: Bogor, Cianjur, Sukabumi
Panitia	Konsorsium RSRA Bandung.	LKI, Bekasi.	PKBI Cirebon.	Yakita, Bogor.
Tempat	RM Sari Sunda, Bandung	Hotel Wisma Citra Bekasi	PKBI Cirebon Cirebon	Wisma Pandawa Bogor
Tanggal	12-14 Des 2005	10-11 Des 2005	19-21 Des 2005 ¹	19-21 Des 2005
Fasilitator	Adi Ani Herningsih Bowo Usodo Erwan Ganie Rahman Praya A.I. Patri Handoyo	Wiranta Yudha Willy Aditia Praya A.I. Zainal Abidin. Patri Handoyo	Bambang D. M. Taufik. Rudi K. Patri Handoyo	Bayu MS Firdaus Mujib Prayitno. Praya A.I.
Jumlah	Bandung. [14] Cimahi. [5] Kab. Bdg [5]	Bekasi. [18] Karawang. [5].	Cirebon. [8]. Tasikmalaya [5]	Bogor [13]. Cianjur. [5] Sukabumi. [5]

2.4.3 Pengambilan Data Lapangan

Penyebaran Kuesioner/angket

Dipandu dan dikoordinasikan oleh peneliti wilayah setempat, para enumerator diterjunkan untuk mencari data tentang situasi penasun di lapangan. Para enumerator umumnya cukup paham tentang situasi penasun di wilayah mereka dan telah dikenal oleh para penasun yang menjadi responden RSRA. Tugas enumerator antara lain adalah menyebarkan angket dan menjadi informan para peneliti SKEPO di lapangan. Keberadaan para enumerator sangat penting dalam RSRA ini, karena tanpa mereka, para peneliti wilayah SKEPO tidak akan sanggup menjangkau dan mendapatkan data yang memadai tentang situasi penasun di daerah-daerah tersebut. Di samping itu, berkat para enumerator (yang sebagian besar merupakan mantan penasun), para penasun dan ODHA berani “keluar dari tempat persembunyiannya” dan menjelaskan pengalaman dan situasi yang mereka alami secara relatif terbuka.

Para penasun yang menjadi responden RSRA adalah para penasun aktif yang berada di ‘jalan’ dan tidak berada di ‘lokalisasi’ tertentu, seperti tempat rehab, RS atau lapas.⁴ Mekanisme penyebarannya seringkali

mengikuti area kerja dan daya jangkau mitra lokal selama ini. Sebagian besar responden adalah penasun-penasun yang telah dijangkau sebelumnya oleh mitra lokal. Selebihnya dilakukan dengan teknik *snow ball*. Ke arah mana *snow ball* digulirkan sepenuhnya tergantung ke wilayah mana mitra lokal ingin memperluas jangkauan. SKEPO memang sengaja mendorong mitra lokal menjadikan aktivitas ini sebagai kesempatan untuk memperbanyak 'jangkauan'. Karena itu, untuk wilayah Tasikmalaya misalnya, responden sebagian besar berasal dari Kota Tasikmalaya. Mitra lokal di kota ini, yakni MCR PKBI Tasikmalaya, masih berkonsentrasi menjangkau di wilayah Kota Tasikmalaya, tidak ke Kabupaten Tasikmalaya.

Pengisian kuesioner didasarkan pada kesediaan responden untuk menjawab. Selain kepada responden dinyatakan bahwa informasi yang diperoleh dari asesmen ini bersifat rahasia. Data yang diperoleh hanya untuk kepentingan penelitian. Meskipun 'etika' ini telah dinyatakan secara tegas, sebagian besar responden di Cirebon menolak menjawab semua pertanyaan yang berkaitan dengan identitas responden. Mereka khawatir informasi tentang identitas mereka diketahui oleh polisi. Hal ini disebabkan karena saat pengambilan data RSRA berlangsung, kantor MCR PKBI Cirebon – tempat dimana mereka biasa ngumpul – digeledah oleh polisi.

Depth Interview (Wawancara Mendalam)

Wawancara mendalam terhadap penasun dilakukan bersamaan waktunya dengan penyebaran kuesioner. Enumerator ditugaskan hanya untuk mencari responden yang bersedia diwawancara secara mendalam, membuat janji pertemuan dan mempertemukan peneliti SKEPO dengan responden. Peneliti SKEPO lah yang melakukan wawancara. Jumlah responden dalam depth interview berkisar 10% dari total responden per wilayah. Meskipun tidak ada kriteria khusus, responden yang diwawancarai dalam depth interview melibatkan antara lain: penasun aktif, penasun yang sekaligus ODHA, laki-laki, dan perempuan. Sayangnya, penasun perempuan yang bersedia diinterview sangat sedikit jumlahnya. Mereka sangat tertutup dan enggan untuk diinterview.

Wawancara mendalam terhadap service provider menemui tantangan tersendiri. Wilayah-wilayah di mana mitra lokalnya telah berhubungan baik dengan pemerintah daerah setempat 'memuluskan' jalan untuk bertemu dan mewawancarai pejabat terkait. Namun, wilayah-wilayah di mana mitra lokalnya belum banyak berhubungan dengan pemerintah

setempat, wawancara dengan para pejabat terkait relatif mengalami hambatan. Hambatan biasanya berkaitan dengan kewenangan dan perizinan RSRA. Hambatan lainnya adalah kesediaan dan keuangan waktu pejabat publik ini untuk diwawancarai. Terlebih lagi asesmen untuk respon berlangsung di bulan Desember, bulan dimana para pejabat publik sibuk membahas rencana kerja dan anggaran tahun berikutnya (RAPBD) dan pertanggungjawaban program kerja tahun berjalan.

Focus Group Discussion (FGD)

FGD terutama ditujukan untuk memperoleh pengetahuan kelompok, baik kelompok penasun maupun service provider. Selain itu FGD dijadikan sebagai alat periksa (cross check) terhadap jawaban-jawaban dalam kuesioner ataupun depth interview yang sifatnya lebih individual.

FGD bersama penasun dilakukan setelah pengambilan data dengan kuesioner selesai dilakukan. FGD ini didorong untuk menggali perilaku kelompok dalam menyuntikkan narkoba. Tantangannya adalah kecepatan dan waktu diskusi. Berdiskusi dengan para penasun memang membutuhkan kesabaran untuk bertanya, menggali jawaban, dst, sementara di sisi waktu maksimal yang dapat digunakan tak boleh lebih dari 3 jam. Tantangan lainnya adalah untuk mencegah pertemuan dalam FGD menjadi kesempatan untuk pakau bareng. Di banyak kasus tantangan ini tidak bisa dilawan/dikontrol.

Setelah data dari kuesioner, depth interview, dan FGD bersama penasun dianalisis, lalu diadakan FGD bersama service provider. Sadar akan pentingnya peran KPA dalam mengorganisir para service provider, SKEPO mendorong KPAD di tiap-tiap wilayah untuk menjadikan kesempatan FGD respon sebagai 'acara' KPAD. Maksudnya, setidaknya SKEPO 'menyediakan' ruang pertemuan para anggota KPAD. Lebih jauh dari itu, semoga bisa mendinamisir kerja-kerja KPAD. Beberapa KPAD, yang secara organisasional lebih aktif, menyambut tawaran ini.

FGD bersama service provider lebih ditujukan untuk mengklarifikasi temuan asesmen, baik dalam hal situasi penasun maupun respon lembaga. Meskipun sebetulnya dirancang untuk dapat menghasilkan rencana tindak lanjut, tapi FGD respon baru sampai pada tahap berbagi pengalaman dan pengetahuan tentang situasi PENASUN dan respon yang diberikan. Temuan asesmen tentang situasi cenderung 'dibenarkan' sementara temuan tentang respon cenderung 'dipertanyakan'.

Observasi

Observasi dilakukan dalam setiap kesempatan, terutama pada saat peneliti SKEPO berada di lapangan dan menjalin kontak dengan para penasun dan penyedia layanan, baik dari pemerintah maupun non-pemerintah (LSM setempat). Gejala yang dicatat dalam observasi antara lain perilaku penasun dan para pekerja/aktivis di penyedia layanan. Catatan hasil observasi menjadi catatan dan bahan analisis serta rekomendasi.

2.4.4 Pengolahan dan Analisis Data

Seluruh data yang telah terkumpul kemudian dianalisis oleh tim RSRA. Data kuantitatif dianalisis secara statistik, sedangkan data kualitatif dianalisis secara bertahap melalui sejumlah diskusi dan refleksi. Setelah dilakukan proses tabulasi, data kuantitatif yang diperoleh melalui angket dianalisis secara statistik untuk mendapatkan profile penasun. Profile penasun yang dapat dijelaskan melalui analisis statistik antara lain adalah: identitas penasun, riwayat penggunaan narkoba, perilaku penggunaan narkoba suntik, perilaku seksual, pengetahuan tentang HIV/AIDS, upaya mereka untuk berhenti, upaya untuk menurunkan risiko penggunaan narkoba suntik, persepsi terhadap penilaian lingkungan terhadapnya, dan persepsi terhadap upaya-upaya penanganan yang dilakukan oleh penyedia layanan terhadap penasun dan HIV/AIDS. Profile penasun yang ditemukan melalui analisis statistik ini diharapkan dapat merepresentasikan situasi penasun baik di tingkat kota/kabupaten maupun propinsi (Jawa Barat).

Data kualitatif, yang diperoleh melalui observasi, FGD Situasi dan FGD Respon, depth interview, dan analisis dokumentasi, secara bertahap dianalisis oleh tim peneliti untuk menemukan karakteristik penasun dan penyedia layanan di setiap kota/kabupaten. Di samping itu, analisis dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran umum, pola, dan dinamika situasi penasun dan pola serta efektivitas respon penyedia layanan terhadap penasun dan HIV/AIDS di Jawa Barat. Perlu diberi catatan bahwa setiap langkah analisis di atas selalu menyertakan data kuantitatif. Dalam RSRA ini data kualitatif dan kuantitatif saling mendukung dan tidak ditemukan data yang saling kontradiktif.

Secara garis besar, langkah-langkah analisis atas data kualitatif dan kuantitatif yang dilakukan dalam RSRA adalah sebagai berikut: *Pertama*, setelah diperoleh gambaran tentang profile penasun (hasil analisis statistik) dan temuan kualitatif tentang penasun dan respon penyedia layanan terhadap penasun, tim peneliti SKEPO melakukan pertemuan untuk

mendiskusikan data atau temuan para peneliti lapangan di setiap kota/kabupaten. Data-data yang diperoleh dan dilaporkan oleh para peneliti lapangan dianalisis bersama untuk menemukan karakteristik penasun dan penyedia layanan di 10 kota/kabupaten. *Kedua*, tim peneliti utama SKEPO mendiskusikan dan merefleksikan hasil analisis tiap kota/kabupaten untuk mencari temuan tentang situasi dan respon penyedia layanan secara umum di Jawa Barat. *Ketiga*, melakukan diskusi kembali dengan para peneliti lapangan untuk melakukan klarifikasi temuan sebagaimana disusun oleh tim peneliti utama. *Keempat*, mempresentasikan temuan sementara kepada para aktivis LSM yang menjadi mitra lokal untuk klarifikasi temuan RSRA. *Kelima*, membuat revisi laporan akhir berdasarkan klarifikasi dari para aktivis LSM (mitra lokal), untuk diserahkan kepada IHPCP.

2.4.5 Diskusi Hasil Temuan RSRA bersama Mitra Lokal

(Tempat: Hotel Kanira, Bandung, tanggal 20-21 Maret 2006).

Workshop hasil temuan RSRA diikuti oleh para pengambil keputusan di masing-masing lembaga mitra lokal. Selain untuk memverifikasi temuan RSRA, bagian terpenting dari pertemuan ini adalah mengintegrasikan temuan RSRA ke dalam program kerja mitra lokal di waktu yang akan datang. Tindak lanjutnya tentu saja tetap menjadi kewenangan masing-masing lembaga mitra lokal.

Selama proses verifikasi, mitra lokal mengklarifikasi temuan-temuan RSRA tentang situasi penasun. Diskusi yang lebih hangat kemudian lebih banyak terjadi di wilayah respon. Isu-isu yang hangat dibicarakan adalah bagaimana merespon kebutuhan penasun untuk berhenti menggunakan narkoba, kebutuhan penasun untuk mengurangi perilaku beresiko menyuntikkan narkoba, Harm Reduction dan implikasi hukumnya, Harm Reduction dan prasyarat kelembagaan, kekuatan dan kelemahan aktivitas atau kerja yang telah dilakukan oleh mitra lokal dalam merespon situasi penasun, serta upaya untuk revitalisasi KPAD.

2.4.6. Sistematika Laporan

Laporan RSRA ini disusun dengan sistematika sebagai berikut.

BAB 1 PENDAHULUAN

Memuat uraian latar belakang masalah, alasan dilakukan RSRA, dan tujuan serta manfaat RSRA. Dideskripsikan bahwa tujuan RSRA adalah untuk

mendapatkan pemahaman awal mengenai situasi penasun dan penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun. Pemahaman ini sangat penting terutama untuk keperluan intervensi pencegahan HIV/AIDS di kalangan penasun di kemudian hari.

BAB 2 METODOLOGI

Memuat uraian metode dan perangkat penelitian yang digunakan. RSRA tidak hanya sebatas pengambilan data semata. Karena dilakukan bersama aktivis (partner) lokal yang memang bekerja pada isu ini, RSRA diharapkan dapat diolah menjadi bahan refleksi terutama untuk perbaikan strategi kerja ke depan.

BAB 3 TEMUAN LAPANGAN

Memuat dua informasi pokok yaitu; (1) informasi mengenai SITUASI Penasun: identitas penasun, riwayat penggunaan narkoba, perilaku penggunaan narkoba suntik, perilaku seksual, pengetahuan tentang HIV/AIDS, upaya mereka untuk berhenti, upaya untuk menurunkan risiko penggunaan narkoba suntik, persepsi terhadap penilaian lingkungan terhadapnya, dan persepsi terhadap upaya-upaya penanganan yang dilakukan oleh penyedia layanan terhadap penasun dan HIV/AIDS; dan (2) informasi mengenai RESPONSE yang diberikan oleh lembaga-lembaga yang bekerja menangani masalah penasun dan HIV/AIDS: pembacaan terhadap masalah, mandat, aktivitas (tipe layanan dan jangkauan) serta performansi organisasi

BAB 4 KESIMPULAN dan REKOMENDASI

Memuat masalah-masalah strategis/penting serta strategi mendorong kerja yang lebih baik untuk memperluas jelajah (jangkauan) dan dampak (efektivitas perubahan perilaku).

(Catatan)

¹ Dugaan semula, sulit sekali menemukan penasun yang bersedia menjadi responden. Beberapa daerah sempat dikhawatirkan tidak akan mencapai target sample, mengingat sedikitnya jumlah penasun yang telah dijangkau lembaga. Begitupun, beberapa mitra lokal baru mulai dengan aktivitas untuk menjangkau penasun. Namun, berkat para enumerator, jumlah responden jadi lebih banyak dari yang telah ditetapkan. Meskipun waktu efektif yang diberikan tak lebih dari 15 hari, para enumerator berhasil memupus kekhawatiran tersebut. Bahkan beberapa wilayah memberikan bonus dengan

mendata penasun melebihi target sample. Dalam kurun waktu 15 hari para enumerator berhasil menemui 836 penasun, lebih dari target sebesar 824 penasun.

² Pada dasarnya *Disproportionated stratified random sampling* adalah satu teknik dalam *Probability Sampling* yang memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Disebut "*disproportionated stratified*" bila populasi mempunyai anggota tidak homogen dan berstrata tetapi kurang proporsional (bandingkan estimasi penasun di Cimahi dengan estimasi wilayah lainnya). Berdasarkan data estimasi jumlah penasun di Jawa Barat, 50 orang penasun di Cimahi diambil semuanya sebagai sampel, sekaligus ditetapkan batas bawah jumlah sampel di semua wilayah.

Dengan populasi sebesar 7700 orang, semestinya jumlah sample dengan tingkat kesalahan 1% berjumlah 613 orang. Namun, untuk wilayah-wilayah tertentu jumlah sampel dinaikkan menjadi 50, tidak dilakukan random sampling, sehingga jumlah total responden menjadi 824.

³ Pada pertemuan dengan mitra lokal, SKEPO berusaha mendorong LSM/ lokal untuk menggunakan rekrutmen enumerator sebagai alat untuk mencetak relawan-relawan baru.

Dari pengamatan selama Pelatihan untuk Enumerator, SKEPO menjumpai bahwa tidak seluruh mitra lokal menggunakan kesempatan ini untuk mencetak relawan baru. Enumerator di wilayah Bandung umumnya adalah tenaga yang sudah tersedia LSM setempat (umumnya, petugas *outreach*). Namun di beberapa kota lain dijumpai para pendatang baru, baik bekas pengguna jarum suntik maupun bukan.

⁴ Khusus wilayah Bogor, dengan pertimbangan daya jangkau Yakita yang selama ini bekerja di Lapas Paledang, sekitar 10% dari responden Bogor diambil dari lapas.

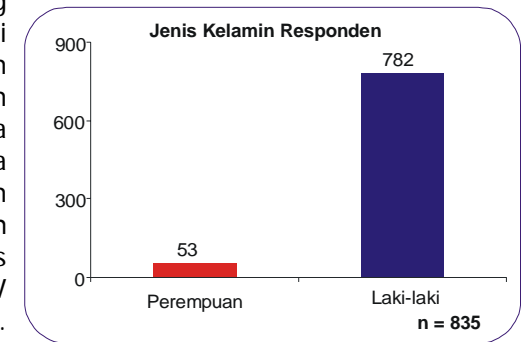


BAB

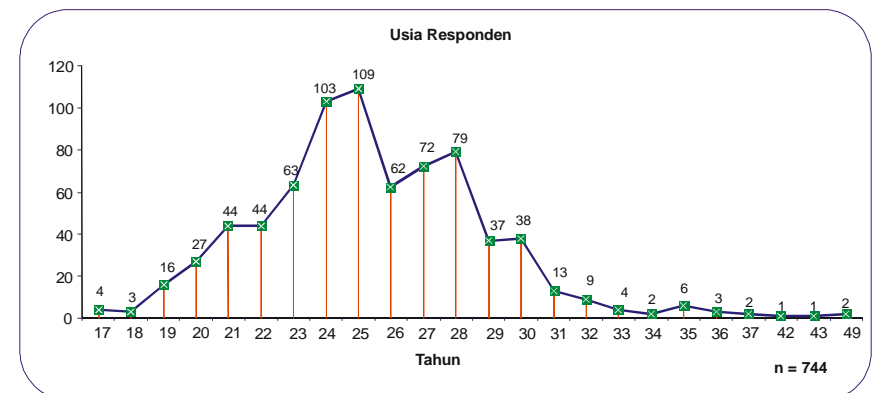
3 TEMUAN LAPANGAN

3.1. Identitas Penasun

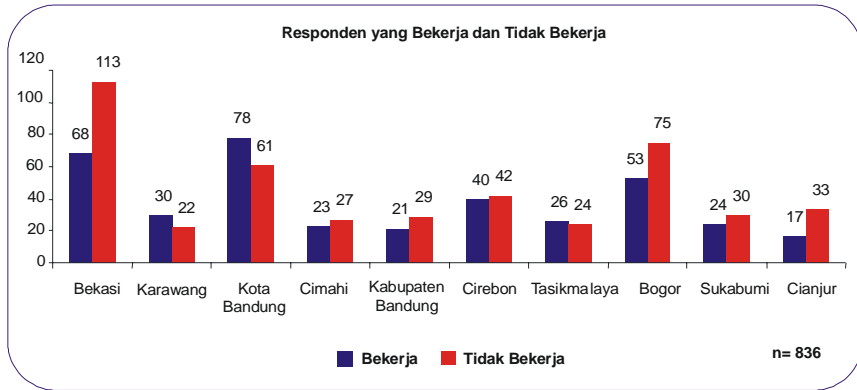
Jumlah dan Jenis kelamin responden. Jumlah responden dalam RSRA ini adalah 836 orang. Terdiri dari 782 prang laki-laki (94%) dan 53 orang perempuan (6%). Rasio yang sangat tidak seimbang ini disebabkan oleh kesulitan mendapatkan responden perempuan. Sebagaimana dituturkan oleh para mitra lokal, kelompok penasun perempuan relatif lebih tertutup dalam kasus narkoba dan HIV dibandingkan laki-laki. Disamping itu, jumlah real penasun perempuan memang jauh lebih sedikit dibandingkan penasun laki-laki.



Usia. Usia responden cukup variatif. Usia-usia produktif, mulai dari yang berusia 17 tahun sampai 49 tahun. Meski demikian, jumlah terbanyak responden berusia antara 21 – 30 tahun (lebih dari 50%).

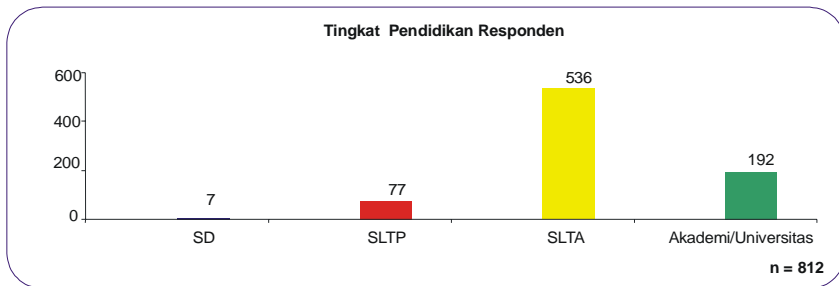


Pekerjaan. Sekitar 45% dari mereka menyatakan dirinya bekerja, 53% tidak bekerja, dan 2% masih pelajar/mahasiwa. Meski secara keseluruhan jumlah responden yang tidak bekerja lebih banyak dari yang bekerja, di beberapa kota/kabupaten jumlah responden yang bekerja relatif lebih banyak dari yang tidak bekerja.



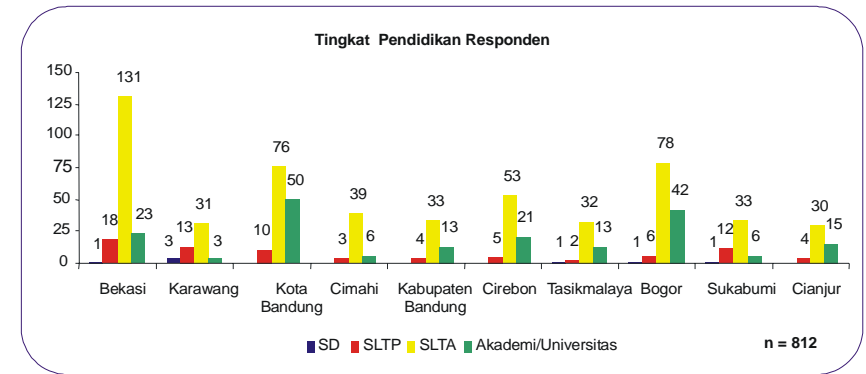
Kota/kabupaten tersebut adalah Karawang (57,69%), Kota Bandung (56,12%), dan Tasikmalaya(52%). Jenis pekerjaan mereka sangat beragam, antara lain pegawai swasta, pegawai negeri, pedagang, tukang parkir, petani, tukang ojek, pengamen, "pak ogah", dll

Pendidikan. Mayoritas responden (64,1%) menamatkan pendidikan (setingkat) SLTA. Sedangkan yang berpendidikan akademi/universitas 22,97% atau sebanyak 192 responden.

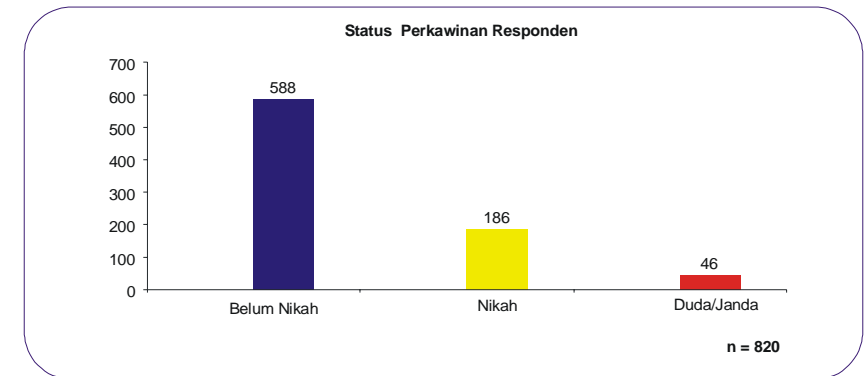


Jika responden yang berpendidikan setingkat akademi/universitas dinilai "terpelajar", maka penasun Kota Bandung dan Bogor merupakan responden paling terpelajar. Kurang-lebih sepertiga responden dari Kota Bandung dan Bogor berpendidikan setingkat akademi/universitas. Responden dari Karawang rupanya memiliki kesempatan bersekolah yang

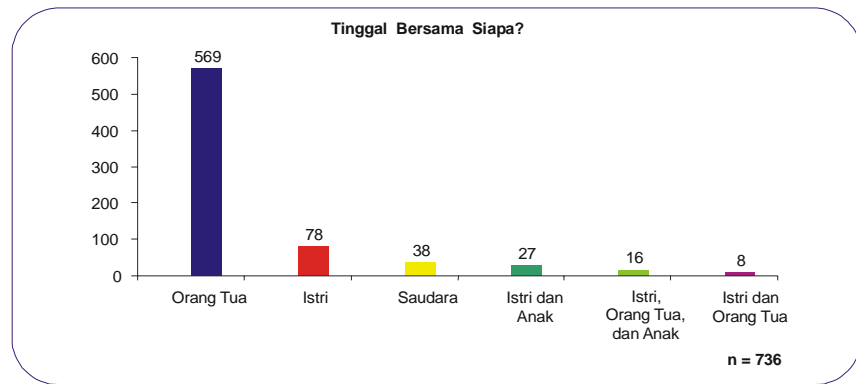
lebih singkat dibandingkan responden di 9 kota lainnya. 30% responden dari Karawang bersekolah setingkat SLTP dan SD.



Status perkawinan. Kebanyakan responden atau sebanyak 588 orang (70,33%) belum menikah. Gambaran sedikit berbeda ditemukan di Kabupaten Bandung. Meskipun rata-rata responden Kabupaten Bandung kurang lebih berusia sebaya dengan responden di kota lain, responden yang menikah (atau pernah menikah) lebih banyak ditemukan di Kabupaten Bandung. Rupanya penasun Kabupaten Bandung menikah lebih cepat dibandingkan responden kota lainnya.



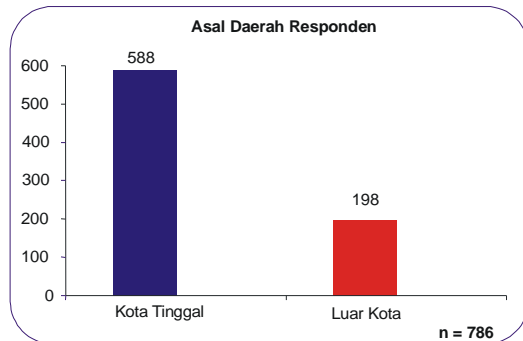
Rumah yang menjadi tempat tinggal penasun. Mayoritas responden (73,68%) mengaku masih tinggal serumah dengan orang tuanya, sedangkan sisanya tinggal bersama suami/istri/anak, dengan saudara, kost, dll.



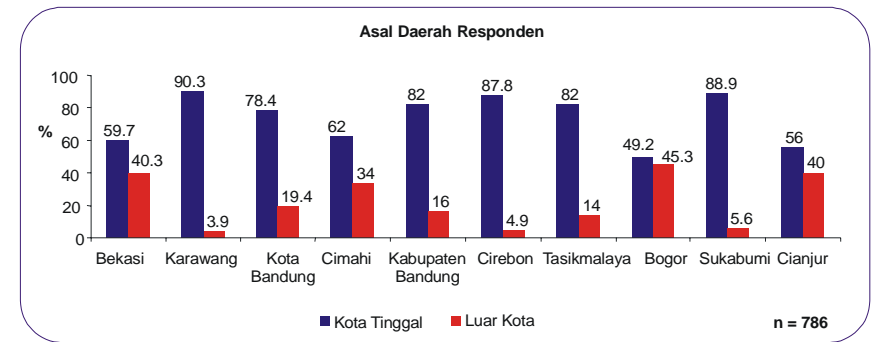
Daerah asal. Mayoritas responden berasal dari (atau merupakan penduduk asli di), kota di mana mereka sekarang tinggal. Ada 588 responden atau 70.3% yang merupakan penduduk asli. Sisanya, sebanyak 198 responden mengaku sebagai pendatang.

Hal ini terutama menyolok di Karawang (90,38%) dan Sukabumi (88,89%). Pengecualian ditemukan di Bogor, Cianjur, dan Bekasi. Hanya separuh penasun Bogor yang mengaku berasal dari kota ini.

Sekitar 40% penasun Bekasi berasal dari berbagai kota di Indonesia, kebanyakan berasal dari Jakarta. Di Bogor dan Bekasi pendatang dari Jakarta dan luar Jabar relatif banyak. Sedangkan para pendatang dari Cianjur umumnya berasal dari daerah Jabar juga, antara lain Bogor, Garut, dll.

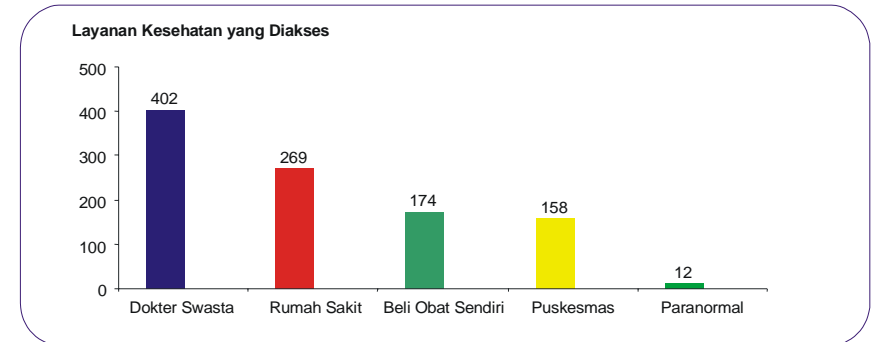


Gambaran di atas agaknya sejajar dengan ciri demografik dari lima kota yang disebutkan di atas. Tasikmalaya dan Sukabumi berpenduduk lebih homogen. Sementara Bogor, Bekasi, dan Cianjur merupakan kota perlintasan. Sedangkan Bogor dan Bekasi merupakan dua kota perlintasan yang berdekatan dan berbatasan dengan Jakarta; dengan mobilitas penduduk yang cepat. RSRA ini juga mencatat, sebagian penasun Bekasi adalah warga kompleks perumahan nasional (perumnas) korban penggusuran dari Jakarta.



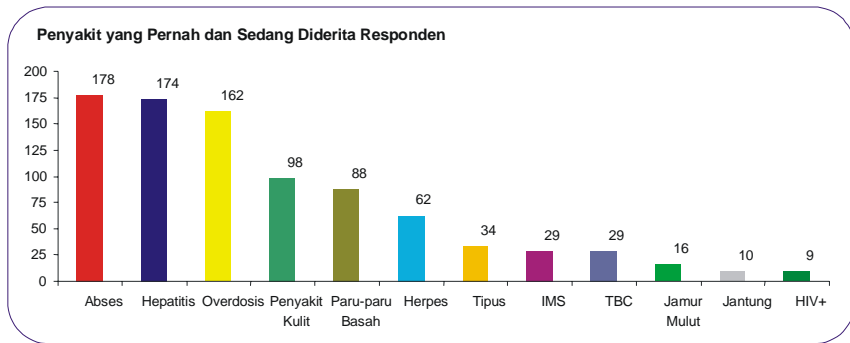
Jika kembali ke pertanyaan di atas, siapakah penasun gerangan? jawaban ringkas dan sederhana dari RSRA adalah sebagai berikut: umumnya mereka adalah pemuda lajang, 20-30 tahun, tamatan SMA, setengahnya belum/tidak bekerja dan masih tinggal dengan orangtua.

Akses ke lembaga-lembaga kesehatan. Layanan kesehatan apa yang responden manfaatkan ketika mereka sakit? Jawabannya cukup bervariasi. Puskesmas relatif tidak banyak diakses oleh responden. Hanya 158 responden (11%) yang memanfaatkan puskesmas sebagai tempat berobat. Yang lainnya, 402 responden (32%) menjawab pergi ke dokter; 269 responden (21%) ke Rumah Sakit, 174 responden (12%) beli obat sendiri.



* Responden dapat memilih lebih dari satu jawaban

Penyakit yang (pernah dan sedang) diderita. Responden mengaku bahwa mereka pernah dan/atau sedang menderita berbagai penyakit. Jenis-jenis penyakit dimaksud adalah abses (20%), hepatitis (20%), overdosis (18%), dan sisanya antara lain penyakit kulit, paru-paru basah IMS, herpes, jamur kulit, dll. Sedangkan, penderita HIV hanya 1% atau 9 orang.

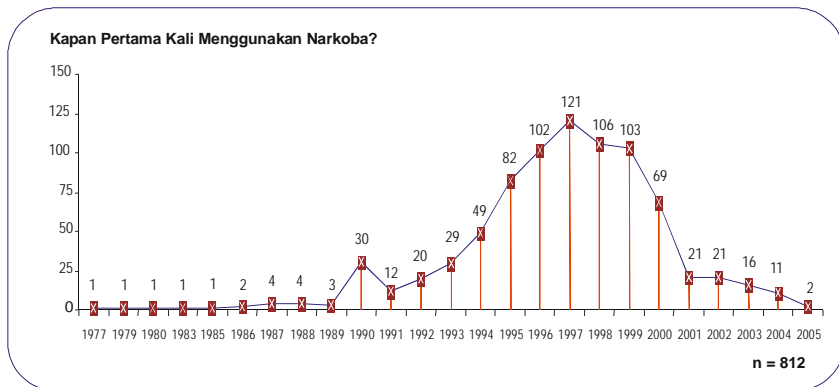


* Responden dapat memilih lebih dari satu jawaban

Namun, ada catatan. Bahwa jumlah responden penderita HIV sangat kecil, yakni 9 orang, kemungkinan karena sebagian besar responden mengaku belum dites HIV (663 atau 79% responden mengaku belum pernah dites HIV) dan sebagian besar dari mereka pun sangat tertutup untuk penyakit HIV yang dideritanya.

3.2. Penggunaan Narkoba

Pertama kali menggunakan narkoba. Jumlah terbanyak responden yang menggunakan narkoba untuk pertama kalinya adalah antara tahun 1996-1999. Artinya, dihitung dari usia responden saat ini, percobaan pertama dengan narkoba dilakukan ketika mereka berumur antara 15-22 tahun. Kira-kira ketika mereka duduk di kelas 3 SMP, saat duduk di bangku SMU, sampai awal masuk perguruan tinggi.



Semenjak SMA kelas 1 saya sudah pakai. Pertama memang nyimeng. Terus minum, obat. Dari yang saya baca, cimeng merupakan jembatan emas. Memang saya rasain sendiri. Dari cimeng itu kemudian berkembang ke apa saja. **(R, 25 Tahun, Laki-laki, Kota Z)**

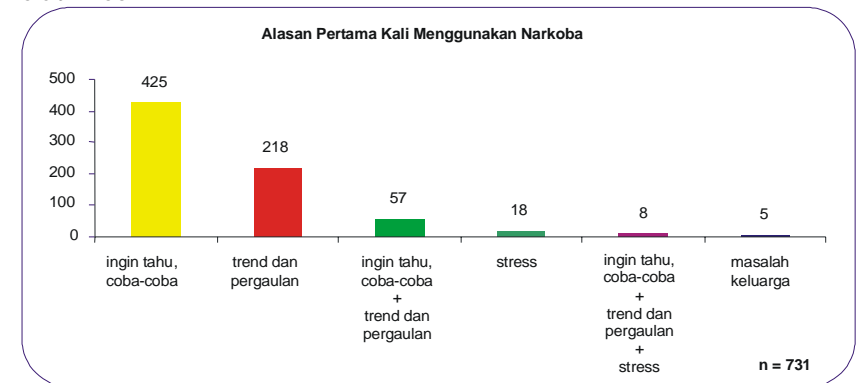
Pada mulanya saya minum. Masih sekolah, SMA sekitar tahun 1985-1986-an lah. Pada mulanya ikut-ikutan aja, gaul, minum-minum ikut teman. Mulai ke drug, tahun 1997, mulai dengan putaw. Tapi itu sifatnya baru drag-drag aja (dibakar), belum sampai disuntik. Mulanya beralih, ya itu tadi, main-main sama teman, temen punya barang baru, nyobain, akhirnya teman-teman juga pindahnya ke putaw, terus berlanjut sampai sekarang.

(T, 36 Tahun, Laki-laki, Kota Z)

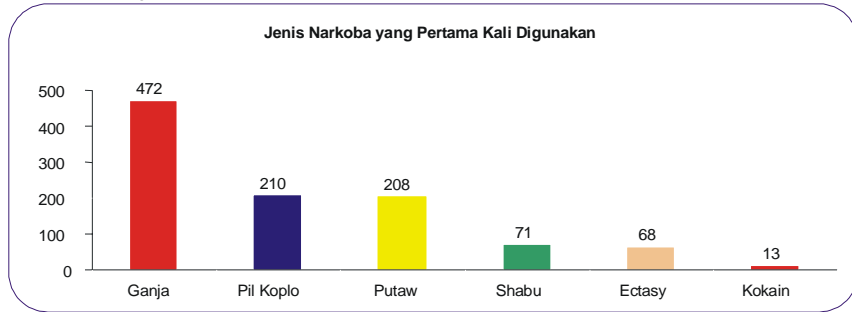
Namun, ada juga responden yang telah menggunakan narkoba sejak kelas 5 SD atau ketika berusia sekitar 10-12 tahun.

Gua pertama tuh minum sejak kelas 5 SD. Baru mau ngingek SMP, gua udah nyandu ama yang namanya obat-obatan. Koplo, Valium, ama petty dream. Nah, dari situ gua terus, ngingek ke kayak cimeng. Cuman yang gua sampe sekarang gak begitu seneng cimeng. **(E, 30 tahun, Laki-laki, Kota XY)**

Alasan menggunakan narkoba. Mengapa mulai menggunakan narkoba? Jawaban terbanyak adalah karena ingin coba-coba (penasaran, atau ingin tahu rasanya) dan karena ajakan teman dan keinginan untuk mengikuti trend di lingkungan pergaulan. Sebagian dari mereka menyebut alasan lain, misalnya masalah keluarga. Namun, jumlah jawaban terakhir relatif kecil.



Jenis narkoba yang pertama kali digunakan. Sebelum mengawali perjalanan panjangnya dengan putaw, sebagian besar responden telah mengenal ganja dan pil koplo. Ada beberapa alasan yang membuat para responden memilih ganja dan pil koplo, antara lain adalah murah, diproduksi secara lokal, banyak tersedia, tidak terlalu besar resiko hukum dan sosialnya.



* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Pada mulanya saya minum. Masih sekolah, SMA sekitar tahun 1985 - 1986-an lah. Pada mulanya ikut-ikut aja, gaul, minum-minum ikut teman. Mulai ke drug, tahun 1997, mulai dengan putaw. Tapi itu sifatnya baru drag-drag aja (dibakar), belum sampai disuntik. Mulanya beralih, ya itu tadi, main-main sama teman, temen punya barang baru, nyobain, akhirnya teman-teman juga pindahnya ke putaw, terus berlanjut sampai sekarang. **(E, 35 tahun, Laki-laki, Kota Z)**

Hanya sekitar 10% responden yang mengaku menggunakan putaw pada saat pertama kali menggunakan narkoba. Sebagian besar responden yang langsung menggunakan putaw menyatakan bahwa mereka memulainya dengan ngedreg (dibakar). Selanjutnya, beralih ke suntik. Sebagian kecil saja yang memulainya langsung ke suntik.

Tanggal 5 mei 95. Langsung putaw. Ngedreg dulu. Setelah itu, semuanya kali ya, cimeng, ineks, shabu banyak. Yang paling favourit putaw. Pertama kali (nyuntik) 16 februari 96. Masalahnya kejadian yang baru dalam hidup saya. Saya inget semua, tanggal, ya harinya.. **(M, Perempuan, 26 tahun, Kota X)**

Kalau dulu itu pertama kalinya didreg, dibakar, cuman karena kalau didreg kan banyak ya, tapi kalau disuntik kan cuman perlu sedikit tapi cepet naik. Itu enam bulan dari pertama kali saya pakai, pas kelas 3 SMP itu. **(T, Laki-laki, 26 tahun, Kota Y)**

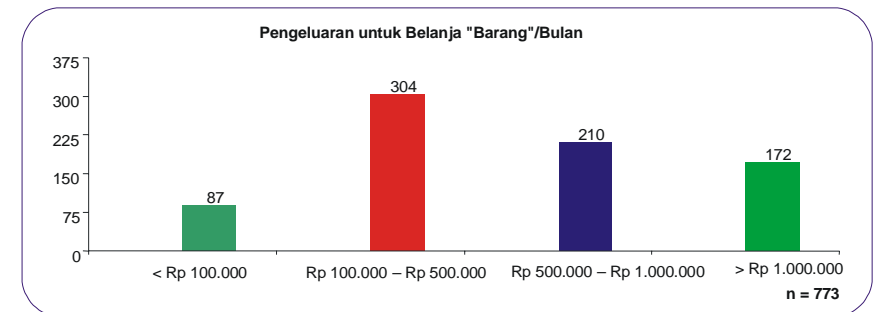
Tempat-tempat untuk mendapatkan narkoba Untuk kawasan Bandung dan sekitarnya, narkoba dapat dibeli di beberapa tempat di bilangan Bandung Utara dan Bandung Tengah—beberapa di antaranya merupakan kompleks kepolisian/militer— yang juga melayani pembeli yang berasal dari Kabupaten Bandung dan Cimahi.

Selain menyebut beberapa titik penjualan lokal, responden dari kota Bogor, Bekasi, Karawang, dan Sukabumi membeli narkoba di Jakarta. Yakni, di kawasan Cawang dan Kampung Bali. Dua tempat yang memang diketahui luas sebagai pusat penjualan narkoba.

Karena di mata hukum perdagangan narkoba adalah tindakan ilegal, pembelian narkoba harus dilakukan secara sembunyi-sembunyi, dengan penuh kehati-hatian. Oleh karena itu, di dunia narkoba suntik berkembang penggunaan bahasa rahasia. Bahasa sandi yang hanya digunakan di kalangan terbatas, yakni konsumen dan penjual (bandar dan kurir mobil yang memberikan layanan antar).

Meskipun sumber datanya sedikit dan kurang meyakinkan, ada indikasi harga termurah narkoba suntik jenis putaw dapat diperoleh di Bekasi. Semakin menjauhi Jakarta, harganya sedikit menjadi lebih mahal. Harga putaw (yang dilaporkan berkualitas baik) di Bekasi adalah Rp 50-78 ribu/paket. Di Bandung harganya lebih mahal, Rp. 100-126 ribu; dan di Tasikmalaya harganya melonjak hingga Rp.150 ribu/paket.

Jumlah uang yang dikeluarkan per bulan untuk mengkonsumsi narkoba. Ada uang, ada barang. Begitulah kurang-lebih. Lalu, berapa banyak responden membelanjakan uang untuk membeli narkoba? Jawaban terbanyak adalah antara Rp100 ribu sampai Rp. 500 ribu per bulan.



Besar kemungkinan responden yang pengeluarannya/bulan untuk narkoba di bawah Rp 100.000 serta antara Rp 100.000 – Rp 500.000 lebih rentan terjangkit penyakit menular, termasuk HIV. Mereka diduga kuat akan jauh lebih sering menggunakan narkoba secara berkelompok (agar bisa patungan, lebih irit) dan berbagi jarum suntik. Dalam konteks ini, Karawang dan Bekasi merupakan daerah yang tingkat resikonya paling tinggi.

Dibandingkan delapan kota lainnya, responden di Bogor dan Bandung mengeluarkan uang dalam jumlah paling besar. Sebanyak 46,1% responden kota Bogor dan 37,4% responden kota Bandung membelanjakan uang lebih dari Rp 1.000.000 untuk membeli narkoba. Jika dibuat hitungan kasar, pengeluaran seluruh responden untuk pembelian narkoba dapat mencapai angka Rp 5.542.700.000 per bulan.

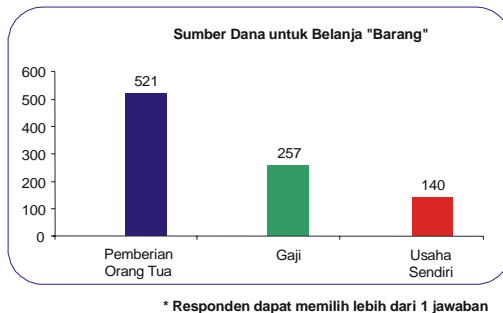
Tabel. Pengeluaran Belanja "Barang"/Bulan di 10 Wilayah

KOTA/KABUPATEN	PENGELUARAN UNTUK BELANJA "BARANG" /BULAN			
	< Rp 100.000	Rp 100.000- Rp 500.000	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	> Rp 1.000.000
Bekasi	17	81	64	17
Kerawang	10	33	6	
Kota Bandung	15	39	27	52
Cimahi	1	26	12	7
Kabupaten Bandung	8	12	20	6
Cirebon	12	32	17	15
Tasikmalaya	7	26	9	6
Bogor	7	27	31	59
Sukabumi	4	13	24	10
Cianjur	6	11	-	-

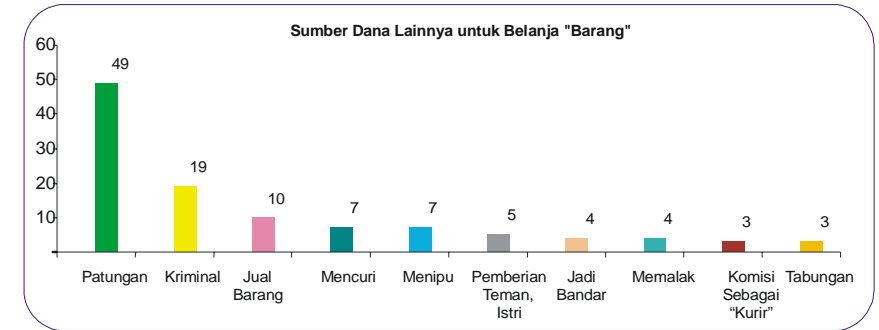
n=773

Lalu, bagaimana para responden membiayai kebutuhannya akan narkoba?

Mengingat separuh dari mereka tidak memiliki penghasilan (atau masih pelajar dan mahasiswa), sebagian besar dari mereka mengandalkan uang (saku) pemberian orangtua. Bahkan sebagian responden yang sudah bekerja pun, 158 orang, membeli narkoba dengan uang subsidi pembelian orangtua.



Sebagian kecil responden lainnya (16,75%) melakukan berbagai aktivitas mencari uang untuk membeli narkoba. Dari mulai berdagang, menjadi juru parkir, tukang ojeg, menjual barang-barang di rumah, hingga mencuri, menipu, memalak, menjadi kurir pengantar "barang", bahkan menjadi bandar.



Saya cari uang sudah susah. Saya narik becak buat ngehidupin anak-istri.... Dari hasil ngebecak aja saya masih berani buat beli itu. Kenapa tidak? Badan saya yang minta. Sama teman sering patungan karena kita seprofesi, sama-sama tukang becak. (A, Laki-laki, Kota RX)

Begitu ganggur malah yang di rumah saya incar-incar yang bisa saya dijual. Mini kompo dulu yang pertama. Terus TV sampai habis-habisan di rumah... Setiap ada orang yang kenal saya mintain uang. Saya paksa-paksa dikit gitu lah buat pake. (A, Laki-laki, Kota XY)

kebetulan gua banyak kasus ampe kasus terakhir gua gadain, yah properti milik orang tua. Sampai nangis-nangis akhirnya gua diusir... (E, 30 Tahun, Laki-laki, Kota V)

Waktu saya jual dulu itu, dari situ saya bisa tahu kalau yang datang ke saya itu banyak sekali. Sehari itu bisa 15-20 orang ke saya setiap harinya. Kalau saya kan kesebutnya BD pemakai. Jadi keuntungan saya sih, bisa pakai gratis saja tiap hari. Yang penting saya bisa beli lagi, besoknya saya juga bisa pake, gitu saja terus. Jadi nggak ada itu untung-untung bisa beli motor, beli mobil. Kalau yang nggak make, yang saya tahu memang sukses,

itu pun kalau dianya nggak ditangkap polisi. **(T, 36 Tahun, Laki-laki, Kota Z)**

Pada tahap awal menggunakan narkoba, biasanya para bandar memberikan secara cuma-cuma sampai pemakaian antara 1-4 minggu. Selanjutnya, setelah mulai muncul "ketergantungan", para bandar akan mempersilakan untuk mencari dan membeli sendiri.

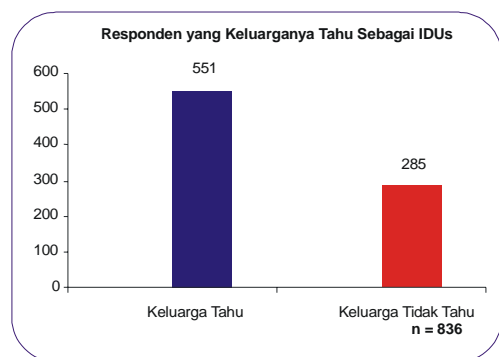
Selain membeli sendiri, para penasun juga mengenal istilah "tukar badan" sebagai suatu cara untuk pengadaan barang. Istilah ini terutama untuk kalangan penasun perempuan. Tentunya, hanya penasun perempuan tertentu saja yang melakukannya.

...Yang dialami saya diminta junkie perempuan. Ya, kita kasih aja dan perempuan itu juga mau aja. Karena biasa. Dia juga suka tukaran. Jual diri ditukar dengan apa yang dia butuhkan. Misalnya, si perempuan butuh putau, ya tukar dengan dirinya itu. Gitu, lho. **(R, 25 Tahun, Laki-laki, Kota Z)**

Pihak orang tua sangat mungkin mengetahui bahwa pemberiannya digunakan untuk membeli narkoba. Bahkan, menurut pengakuan beberapa responden, tidak sedikit orang tua penasun yang "sengaja memasok" khusus untuk belanja barang. Temuan menunjukkan bahwa 551 orang responden menyatakan keluarganya tahu mereka adalah IDUs. Temuan ini diperkuat dengan pernyataan 222 responden yang mengakui memiliki keluarga dekat sesama IDUs sebanyak 427 orang.

Bagaimana reaksi orang tua menyaksikan anaknya menggunakan narkoba? Hampir semua keluarga menunjukkan reaksi yang hampir sama ketika pertama kali mengetahui. Perasaan takut, sedih, khawatir, kecewa, dan marah bercampur-beraduk yang muncul dalam waktu bersamaan.

Apa yang terjadi sehingga keluarga bisa mengetahui? Sebanyak 43 responden



(7,8%) mengutarakan karena berterus terang pada keluarga. Namun, sebagian besar responden mengatakan karena "ketahuan", tertangkap tangan.

Aku ketahuan waktu aku ...ceritanya kan pura-pura ke kamar kecil, aku bingung cari tempat. Di luar hujan. Aku sudah gemetar. aku lari ke kamar mandi. Kamar mandiku itu nggak terlalu tertutup. Di wc sambil duduk, aku make. Istriku curiga, 'Koq, lama banget? Lagi ngapain?'. Dia nggak ngomong dulu. Nggak manggil lagi ngapain tapi langsung ngeliat aja. Dia langsung nangis. Terus laporan ke ibuku. Akhirnya, semua jadi tahu, nyebar, sampai ke keluarga kakak-kakakku.

(T, Laki-laki, Kota Z)

Kalo keluarga, mulai dari ibu saya, sampai isteri saya, bahkan anak saya pernah lihat. 'Kenapa ayah kok disuntik?' Tanya anak saya. 'Ayah sakit,' kata saya. 'Kok, bukan sama dokter?' 'Ya udah, ayah kan (bisa seperti) dokter,' jawab saya.

(A, Laki-laki, Kota RX)

Mereka pertama kali tahu gue pake dari guru gue waktu masih SMA itu. Guru gue itu yang laporan. Tahun 1996-97 itu gue ngebronk banget sih. Keadaannya juga cuex banget. Biasanya gue make di mobil di depan sekolah, gitu. Jadi kalo ada guru-guru lewat, cuex aja. Dulu itu gue pikir, guru yang lewat itu nggak tahu kita lagi ngapain. Dulu itu belum ada kan penyuluhan-penyuluhan narkoba kayak gitu kan. Dulu sih gue mikirnya gitu. Eh, tahunya gurunya pinter. Waktu orang tua gue tahu itu, ya meledaklah mereka. **(N, 25 tahun, Perempuan, Kota RX)**

Kenapa Keluarga Bisa Tahu?	Jumlah	%
ketahuan	156	28.31%
ketahuan, sewaktu pakaw	85	15.43%
tingkah laku	58	10.53%
bicara terus terang	43	7.80%
ketahuan, membawa/menyimpan jarum suntik	22	3.99%
ditangkap polisi	19	3.45%
ketahuan, OD	15	2.72%
ada yang bilang	14	2.54%

ketahuan, sakaw	13	2.36%
sama-sama pemakai	13	2.36%
ada bekas luka	10	1.81%
orangtua curiga, suka jual barang	9	1.63%
ada yang bilang/teman	7	1.27%
ada yang bilang/tetangga	6	1.09%
sering mabuk	2	0.36%
sudah lama tahu	2	0.36%
ada yang bilang/istri	2	0.36%
orangtua curiga, minta uang terus	2	0.36%
perubahan fisik	2	0.36%
bebas pakau dirumah	1	0.18%
test urine	1	0.18%
ada yang bilang/adik	1	0.18%
banyak kasus	1	0.18%
bareng make	1	0.18%
ada yang bilang/mantan istri	1	0.18%
tingkah laku, ada yang bilang/teman	1	0.18%
dari dokter	1	0.18%
ketahuan, di sekolah	1	0.18%
tingkah laku, ada bekas luka	1	0.18%
tingkah laku, drop out dari sekolah	1	0.18%
ketahuan, sewaktu detox	1	0.18%
sering sakit	1	0.18%
orangtua curiga, sering ambil uang	1	0.18%
Dengan sendirinya tahu	1	0.18%
TIDAK MENJELASKAN	56	10.16%
Total	551	100.00%

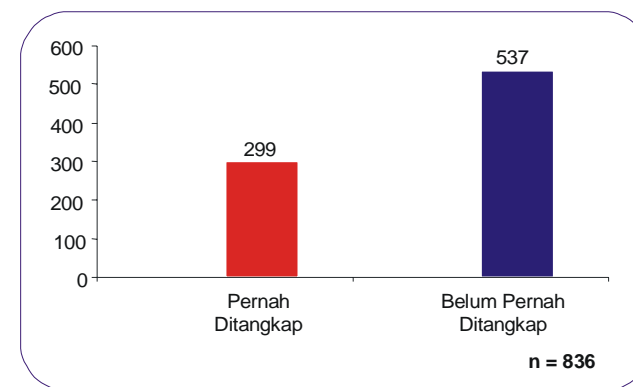
Sejumlah responden menuturkan bahwa seiring dengan waktu—yang di dalamnya ditandai dengan ketegangan dan konflik— tercipta suatu jarak bahkan hingga memisahkan antara dirinya dan keluarga. Padahal, di sisi lain, daya dukung keluarga termasuk faktor yang cukup menentukan dalam upaya-upaya pemulihan. Hal tersebut dinyatakan oleh banyak responden sebagaimana akan dikupas pada bagian berikutnya temuan lapangan ini. Beberapa responden juga menyampaikan bahwa situasi di atas—ketegangan dan konflik, relasi yang asing dan berjarak hingga keterpisahan dengan keluarga— tidak terjadi pada keluarga yang orang tuanya sesama IDUs atau pasangan suami-istri sesama pengguna narkoba.

Dari pengamatan lapangan, kehadiran LSM kemudian mengisi ruang atau jarak antara responden dan keluarganya. Namun, ada indikasi telah terjadi

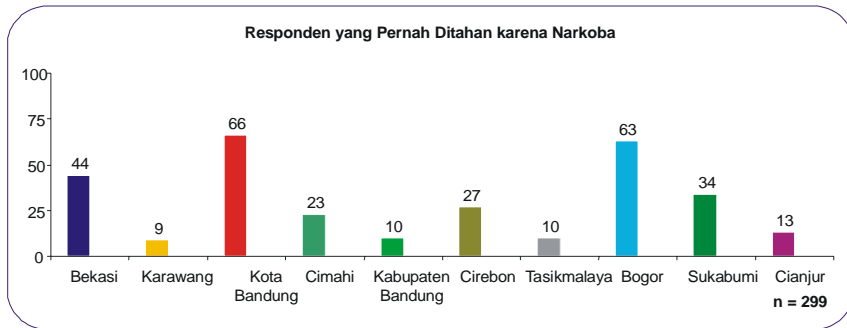
suatu relasi ketergantungan dari IDUs terhadap LSMnya. Suatu relasi yang terbentuk secara alamiah, namun tanpa disadari telah “mengambil alih” peran dan fungsi keluarga. Sayangnya, RSRA ini tidak memiliki data yang memadai untuk mengembangkan suatu analisis terhadap hal tersebut, antara lain:

- § Kegiatan apa saja yang dilakukan oleh LSM sebagai upaya meningkatkan pemahaman keluarga tentang IDUs serta sekaligus mendekatkan IDUs dengan keluarga atau setidaknya memperpendek jarak antara keduanya?
- § Apakah hal itu terjadi terutama karena kapasitas P.O sebagai pihak yang secara langsung berhubungan dengan IDUs? Kapasitas PO tentu akan sangat bergantung pula pada design peningkatan kapasitas yang dikembangkan LSM terhadap yang bersangkutan. Sehingga penting untuk menelaah peningkatan kapasitas yang selama ini dilakukan.

Berurusan dengan Polisi. Karena sifatnya yang ilegal, maka masuk akal jika sebagian responden pernah ditangkap polisi. Secara keseluruhan, 299 responden (35,77%) pernah berurusan dengan polisi karena masalah kepemilikan/ penggunaan narkoba. Ada yang hanya dimintai keterangan selama beberapa jam lalu dilepaskan, ada pula yang harus menjalani proses pemberkasan hingga penghukuman.



Prosentase penangkapan terutama menonjol di Sukabumi, disusul Bogor, kota Bandung, Cimahi, dan Cirebon. Hampir 63% responden Sukabumi pernah berurusan dengan polisi. Sementara responden di Karawang rupanya paling jarang ditangkap polisi.

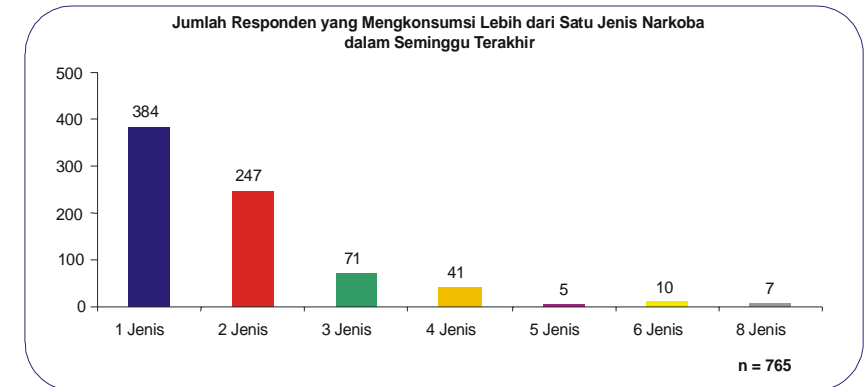


Lebih dari 50% IDU yang ditangkap tidak sampai diproses di pengadilan. 134 orang hanya ditahan kurang dari 60 hari. Artinya, ia mendapatkan kebebasan berkat hak diskresi polisi atau hak diversifikasi. 9 orang bebas berkat hak diversifikasi (<110 hari). Secara normatif, kedua instansi tersebut berhak membebaskan seseorang apabila tidak dapat dibuktikan telah melakukan tindak pidana atau dibebaskan untuk kepentingan umum. Data olah menunjukkan bahwa polisi atau jaksa yang bertugas di Bandung, Cirebon, Cimahi, dan Sukabumi terbanyak menggunakan hak-haknya untuk menangkap dan menahan IDU di bawah 60-110 hari.

Tabel. Lama penahanan Sesuai Pengaturan Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana

INSTANSI	LAMA PENAHANAN (HARI)	PERPANJANGAN PENAHANAN (HARI)
Polisi	20	40
Jaksa	20	30
Pengadilan	30	60
PT	30	60
MA	50	60

Jenis-jenis narkoba lainnya yang digunakan Selain memakai putaw, sebagian responden dalam seminggu terakhir menggunakan narkoba jenis lainnya. 46% menyatakan hanya memakai putaw, tetapi sebanyak 45,50% mengaku menggunakan dua hingga delapan jenis narkoba lain. Responden yang mengaku menggunakan narkoba selain putaw sebagian besar berasal dari Bandung dan Bogor. Jenis-jenis narkoba dimaksud (di luar putaw) antara lain adalah alkohol, ganja/marijuana, shabu, ecstasy, dan subutex.



Responden menuturkan, hal yang jarang sekali dilakukan oleh penasun adalah mengonsumsi putaw dan shabu-shabu dalam waktu yang berdekatan. Hal itu karena efek yang didapatnya sangat kontradiktif. Putaw bersifat depresan, sedangkan shabu-shabu bersifat stimulan. Karenanya, jarang sekali ditemukan responden pengguna putaw yang sekaligus juga pengguna shabu-shabu.

Hampir semua responden pengguna putaw akan menghindari pemakaian putaw setelah mereka mengonsumsi pil koplo. Menurut pengalaman sebagian besar responden, hampir semua kasus OD adalah karena mengonsumsi putaw setelah sebelumnya mengonsumsi pil koplo. Dalam bahasa mereka, terbang ke bulannya memang cepat, tapi kemungkinan besar akan lewat.

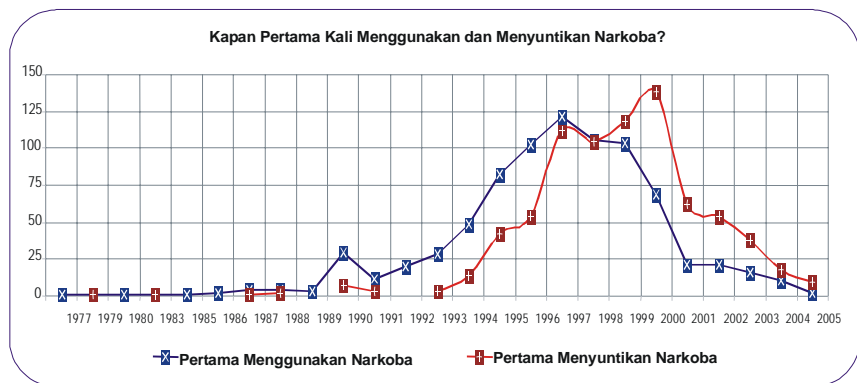
Memang kalau sudah pake obat yang lain seperti lexotan atau pil koplo itulah, terus pake putaw, itu efeknya lebih cepet. Lebih luar biasa. Sebelum pake putaw makan pil koplo itu. 2 butir ajalah jangan banyak-banyak. Lalu pake putaw. Itu efeknya lebih cepet. Bisa nyampe bulannya berapa detik. itu pun kalau bisa balik lagi. Kalau nggak bisa balik lagi, bisa tetep tinggal di bulan. Efeknya ngeri. sampai sekarang saya belum pernah nyobain. Takut, nggak balik lagi. Orang yang OD itu nggak pernah OD karena murni putaw saja. Kalau sudah pake yang lain, putawnya dikit aja, bisa lewat. Dibilang OD juga sebenarnya bukan OD, tapi keracunan. Gagal jantung, katanya, setelah diperiksa jantung. Obat-obat itu lebih memacu.

(T, Laki-laki, 36 Tahun, Kota RX)

Menurut para responden, pilihan untuk mengkonsumsi jenis narkoba tertentu bisa dibiling "cocok-cocokan" dengan karakter si junkie-nya itu sendiri. Putaw yang bersifat depresan akan cocok bagi orang yang introvert sedangkan shabu-shabu yang bersifat stimulan akan cocok bagi orang yang karakternya ekstrovert.

3.3 Penggunaan Narkoba Suntik

Pertama kali menggunakan narkoba suntik. Sebagian besar responden pertama kali menggunakan narkoba (bukan narkoba suntik) terutama pada kurun waktu 1996-1999, maka sebagian besar dari mereka menggunakan narkoba suntik mulai pada kurun waktu 1999-2000. Ada rentang waktu yang cukup lama (2-3 tahun) antara menggunakan narkoba jenis lain dengan narkoba suntik. Misalnya, responden yang menggunakan narkoba pada tahun 1977 kemudian menggunakan narkoba suntik pada tahun 1979.



Sebagian besar responden pertama kali menggunakan narkoba di kota tinggalnya. Semua kota/kabupaten menunjukkan pola itu. Hanya responden Cimahi dan Kabupaten Bandung yang menyatakan mereka mencoba-coba memakai narkoba suntik di luar kota tinggalnya, yakni di Kota Bandung. Selain Bandung, Jakarta diakui oleh sejumlah responden sebagai tempat saat pertama kali menyuntikkan narkoba.

TAHUN	PERTAMA MENGGUNAKAN NARKOBA	PERTAMA MENYUNTIKAN NARKOBA
1977	1	
1979	1	1
1980	1	
1983	1	1
1985	1	
1986	2	
1987	4	1
1988	4	2
1989	3	
1990	30	7
1991	12	3
1992	20	
1993	29	3
1994	49	14
1995	82	42
1996	102	54
1997	121	112
1998	106	105
1999	103	118
2000	69	138
2001	21	62
2002	21	54
2003	16	38
2005	2	10
n	812	728

Mengapa kurun waktu 1999-2000 merupakan tahun bagi para responden mulai menyuntikkan narkoba? Tidak mudah untuk mendapatkan jawaban gamblang. Dihubungkan dengan konteks yang lebih besar, yakni situasi ekonomi politik saat itu, patut pula diduga bahwa mengendurnya pengawasan polisi (yang mengarahkan perhatiannya untuk memulihkan keresahan sosial di berbagai tempat) memudahkan peredaran dan penggunaan narkoba.

Sebagian wawancara lapangan mengatakan bahwa pada tahun-tahun tersebut pasar narkoba dibanjiri dengan putaw dalam bentuk paket hemat, dengan harga yang lebih terjangkau. Penjelasan lainnya bahwa di tahun-tahun tersebut harga putaw melesat naik. Para pemakai kemudian mengubah cara memakai putaw dari hisap beralih ke menyuntik.

Sebagian responden juga mengakui bahwa bahwa beberapa tahun belakangan ini mereka cukup mengalami kesulitan memperoleh barang. Responden juga menuturkan bahwa tidak jarang mesti ke luar kota untuk memperoleh barang menutup sakawnya.

Kalau dulu itu gampang, banyak lah. Di daerah sini juga bisa gampang didapat. Di depan rumah saya itu ada, di

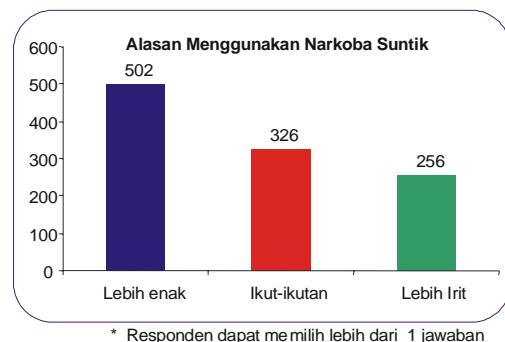
belakang ada, di mana-mana ada lah. Relatif lebih gampang dibandingkan sekarang. Dulu itu, sekitar tahun 1998 s.d. 2001 itu mudah sekali, bisa 24 jam saya dapatin barang. **(B, 30 tahun, laki-laki, Kota Z)**

Kalau gue mau pakau ya sekarang ini gue ke kota X dulu karena di sinir gue nggak tahu. Kalau dulu sih, waktu masih banyak, ya gue sih di mana aja, asal ada BR. Sekarang sih udah susah ya cari BR di sini. Dulu sih gampang. Gue nggak tahu kenapa sekarang BR susah. **(N, 25 Tahun, Perempuan, Kota V)**

Di kota-kota tertentu, rumusan “ada uang, ada barang” bahkan sudah tidak berlaku. Para bandar lebih menutup diri dan hanya menjual pada orang-orang yang berada di “lingkaran kepercayaannya” saja.

Sekarang ini dapet barang nggak segampang dulu. Asal ada uang bisa langsung terima barang. Harus kenal atau lewat perantara. Kalau saya bukan dari kelompoknya, saya nggak akan bisa tembus, nggak akan dikasih. Harus saling percaya dulu. Karena bisa begini, kalau sekali-duakali beli, terus beli-beli, tapi pas beli lagi nggak dikasih, itu bisa dilaporkan. Kalau sewaktu-waktu di junky ini dicomot aparat, si bandar itu bisa dilaporkan sama dia. Istilahnya itu tuker kepala. Biasanya si junky yang ditangkap itu akan diintimidasi dan diminta kalau dia nggak kasih nama bandar, atau nggak ngejebak orang, dia nggak bakal dilepas. Kalau dia sudah ngasih nama bandar 1 atau 2 orang, baru dia bisa pulang. Begitu. **(T, 36 Tahun, Laki-laki, Kota Y)**

Alasan menggunakan narkoba suntik. Ada beberapa faktor yang mendorong para responden beralih pada narkoba suntik. Para responden mengemukakan bahwa “lebih enak” (60.05%) dan “lebih irit” (30.62%) merupakan daya pikat putaw sehingga mereka mencoba dan memilihnya.



* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Terutama untuk daerah Bandung dan Bogor yang memiliki daya beli lebih baik, alasan “lebih irit” tampaknya lebih masuk akal untuk pemakai yang telah memiliki jam terbang cukup panjang (bukan pemula). Mereka beralih ke cara menyuntik untuk mendapatkan efek yang lebih kuat dengan pemakaian zat yang lebih sedikit.

Mulai nyuntik tahun 1997 juga. Karena didrag itu boros, ya kemudian disuntikkan. Lebih irit juga soalnya. Terus lebih cepet naeknya juga. Kalau didrag itu mesti gede juga modalnya. Kalau drag itu sugesnya lebih parah. Lebih lama lagi sakawnya kalau didrag. Kalau disuntik itu, ngilangin wakas itu paling-paling 3 hari atau seminggu. **(T, 26 tahun, Laki-laki, Kota XY)**

Awalnya sih ngedrag. Terus, ngga punya duit sama sekali. Cuma 20 ribu..beli sepaket. Mau ngedrag gimana? Paling cuma cucau. Dari 150 ribu sekarang cuma 20 ribu. Lebih irit. Nah, di situ akhirnya terbiasa. Minta orang nyuntikin. Akhirnya, terbiasa nyuntik sendiri. Keterusan... **(F, 28 tahun, Laki-laki, Kota RX)**

Pada pertengahan 1998, kami mulai dikenalkan barang baru, yaitu putau. Langsung kami bertiga memutuskan untuk mencoba putau. Pada waktu itu, masih murah sekali. Rp 10.000, bisa buat bertiga. Nah ini baru enak. Lebih enak rasanya. Selamat tinggal magadon dan vodka. Kami diberi tahu, kalau dengan dihisap putauanya harus banyak. Tapi kalau disuntik, hemat dan efeknya langsung berasa. **(R, 25 tahun, Laki-laki, Kota ZR)**

Sebagian responden mengatakan pula bahwa kali pertama mereka menggunakan narkoba suntik lebih karena “ikut-ikutan” (39%). Alasan ‘ikut-ikutan’, terutama menonjol di Cianjur, Karawang, dan Cirebon.

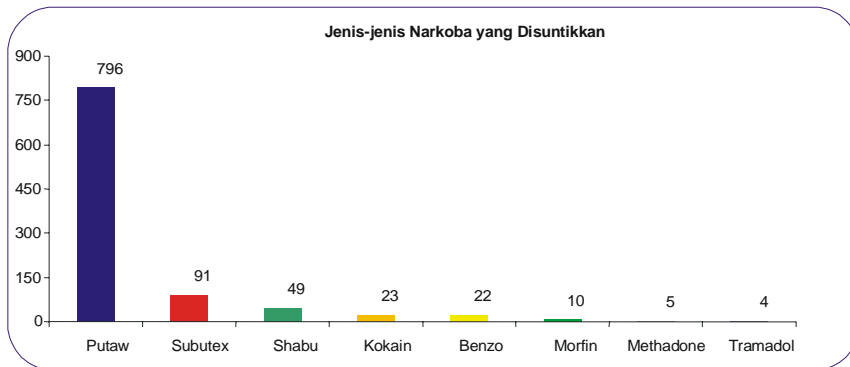
Dikasih sih, gua dikasih nyobain. Gimana, ya, teman gua dah make terus gua ngga make. Gua disuruh make. Gua bilang ngga mau sampe tiga kali. Tiga kali tiga selama tiga hari. Hari pertama, hari kedua, hari ketiga...akhirnya udahlah sekali aja. Gua pake juga. Dah itu gua kapok sebenarnya. Ngga mau. reaksi pertama kan kayak begitu. Jeleklah. Tapi kesini-sininya nawarin lagi. Gua ngga mau tapi gua nyoba. Dah ngga papa deh sekali lagi, enak. Akhirnya gua nyari sendiri. **(T, Laki-laki, Kota X)**

Tabel. Alasan menggunakan narkoba suntik

KOTA/KABUPATEN	ALASAN MENGGUNAKAN NARKOBA SUNTIK		
	LEBIH FNAK	LEBIH IRIT	IKUT-IKUTAN
Bekasi	115	39	67
Karawang	16	12	33
Kota Bandung	96	41	40
Cimahi	29	24	13
Kabupaten Bandung	35	27	10
Cirebon	46	26	51
Tasikmalaya	27	9	29
Bogor	84	55	27
Sukabumi	35	20	19
Cianjur	19	3	37

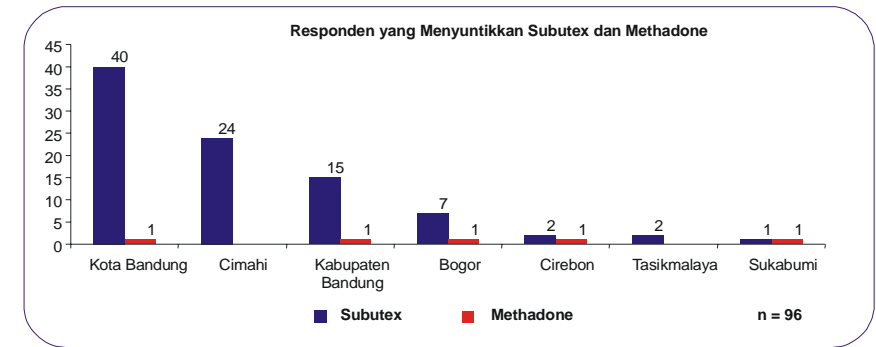
Catatan: Responden dapat memberikan lebih dari satu jawaban.

Jenis narkoba yang (pernah) disuntikkan. Selain menyuntikan putaw, responden juga menyuntikan narkoba jenis lainnya. Jenis terbanyak narkoba yang disuntikkan adalah putaw, shabu-shabu. Ada pula yang menyuntikan kokain, benzo, tramadol, dan morfin/codein namun jumlahnya relatif sedikit.



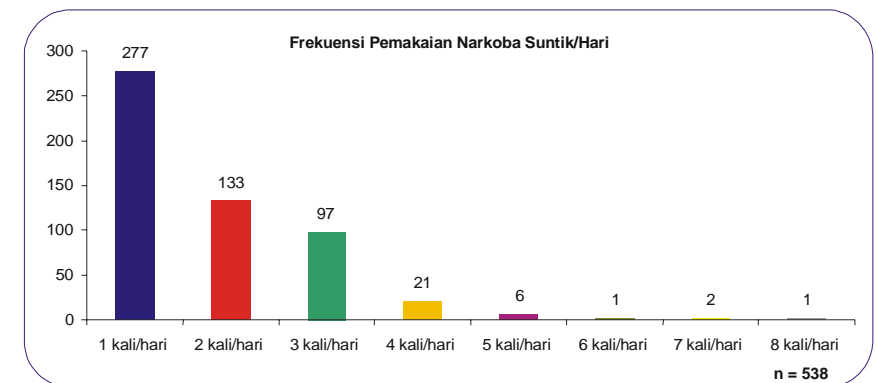
* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

RSRA ini juga menemukan 91 orang responden yang menyuntikkan subutex dan 5 orang yang menyuntikkan metadhone. Umumnya penyuntik subutex berasal dari kota Bandung, Cimahi, dan kabupaten Bandung. Dari Bogor, tujuh orang menyatakan dirinya menyuntikkan subutex. Sebagaimana diketahui, subutex merupakan substitusi oral dari putaw, agar pemakai narkoba mengubah cara pemakaian dari menyuntik ke pemakaian oral. Diduga, mereka 'menyalah gunakan' subutex yang diperoleh dari Klinik Teratai, Rumah Sakit Hasan Sadikin, Bandung.



Ada 5 responden menjawab menyuntikkan juga methadone. Mereka berasal dari Sukabumi, Cirebon, Bogor, Kabupaten Bandung, dan Kota Bandung. Besar kemungkinan mereka memperolehnya dari "pasar gelap". Methadone yang yang bisa disuntikkan berbentuk tablet dan tidak beredar di Indonesia; Methadone yang boleh beredar di Indonesia berupa sirup dan tidak bisa disuntikkan. Sayangnya, tidak tersedia data lapangan yang lebih rinci tentang hal itu.

Frekuensi pemakaian narkoba suntik. Tidak mudah untuk mendapatkan informasi mengenai frekuensi pemakaian putaw/hari. Dari 836 responden, hanya 538 orang (65%) yang memberikan jawaban terhadap pertanyaan tentang frekuensi pemakaian narkoba. Dari mereka yang memberikan jawaban, sepertiganya (30%) mengaku menggunakan putaw sekali dalam sehari; 60% mengaku menggunakan putaw 1-3 kali sehari. 10% lagi lebih dari 3 kali sehari. Bahkan ada 1 orang responden yang menyatakan bahwa ia sampai 8 kali sehari).



Jika dilihat perkota/kabupaten, frekuensi yang paling tinggi ditemukan di kota Bandung dan Bogor. Tampaknya temuan ini konsisten dengan temuan sebelumnya. Yaitu, responden yang berasal dari 2 kota tersebut mengeluarkan uang paling banyak untuk membeli narkoba.

Tabel. Frekuensi Penggunaan Putaw/Hari di 10 Wilayah

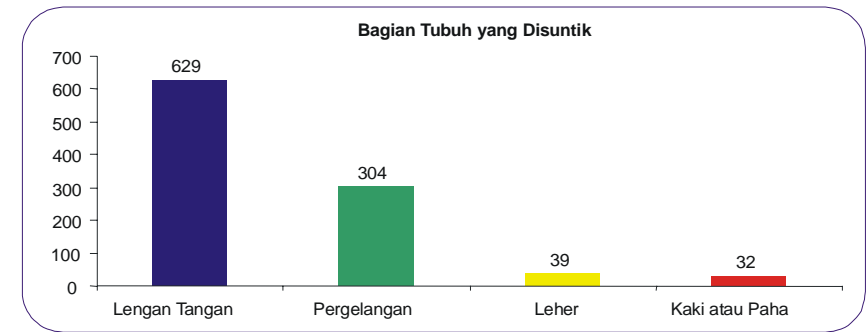
KOTA/KABUPATEN	FREKUENSI PENGGUNAAN PUTAW/HARI							
	1X	2X	3X	4X	5X	6X	7X	8X
Bekasi	79	32	14	7	2		1	
Karawang	14	17	5					
Kota Bandung	41	12	21	4	2			
Cimahi	18	9						
Kabupaten Bandung	8	7	14	3				
Cirebon	60	22	10					
Tasikmalaya	15	8	27					
Bogor	16	23		7	2	1	1	1
Sukabumi	16	3	5					

n = 538

Namun, patut menjadi catatan, sebagian responden menyatakan bahwa frekuensi pemakaian/hari bergantung pada ketersediaan uang untuk membeli narkoba (putaw). Jika mereka sedang memiliki uang cukup banyak, maka pemakaiannya pun jadi relatif lebih sering.

Tergantung, gua kadang dikasih, kadang beli. Jadi ngga bisa targetin segini-segini sehari. Kalau ada duit gua beli gede. Kalau ngga ada duit gua beli kecil atau kalau ngga patungan beli bareng. Jadi ngga target sehari mesti segini. Yang pasti targetnya besok mesti dapat karena memang butuh. Kebutuhan badan. Jadi bukan buat mabok sih. Sebenarnya kebutuhan badan doang. Awalnya mungkin iya buat mabok, tapi kan kesininya, duh sakit, badan yang minta. **(T, Laki-laki, Kota X)**

Bagian tubuh yang disuntik. Mayoritas penasun menyuntikkan jarum di lengan atau dekat pergelangan tangan. Bisa dipastikan bahwa mereka yang masih "bertangan bagus" akan memilih tangan untuk cucaw. Masih "bertangan bagus" berhubungan dengan jam terbang dalam per-cucawan. Bisa dikenali dari pembuluh darah intra vena yang terlihat menonjol di sepanjang pergelangan hingga lengan tangan. Biasanya, untuk mereka yang telah lama tidak menggunakan, 1 titik bisa untuk 2-3 kali. Selebihnya, terkena abses.



* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Bagian tubuh mana lagi yang biasa menjadi pintu bagi masuknya putaw? Para penasun yang telah kehilangan tangan bagusnya akan memilih bagian tubuh lainnya. Biasanya kaki, paha, leher. Para penasun ini mengatakan bahwa mereka perlu "didokterin", perlu bantuan orang lain untuk menyuntikkannya. Oleh karena itu, kebutuhan mereka untuk menyuntik bersama teman menjadi demikian tinggi. Bahkan, tak bisa tidak. Jumlah responden yang menyuntikkan putaw di leher sebanyak 39 orang. Responden yang di kaki atau paha sebanyak 18 orang. Mereka yang menyuntik di leher seluruhnya berasal dari kota Bandung.

Tabel. Bagian Tubuh yang Disuntik

KOTA/KABUPATEN	BAGIAN TUBUH YANG DISUNTIK			
	LANGAN TANGAN	TANGAN DEKAT PERGELANGAN	LEHER	KAKI ATAU PAHA
Bekasi	119	68		3
Karawang	36	13		1
Kota Bandung	112	39	39	6
Cimahi	40	26		6
Kabupaten Bandung	30	21		1
Cirebon	69	40		1
Tasikmalaya	42	17		3
Bogor	103	55		8
Sukabumi	37	23		3

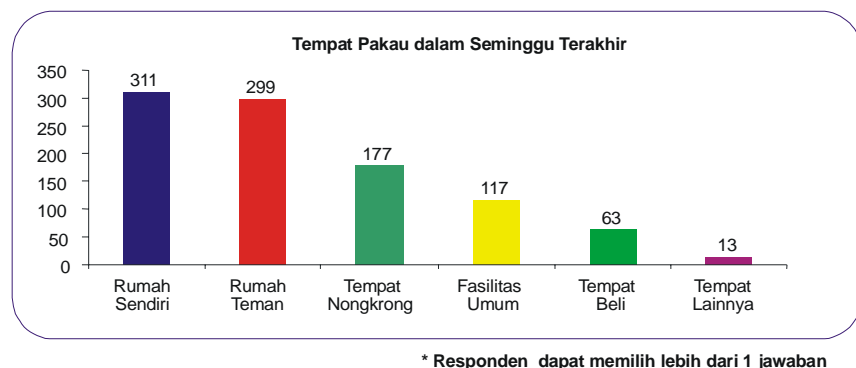
Catatan : Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Jarum suntik juga akan meninggalkan jejaknya. Membekas. Hingga menjadi salah satu ciri identitas penasun. Namun, ciri itu hanya untuk mereka yang berjenis kelamin laki-laki. Bagaimana dengan penasun perempuan? Penasun perempuan tidak bisa dikenali dari jejak-jejak jarum suntik di anggota tubuhnya.

Hanya beberapa hari saja ada bekasnya. Setelah itu hilang. Jadi bisa lebih rapihlah. **(I, Perempuan, Kota X)**

Kalaupun mau dibantu, saya pegang: kamu mau make dimana. Saya biar disini aja biar kelihatan. Biar kelihatan pemake jadi gampang kalo beli-beli. kalo bokul jadi liat dari tangan. Kalau saya make ngacak. Ada di tangan kiri, kanan. **(A, Laki-laki, Kota Y)**

Tempat (lokasi) untuk menyuntik. Mayoritas responden (48,69%) mengaku bahwa rumah, baik rumah sendiri maupun rumah teman, merupakan tempat untuk menyuntik. Sementara 11% menyuntik di tempat mereka biasa berkumpul atau “tempat tongkrongan” — yang boleh jadi juga merupakan rumah tinggal. Hanya 11,349% yang mengaku menyuntik di tempat-tempat terbuka, fasilitas umum, dan tempat pembelian narkoba.



Yang penting “aman dan nyaman” nampaknya menjadi suatu kecenderungan umum bagi para penasun dalam memilih dan menentukan tempat-tempat favorit mereka untuk menyuntik. Namun, pada situasi demikian “mendesak”, misalnya sakaw, pertimbangan “kenyamanan” bukan merupakan suatu prioritas. Para penasun bisa menyuntik dimana saja dengan catatan: ‘selagi aman, kenapa tidak?’

Kadang saya make di kebon orang, di lapangan bola, di wu umum, di rumah. Yang paling sering make di rumah. Pokoknya ditempat-tempat yang dianggap sepi, rumah kosong, gang-gang kosong. Ngga boleh lihat tempat nganggur. Itu sudah ngga lihat sikon lagi kalau lagi wakas. **(A, Laki-laki, Kota Y)**

Ya, takut ketangkep juga sih, jadinya saya milih pakai nggak di sembarang tempat. Maen rapi lah, cari tempat yang aman. Ya entah ke kamar mandi dulu, itu juga aman. Kalau di sembarang tempat nggak deh. Soalnya resikonya gede. Dulu sih saya sempat ke gap juga,tapi nggak ketangkep. Lari-lari gitu, sampai ke atap, terus sembunyi. Sempat jadi TO juga dulu saya itu. **(T, 26 tahun, Laki-laki, Kota X)**

Baru tadi saya nyuntik. Tadi pagi, bangun tidur, terus ngopi, kebetulan ada temen datang, terus ada juga adik, ngajakin. “Siapa yang mau berangkat?” Akhirnya saya yang berangkat sama adik saya. Saya beli di sana, terus saya make di bis. Bis kosong, nggak ada penumpang. Saya juga lihat-lihat dulu lah kondisinya, kalau bisnya penuh, rame, saya juga nggak akan berani. Berdua kan, satu baca koran, satu pake, entar gantian **(B, 30 tahun, Laki-laki, Kota Z)**.

Terdapat indikasi bahwa pada dekade 1990-2000 para penasun juga menggunakan ruang-ruang publik sebagai tempat favourite mereka untuk berbelanja “barang” sekaligus menyuntik. Di Kota Bandung dan Sukabumi, misalnya, tempat favourite para penasun pernah terkonsentrasi di pusat perbelanjaan (mall) bahkan di WC umum. Cerita yang beredar di kalangan penasun menunjukkan bahwa rasa aman dan nyaman menyuntik di ruang-ruang publik tersebut diperoleh karena adanya semacam jaminan dari oknum aparat keamanan. Sedangkan para penasun di suatu kawasan Kabupaten Bandung lebih memilih halaman dan jalan di rumah seorang bandar besar. Rasa aman dan nyaman juga diperoleh berkat adanya jaminan dari oknum aparat keamanan.

98 asli turun ke jalan. Wah marak-marak banget, sangat terbuka, marak.. yang namanya nyuntik di jalan itu masih banyak gua temuin disini. Pada berani mereka... Gua juga..

Ya, dari segala komunitas. Anak junkie rumahan juga. Yah, berhubung (bahan) adanya di jalan. Yang pada megangnya anak jalan,jadi dia turun ke jalan buat ngambil bahan terus pake. Dia paling kelayaban bentar... pada balik. Tradisi begitu masih bertahan ampe era taun 2000lah. **(E, 30 tahun, Laki-laki, Kota XY)**

Tapi lebih asik dulu, pada jaman dulu saya masih sekolah, pakai jarum suntik dengan putau dimana aja tempatnya. Kadang di gang-gang atau di WC-WC umum, di jalanan, tetapi yang anehnya jarang ada kawan tertangkap. Tetapi sekarang, walaupun jarang pakai dan ngumpet kita pakainya tetap ketahuan. Dan sekarang di sini lagi banyak yang ditangkap-tangkapin. Jadi saya sekarang lagi takut, nih. **(R, 26 tahun, Laki-laki, Kota Y)**

Apakah pilihan-pilihan tempat favourit untuk menyuntik juga pergeseran yang menggiring para penasun dari ruang-ruang publik menuju rumah-rumah sangat dipengaruhi oleh tingkat represi aparat keamanan terhadap narkoba? Temuan lapangan menunjukkan bahwa di kota-kota yang respondennya lebih banyak berurusan dengan polisi atau pernah ditangkap **(lihat bagan responden yang pernah ditangkap karena narkoba)** ternyata lebih memilih rumah sebagai tempat mereka menyuntik.

Paling sedikit separuh dari para responden —terutama yang berasal dari kabupaten Bandung Tasikmalaya, dan Cimahi— adalah ‘junkies rumahan.’ Menyuntik di tempat ‘tongkrongan’ terutama terjadi di Bekasi dan Cirebon. Sedangkan, jawaban ‘menyuntik di tempat beli’ lebih banyak muncul dari responden Cianjur dan Karawang. Menyuntik narkoba di tempat umum tampaknya tidak lazim; hanya sedikit ditemukan di Bogor dan Sukabumi.

Tabel. Tempat Pakau dalam Seminggu Terakhir

KOTA/KABUPATEN	TEMPAT PAKAU SEMINGGU TERAKHIR				
	RUMAH SENDIRI	RUMAH TEMAN	TEMPAT NONGKRONG	FASILITAS UMUM	TEMPAT BELI
Bekasi	78	53	56	24	7
Karawang	11	23	5	5	9
Kota Bandung	58	47	29	25	5
Cimahi	21	19	6	6	2
Kabupaten Bandung	22	27	12	5	6
Cirebon	24	36	25	10	1
Tasikmalaya	18	28	9	1	2
Bogor	61	37	20	27	11
Sukabumi	11	9	3	11	6
Cianjur	7	20	12	3	14

Catatan : Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

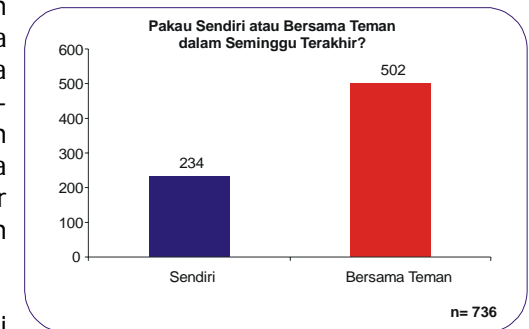
Karena menyuntik kebanyakan dilakukan di rumah, maka tidak mengherankan bila anggota keluarga tahu bahwa mereka pengguna

narkoba suntik. Dua pertiga responden mengatakan bahwa keluarga mereka tahu bahwa mereka menggunakan narkoba suntik. Lihat bagan responden yang keluarganya tahu sebagai IDUs

Iya, makanya saya pikir daripada saya make diluar, dirumah aja boleh kan. Orang tua biasa aja, tapi yang namanya orang tua. Marah tapi lama-lama ngga marah banget. Dimarahin malah tambah jadi. Akhirnya semau saya aja. Saya ya begini-begini, dia cuek aja. **(I, 24 Tahun, Laki-laki, Kota X)**

Kebiasaan menyuntik narkoba: sendiri atau bersama teman?

60,05% penasun menyatakan bahwa menyuntik biasanya bersama teman. Umumnya dengan 2-4 orang teman. Jawaban tertinggi adalah bersama tujuh orang teman. Hampir semua kota memperlihatkan pola jawaban serupa.

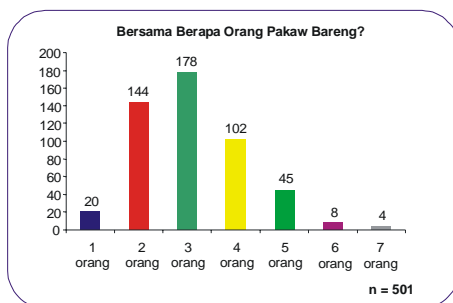


Responden juga memiliki “teman tetap” menyuntik. Sesama penasun yang telah mereka kenal dengan baik. Siapakah “teman tetap” itu? Ada kecenderungan bahwa teman tetap itu berangkat dari basis sosial yang sama.

- Mereka bisa berasal dari satu pergaulan yang sama. Yakni:
- § Teman satu kampung
 - § Teman pekerjaan, teman sekolah,
 - § Pasangan (pacar atau suami/istri).
 - § Saudara dekat; adik, kakak, kerabat— mengingat sebanyak 222 responden (26,55%) memiliki saudara/kerabat yang juga pengguna narkoba suntik.
 - § Teman satu bandar, sama-sama membeli dari seorang bandar.

“Rasa aman dan nyaman” nampaknya menjadi faktor utama bagi responden dalam memilih dan menentukan teman tetap. Suatu proses saling cocok dan percaya yang boleh jadi membutuhkan interaksi cukup panjang. Beberapa responden juga mengakui bahwa mereka lebih cenderung berhati-hati memilih dan menentukan teman pakawnya. Tidak bisa dengan sembarang orang juga sembarang tempat.

Meski lebih bersifat insidental, perjumpaan dengan teman lama pun seringkali ditandai dengan "reuni" menyuntik bersama. Selain itu, beberapa responden lainnya tetap membuka diri untuk menyuntik bersama kenalan baru.



Kalau saya, cenderung pakai sama sepupu saya, lebih dekat. Tapi untuk keluar-keluar untuk makai atau gimana itu, saya pilih-pilih. Karena ada saja kan yang mendatangkan bahaya, tahu-tahu, breg, gitu ada polisi gitu. Jadi gak asal-asal. Kalau ketemu sama teman-teman terus makai di mana saja, nggak gitu. Kecuali kalau ada teman-teman lama. **(E, 26 Tahun, Kota Y)**

Kalau gue dari dulu mainnya sama cowok gue terus. Ya, cowok gue itu yang biasanya nyariin BR. Gue sendiri lebih banyak taunya make. **(N, 25 Tahun, Perempuan, Kota V)**

Sama istri saya juga terlibat dengan narkoba. Dia make sabu, make ineks, make minum segala...Sampai sekarang juga sering bertengkarnya karena rebutan... **(A, Laki-laki, Kota XY)**

Bisa terbentuk gang karena satu tempat beli. Beli, saling kenal, kemudian make bareng. **(T, 36 tahun, Laki-laki, Kota X)**

Laki saya masih ngajakin make, pikirannya masih ada kesitu...

Saya tidak pernah gabung dengan kelompok lain. Kelompok saya ada 3 orang dan tidak pernah ganti-ganti. Tetapi kadang saya berdua dengan teman saya. Kita nggak pernah janji, karena tiap hari pasti main ke rumah. Rumah teman saya selalu sepi. Jadi, kita selalu cari tempat di rumah teman saya itu. Kami tetap bertiga dan ini kawan lama semua. Kalau gont-ganti teman saya

takut. Semakin banyak kawan nyuntik semakin rawan dan terancam. **(R, 25 tahun, Laki-laki, Kota ZR)**

Responden juga mengakui bahwa sekalipun mereka bersama-sama, rasa pakaw tetap menjadi kenikmatan sendiri-sendiri. Lalu, daya tarik apakah yang dimiliki oleh bersama-sama, sehingga mayoritas responden memilihnya?

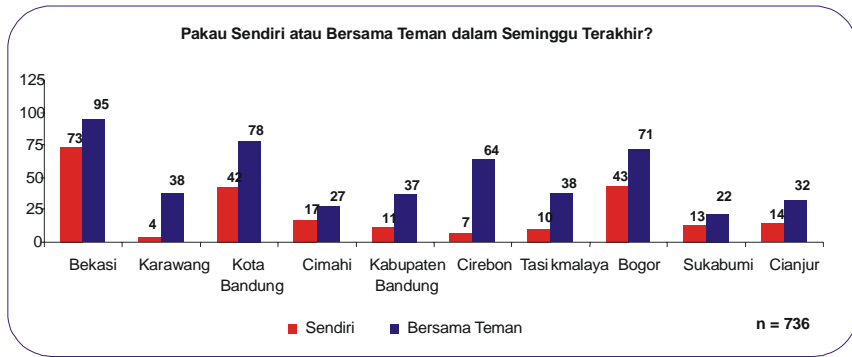
Nyuntik bareng itu ada solidarinya juga. Kalau kita datang terus cuma bawa BR-nya saja, nyuntiknya di mana (di tempat lain), itu biasanya nantinya dikucilkan. Kalau bareng-bareng kan kita juga jadi bisa tahu, kurangnya apa atau gimana. Nyuntiknya sendiri sih bisa aja masing-masing dengan jarum suntiknya sendiri-sendiri kalau memang ada. Yang penting ngumpulnya itu saja. Tapi seringnya, ya itu nunggu giliran, karena jarum suntiknya kurang. **(T, 26 tahun, Laki-laki, Kota X)**

Memang pada lebih senang make bareng daripada make sendiri. Atau paling nggak, ada temennya lah. Ada kesan tersendiri kalau make bareng. Ada beca-becandanya, ngelihat tingkahnya juga yang macem-macem, seru aja pokoknya. Ada yang terus garuk-garuk, malah kalau tidur pun garuk sih terus aja garuk-garuk. Ya, minimal 2 orang lah, ada temen, kalau sendiri biasanya kurang enak stopkulnya. Ngobrolnya juga sebenarnya nggak karuan. Tapi seru aja pokoknya. **(E, 35 tahun, Laki-laki, Kota Z)**

Rasa aman dan nyaman juga menjadi pertimbangan utama bagi responden yang cenderung menyuntik sendirian, meskipun dari perspektif yang berlainan.

Gue sih lebih senang sendirian. Kalau barengan itu suka ribet. Kalau sudah pedaw ada yang suka ngomong terus. Gue suka males sama orang yang gitu. Jadi gue lebih suka sendiri. **(N, 25 Tahun, Perempuan, Kota V)**

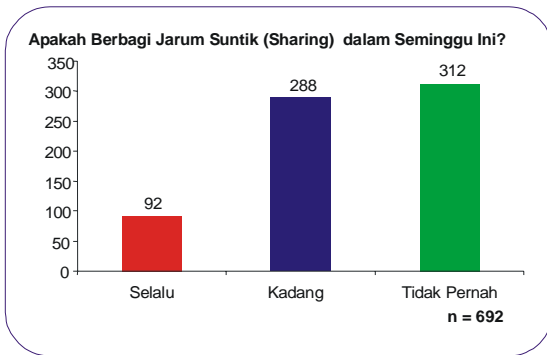
Mulai tahun 2003, saya nyuntik sendiri...Sama orang laen sih, nggak. Saya takut juga. **(B, 30 tahun, Laki-laki, Kota Z)**.



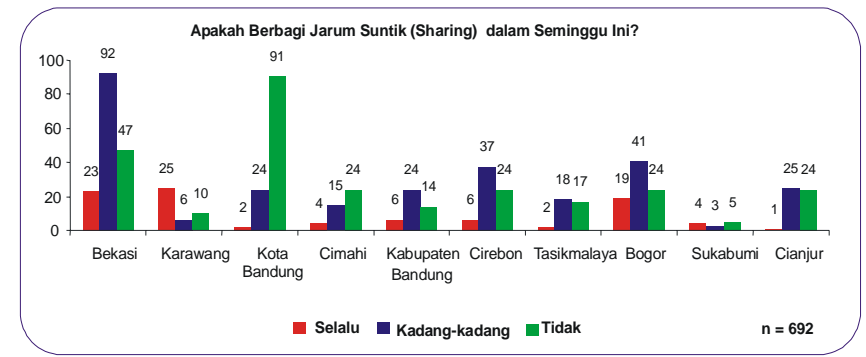
Dari temuan lapangan, beberapa kota menunjukkan kecenderungan yang cukup tinggi dalam “menyuntik bareng”. Terlihat terutama di Cirebon, Bandung, dan Karawang. Hal yang sebaliknya, kecenderungan untuk menggunakan narkoba sendirian ditemukan di Bekasi, Cimahi, Bogor, dan Bandung.

Berbagi Jarum dan Peralatan suntik.

Pertanyaan berikutnya yang diajukan terhadap responden, jika mereka menggunakan narkoba bersama teman, apakah mereka berbagi jarum dan peralatan suntik? Secara keseluruhan, sepertiganya



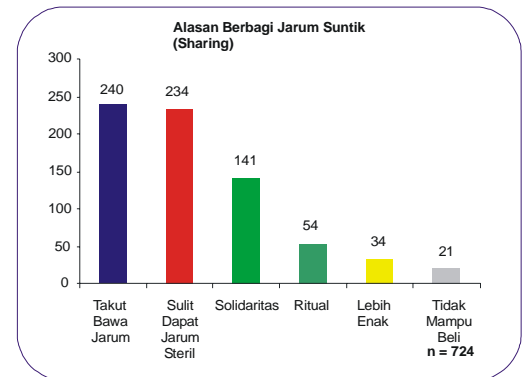
menyatakan dalam seminggu terakhir tidak berbagi jarum suntik. Jawaban seperti ini terutama datang dari responden Bandung, Cimahi, dan Cianjur. Sementara hampir separuhnya (46%) menyatakan berbagi jarum suntik. 11% di antaranya menyatakan “selalu berbagi”. Sisanya, atau sebesar 34,45% menyatakan “kadang-kadang berbagi” jarum suntik. Di dua kota, Bekasi dan Karawang, jawaban ‘selalu’ dan ‘kadang-kadang’ mencapai angka lebih dari 60%.



Benarkah hanya 46%? Angka ini tampaknya lebih rendah dari kenyataan, karena cukup banyak responden yang tidak memberikan jawaban (17,22%) untuk pertanyaan yang penting ini. Penggalan lebih dalam (dengan menanyakan cara berbagi dilakukan) ternyata mengkoreksi angka ini. Yakni, 651 responden (77,87%) kemudian menyatakan bahwa dalam seminggu terakhir mereka berbagi jarum suntik dengan *sharing* basah dan *sharing* kering.

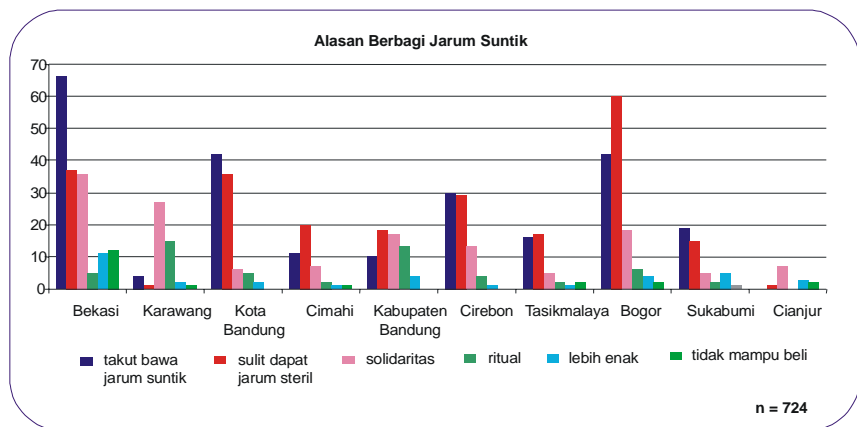
Alasan berbagi jarum suntik.

Mengapa berbagi jarum suntik? Agak sukar mendapatkan pola umum dari jawaban responden. Banyak responden memberikan beberapa macam jawaban. Dua alasan yang banyak disebut adalah takut membawa jarum suntik dan kesulitan untuk mendapatkan jarum suntik steril.



Alasan “takut membawa jarum suntik” banyak dikemukakan responden Cirebon, diikuti oleh Bekasi, Sukabumi, Bogor, Tasik, Kota Bandung. Jawaban ini sejajar dengan fakta banyaknya penasun di kota-kota tersebut yang pernah berurusan dengan polisi. Kesukaran mendapatkan jarum suntik dikeluhkan responden dari Bogor, Cirebon, dan Kabupaten Bandung. Rupanya pengguna narkoba suntik di Cirebon dan Bogor mengalami hambatan ganda; sehingga mereka berbagi jarum suntik. Sementara bagi penasun Karawang dan Kabupaten Bandung alasan yang bersifat sosial

lah, keinginan menikmati ritual dan solidaritas, yang mendorong mereka berbagi jarum suntik.



Tabel Alasan berbagi jarum suntik

Kota/Kabupaten	Alasan Berbagi Jarum Suntik					
	Takut Bawa Jarum Suntik	Sulit Dapat Jarum Steril	Solidaritas	Ritual	Lebih Enak	Tidak Mampu Beli
Bekasi	66	37	36	5	11	12
Karawang	4	1	27	15	2	1
Kota Bandung	42	36	6	5	2	
Cimahi	11	20	7	2	1	1
Kabupaten Bandung	10	18	17	13	4	
Cirebon	30	29	13	4	1	
Tasikmalaya	16	17	5	2	1	2
Bogor	42	60	18	6	4	2
Sukabumi	19	15	5	2	5	1
Cianjur		1	7		3	2

n = 724

Lalu, Apakah responden ketika sharing atau menyuntik sendiri menggunakan jarum baru atau jarum lama? Dari mana para responden memperoleh jarum suntik selama ini?

Beberapa responden di beberapa kota menuturkan bahwa tidak setiap sharing atau menyuntik sendiri mereka menggunakan jarum baru. Terkadang mereka juga menggunakan jarum lama. Beberapa responden bahkan sengaja menyimpan jarum lama sebagai persediaan. Tidak hanya

untuk dirinya, melainkan juga untuk teman ketika sewaktu-waktu datang meminjam atau memintanya.

Kadang yah kita pake juga kalo kepepet. Karetnya bisa kita akalin, pake minyak sayur, atau mentega biar lancar turun naiknya. Jarumnya kita asah. Rasanya beda sih yang baru sama yang ngga. Kalo baru mah ngga terasa sakitnya. Tapi kalau lama, tumpul, sakit kalau ditusukin. (T, Laki-laki, Kota X)

Pernah gua nyampe 12 orang. Itu pun juga (pakai) jarum yang udah tumpul yang warnanya item. Sudah tumpul. Mesti diasah dulu di batu. Selesai pakau, saya demam. Ya, karena jarumnya kotor... (E, 30 tahun, Laki-laki, Kota XY)

Gue bisa punya insul sebulan nggak ganti-ganti. Biar udah mintul (tumpul), terus sakit dipakenya, ya gue pake terus. Yang penting gue prepare satu, gitu. (N, 25 Tahun, Perempuan, Kota V)

Untuk kota-kota yang tidak terdapat NEP, apotik boleh jadi merupakan satu-satunya harapan para penasun memperoleh jarum suntik baru. Sebaliknya, di kota-kota yang di dalamnya terdapat NEP, selain di apotik, mereka juga bisa memperolehnya di puskesmas yang telah ditetapkan atau di LSM-LSM yang menjalankan program NEP tersebut.

Meski demikian, menurut responden, tidak semua apotik bisa melayani kebutuhan mereka terhadap jarum suntik. Hanya apotik tertentu. Itu pun untuk pembelian dengan jumlah yang sangat terbatas. Banyak apotik mengharuskan adanya surat keterangan dokter. Responden tertentu saja yang mempunyai akses dan kemampuan untuk memiliki surat keterangan dokter tersebut. Atau responden "menitipkan" pada kenalan mereka yang bekerja di apotik. Responden juga mengakui bahwa tidak jarang mereka "mengelabui" apotik ketika membeli jarum suntik dengan mengatakan itu untuk menyuntik ayam.

Sekalipun cukup tersedia di beberapa apotik, ada responden yang menyatakan bahwa terkadang tidak mampu membeli. Sehingga mereka kembali menggunakan jarum lama.

Kalo lagi ada duit mah kebeli... Insul 5000-an. Ada yang 2500-an. Yang paling murah yang sekali pake jarumnya langsung tumpul... Kadang ngga ada duit. Buat beli sendiri bisa, tapi ngga ada buat beli rokok. Ya, gua beli rokok. (T, Laki-laki, Kota X)

Sterilisasi jarum suntik dan alasan-alasannya. Jarum suntik adalah satu-satunya kendaraan yang memuat cairan putaw untuk diedarkan ke seluruh jaringan tubuh. Pada banyak kejadian, kendaraan itu (baca: jarum suntik) seringkali disusupi "para penumpang gelap" (baca: berbagai virus) yang hendak menyelundupkan diri ke dalam peredaran darah. Lantas, apakah para penasun melakukan sterilisasi jarum pada setiap kali akan menyuntik?

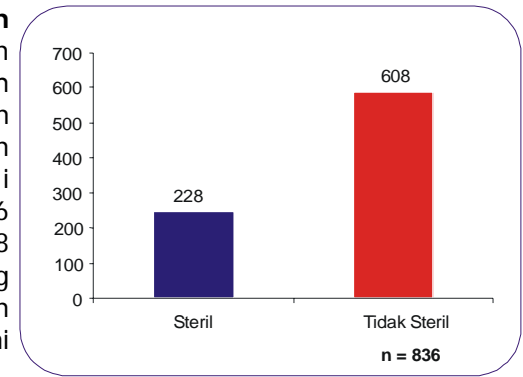
Sebagian besar mengaku melakukannya. Alasan yang dikemukakan oleh mereka adalah takut tertular/terinfeksi penyakit, agar tidak terinfeksi virus, termasuk HIV/AIDS. Namun, meski jumlahnya relatif sedikit, ditemukan juga jawaban yang semata-mata bersifat pragmatis. Antara lain, agar tidak mampet, jijik karena jarumnya kotor.

Kalau ngga ada yah saya minta air panas aja. Bukan takut HIV/AIDS, tapi karena suntikan itu kotor. Jadi tetap nyuci pake air mah sudah umum. (A, Laki-laki, Kota X)

Tabel. Alasan Melakukan Sterilisasi jarum suntik.

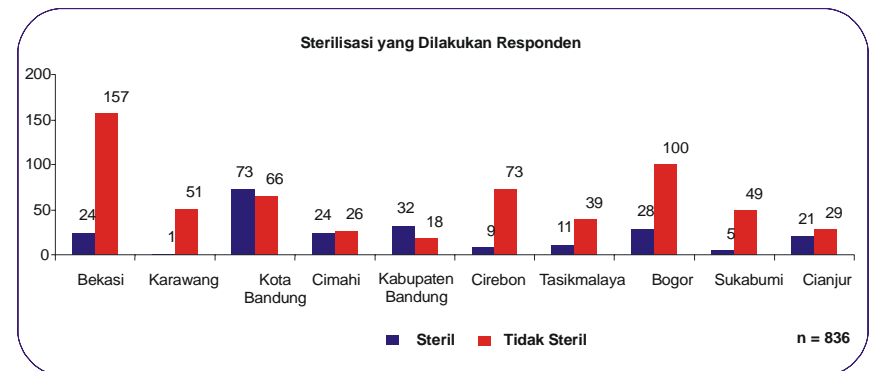
Alasan Melakukan Strerilisasi	Jumlah
takut kena/tertular penyakit	150
agar bersih	142
agar tidak terinveksi hiv	49
agar bersih dari kuman/virus	46
supaya tidak mampet/dapat digunakan lagi	33
supaya aman	25
Membersihkan sisa darah pada jarum suntik	19
biar steril	19
agar alat suntik tidak kotor, jijik	15
tindakan pencegahan/perindungan diri	14
menjaga kesehatan	10
agar terhindar dari penyakit	4
Keselamatan orang lain karena saya positif	2
agar tidak terkena infeksi	1
n/a	307
Total	836

Bahan yang digunakan untuk sterilisasi. Temuan cukup memprihatinkan adalah sedikitnya jumlah penasun yang mampu menyebutkan bahan-bahan sterilisasi dengan benar. Dari 836 responden, hanya 228 responden (30,73%) yang menyebutkan bahan-bahan sterilisasi dengan benar, yakni bleaching atau alkohol.

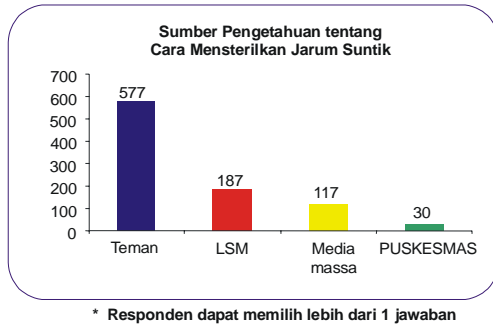


Sebagian besar responden hanya menggunakan aqua, air panas atau air biasa saja untuk sterilisasi. Keterangan ini mengindikasikan cukup banyak responden yang menduga telah melakukan sterilisasi, sehingga merasa bebas terinfeksi HIV, tapi salah mengerti tentang tata caranya. Pertanyaan yang kemudian muncul, apakah situasi tersebut menunjukkan banyak responden telah terjangkit HIV/AIDS tanpa mereka mengetahuinya? Terlebih hanya sebagian kecil saja responden yang telah memeriksakan diri melalui test HIV/AIDS.

Dari bagan di bawah, terlihat lebih banyak responden dari Bandung dan sekitarnya yang paham cara melakukan sterilisasi dibandingkan responden dari kota lainnya. Kuat dugaan bahwa hal itu karena kota Bandung bisa dibilang paling banyak mendapatkan program intervensi. Sedangkan untuk responden Kota Cimahi dan Kabupaten Bandung, data olahan menunjukkan bahwa mereka adalah "dampungan" atau pernah terlibat dalam program-program intervensi yang diselenggarakan LSM di Kota Bandung.



Sumber informasi tentang sterilisasi jarum suntik. Mengapa banyak jawaban yang keliru tentang cara mensterilkan jarum suntik? Kemungkinan karena informasi tentang cara sterilisasi kebanyakan diperoleh dari teman sesama pengguna. Boleh jadi informasi yang diberikan tidak lengkap atau keliru. Selain teman, sumber informasi yang lain adalah LSM — terutama pada penasun dari Bandung dan sekitarnya— serta media massa.

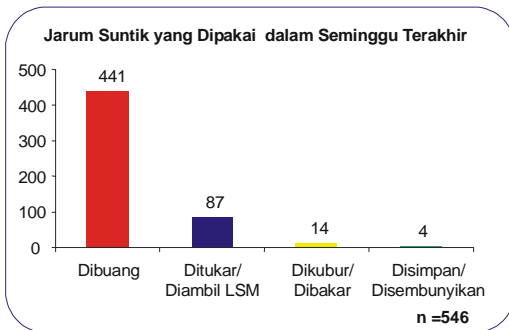


Tabel. Sumber Pengetahuan tentang Cara Mensterilkan Jarum Suntik

KOTA/KABUPATEN	SUMBER PENGETAHUAN			
	TEMAN SESAMA PENGGUNA	MEDIA MASSA	PETUGAS PUSKESMAS	LSM
Bekasi	138	25	39	4
Karawang	31	2	2	
Kota Bandung	64	79	16	5
Cimahi	37	18	3	
Kabupaten Bandung	28	17	6	1
Cirebon	65	18	15	4
Tasikmalaya	43	3	6	2
Bogor	89	21	9	7
Sukabumi	42	3	4	3
Cianjur	40	1	17	4

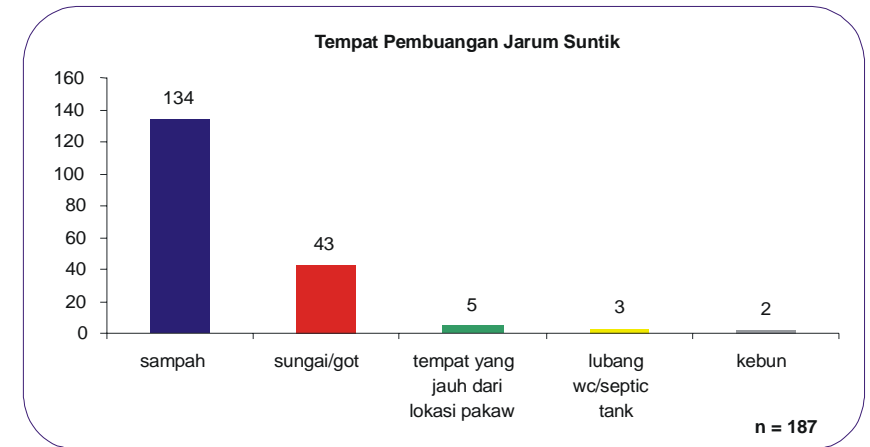
Catatan : Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Bandingkan pula dengan cara responden memperlakukan jarum suntik bekas pakai. Separuh lebih penasun (52,75%) membuang jarum bekas ke tempat sampah, sungai/got/septic tank, kebun.



Sebagian kecil (10%) menemukannya ke LSM penyedia layanan Harm Reduction. Mudah diduga bahwa jawaban yang

terakhir ini diutarakan oleh responden dari kota Bekasi, Bandung, kabupaten Bandung, Cimahi, dan Cirebon. Semuanya merupakan kota-kota yang telah menjalankan program Harm Reduction.



Tabel. Jarum Suntik yang Dipakai dalam Seminggu Ini

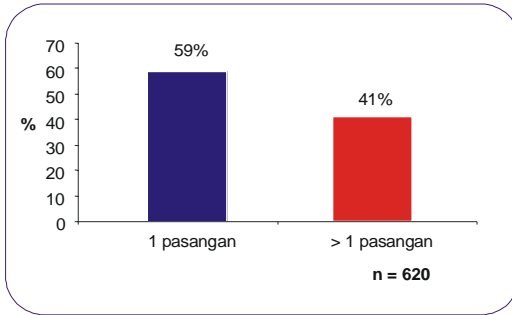
KOTA/KABUPATEN	JARUM SUNTIK YANG DIPAKAI DALAM SEMINGGU INI			
	DIBUANG	DITUKAR/ DIAMBIL LSM	DISIMPAN/ DISEMBUNYIKAN	DIKUBUR/ DIBAKAR
Bekasi	102	3		1
Karawang	16		2	
Kota Bandung	46	68		4
Cimahi	32	3		
Kabupaten Bandung	24	12		
Cirebon	58	1		1
Tasikmalaya	42			4
Bogor	63		2	1
Sukabumi	24			
Cianjur	34			3

n = 546

3.4. Perilaku Seksual

Dari seluruh responden, 620 orang diperkirakan aktif secara seksual. Presentase terbesar penasun yang aktif secara seksual ditemukan di

Tasikmalaya, disusul kota Bandung, dan Cianjur. Dari 620 orang tersebut, 59% mengaku hanya dengan 1 pasangan saja. Sisanya melakukan lebih dari 1 pasangan. Pasangan seksual yang banyak disebut adalah pacar, penaja seks komersial (PSK), dan suami atau istri (sekitar seperlima responden sudah menikah).

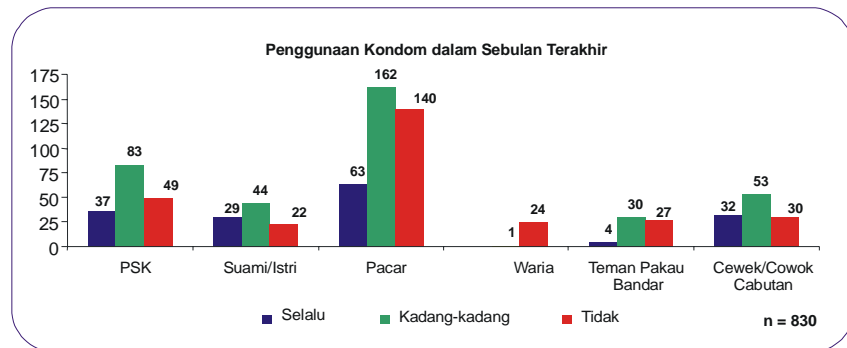


Tabel. Pasangan seksual dalam sebulan terakhir

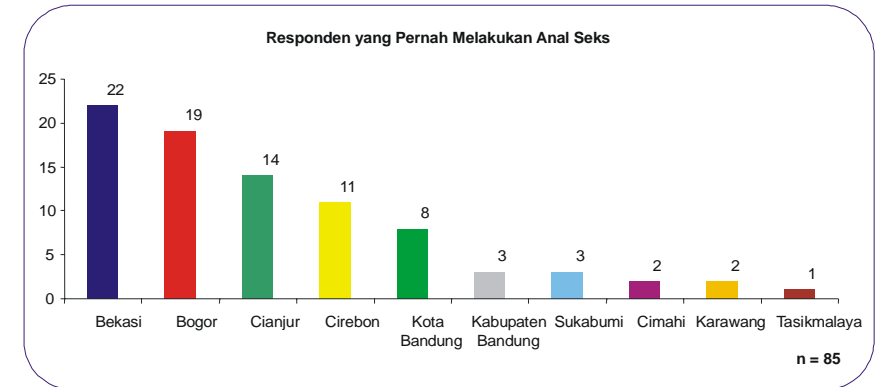
Pasangan Seksual	Jumlah	%
Pacar	367	43.90%
PSK	169	20.22%
Suami/Istri	164	19.62%
'cabutan'	115	13.76%
Teman	61	7.30%
Waria	25	2.99%

Catatan: Responden dapat memberikan lebih dari satu jawaban.

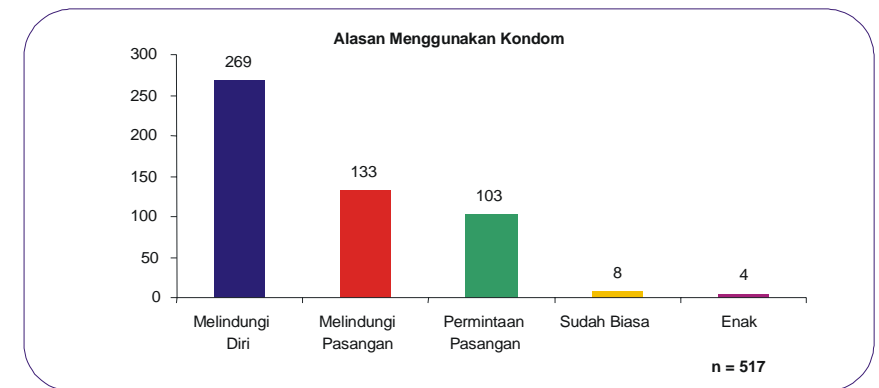
Perilaku seks berisiko. Sisi yang 'agak menggembirakan' dari temuan ini adalah dari seluruh responden yang aktif secara seksual, 59% di antaranya hanya berhubungan seks dengan satu pasangan saja (pacar, suami/istri). Namun, sisi yang 'kurang menggembirakan' adalah tingkat penggunaan kondom. Penggunaan kondom saat melakukan hubungan seks berisiko (menularkan atau tertular) dengan PSK atau teman umumnya rendah. Kondom tidak digunakan atau hanya digunakan kadang-kadang saja.



85 Responden (10.17%) mengakui pernah melakukan anal seks. Responden Bogor dan Cirebon yang mengakui pernah melakukan anal seks bisa diduga terutama adalah mereka yang menghuni LAPAS. Sedangkan Cianjur adalah responden yang berasal dari Cipanas. Kemungkinan besar ini berhubungan dengan sektor pariwisata yang berada di daerah Cipanas.



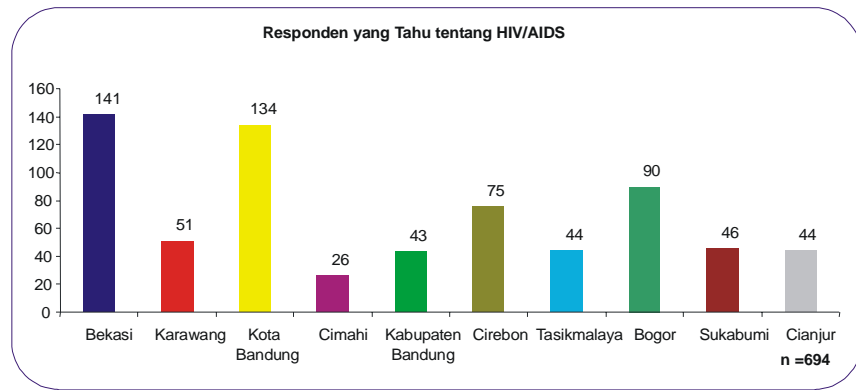
Pemahaman mengenai perlunya perlindungan (diri dan pasangan) cukup baik, namun hanya 165 orang responden saja yang menyatakan selalu menggunakan kondom. Alasan mengapa mereka tidak memakai kondom pada hubungan seks di antaranya adalah: tidak suka, tidak enak, dan ingin hubungan seks yang alamiah.



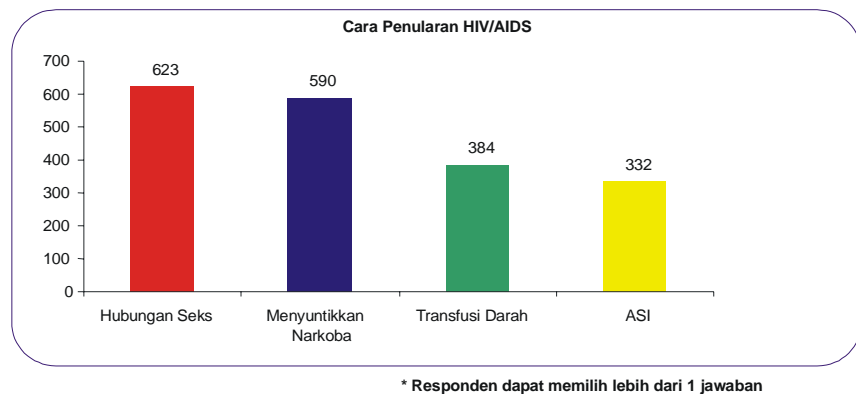
3.5 Pemahaman Mengenai HIV/AIDS

Pengetahuan tentang HIV/AIDS. Sebagian besar penasun mengaku tahu tentang HIV/AIDS. Mereka menyatakan sangat paham bahwa

(pertukaran) darah, air mani, dan cairan vagina merupakan media penularan HIV (meskipun ada juga yang salah beranggapan bahwa HIV dapat ditularkan melalui air seni, tinja, udara, makanan, minuman).



Seperti mudah diduga –dari pola jawaban sebelumnya di atas- pemahaman yang lebih baik ditemukan di daerah di mana intervensi sudah lebih banyak atau lebih lama dilakukan (Bandung, Cimahi, Kabupaten Bandung). Sebaliknya, jawaban tidak lengkap atau keliru ditampilkan responden dari Tasikmalaya, Sukabumi, Cianjur, dan Karawang.



Tampak pula bahwa pengetahuan yang cukup merata di semua tempat tentang resiko penularan HIV melalui penggunaan jarum suntik. Yang menarik, jawaban terbanyak adalah 'hubungan seks tidak aman', diikuti oleh 'penggunaan jarum suntik', dan kemudian 'transfusi darah.' Tampaknya, di benak mereka, penularan HIV lebih diasosiasikan dengan masalah hubungan seks ketimbang penggunaan jarum suntik tidak steril.

Secara umum, banyak penasun lebih memilih untuk tidak peduli terhadap bahaya HIV yang diancamkan oleh jarum suntik tidak steril. Sebenarnya mereka memiliki pemahaman yang cukup baik atas ancaman tersebut. Namun, pada akhirnya, pemahaman yang cukup baik tersebut tidak melahirkan suatu tindakan yang memadai agar terhindar dari sergapan HIV/AIDS. Ada suatu "keterdesakan" yang mengakibatkan mereka abai.

Paling nggak mereka pernah ngedenger atau ada yang ngasih tahu kayak gua. Tapi ya, gimana ya. Kalo udah sakaw nggak banyak pikir lagi. Kalo badan udah sakit-sakit mana bisa mikir ini-itu, betul nggak? Sekarang, apa kalo udah sakaw, insul cuman satu, apa mesti beli dulu? Siapa juga yang mau jalan. Males juga kan. Ribet. Kalo deket sih dapat insulnya, atau mungkin ada persediaan insul baru, ya pasti pake insul baru. Mana mau juga pake insul yang udah mintul. Sakit ya kan minta ampun kalo insul yang udah keseringan dipake itu. Udahnya juga bisa bengkok juga biasanya. **(B, 26 tahun, Laki-laki, Kota V)**

Lagian kalau sudah sakaw juga, biar pun tahu jarum suntik bisa nularin atau gimana-gimana, pemake mah nggak bakal pikir panjang lagi kayaknya. Saya juga kalau sekarang disodori BR sama insul di sini, mungkin akan langsung pake aja, nggak akan mikir yang lain. **(A, 22 tahun, Laki-laki, Kota X)**

Kalau junkie itu, biarpun dia tahu tapi kalau lagi gila-gilanya itu, pikirannya tertutup. Mereka tahu kalau sharing nidle itu, resikonya tahu. Kalau lagi wakas, ya, nggak mikir lagi. Gue juga pernah gitu. Bohong lah kalau junkie ada yang bilang nggak pernah kalau lagi wakas terus ada barang dan insul dia nggak pake itu. **(N, 25 tahun, Perempuan, Kota RX)**

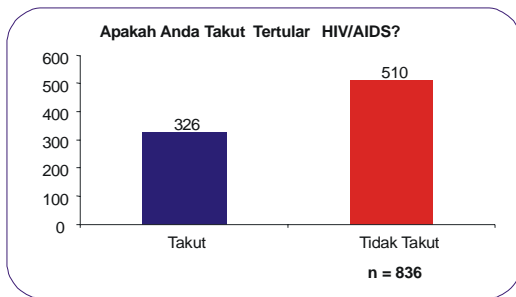
Tapi mungkin merekanya juga nggak ambil peduli. Nggak ambil pedulinya itu mungkin karena lama, makan proses lagi. Mesti beli insul lagi, sedangkan barang sudah ada di tangan. Akhirnya, udah deh, sharing dulu untuk kali ini, baru untuk besoknya, beli lagi. Kalau soal resikonya itu, mereka juga sebenarnya tahu. Tapi ya, karena itu tadi, makan waktu lagi. Kalau yang pergi beli jarum seorang, terus yang lainnya licik, barangnya diambil atau dikurangin,

mungkin bisa gitu juga pikiran mereka. Ada juga yang punya pikiran begitu. Tapi ada juga yang pake sekali terus buang, beli lagi. Tapi itu nggak banyak. Biasanya yang begitu itu orangnya yang masih aktif kerja. (T, 36 tahun, Laki-laki, Kota Z)

Namun secara keseluruhan, para penasun umumnya sadar bahwa mereka sebetulnya merupakan kelompok yang berisiko tinggi tertular HIV. Tambahan lagi, sepertiga dari mereka menyatakan mengenali orang di sekeliling mereka (umumnya teman) yang sudah positif tertular HIV. Tiga orang di antara mereka memiliki kakak atau adik yang sudah positif tertular HIV. Sembilan responden bahkan menyatakan dirinya penderita HIV. Artinya, fakta mengenai penularan ternyata cukup dekat dengan kehidupan mereka sehari-hari.

Teman-teman juga tahu bahwa sharing beresiko karena banyak yang meninggal. Hampir setengahnya. Ada 25 orang kira-kira ketahuan positif setelah meninggal (H, 27 tahun, Laki-laki, Kota Z)

Perasaan takut terhadap HIV/AIDS. Pengakuan mayoritas penasun bahwa mereka tahu tentang HIV/AIDS dan cara penularannya, ternyata tidak diikuti oleh perasaan takut mereka terhadap HIV/AIDS. Ketika ditanya, "apakah anda merasa takut terhadap HIV/AIDS?", sebagian besar dari mereka (61%) menjawab "tidak". Jawaban ini menarik karena rupanya pengetahuan mereka tentang HIV/AIDS tidak membuat mereka takut terhadapnya.

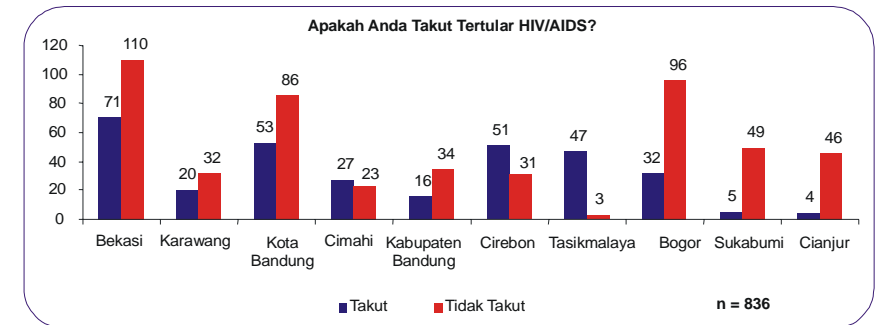


Ada beberapa penjelasan yang dapat menerangkan gejala itu. Pertama, kurang lengkapnya informasi dan tidak efektifnya media informasi yang diterima oleh penasun, sehingga mereka tidak tahu secara persis tentang risiko HIV yang sebenarnya. Kedua, meminjam pendekatan psikoanalisis, naluri kematian (*death instinct*) lebih berkuasa dalam kehidupan dan perilaku para penasun dibandingkan naluri kehidupan (*live instinct*).

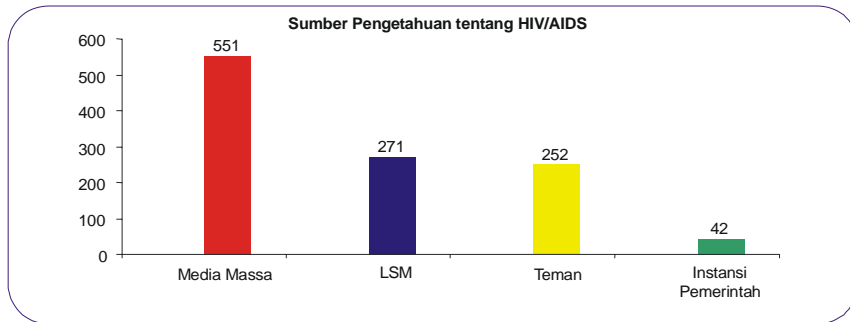
Ini bisa dipahami karena secara sosial mereka (merasa) "terasing", "dijauhi", "mati". Kemudian, secara psikologis, *self-esteem* mereka rendah dan *self-concept* mereka pun negatif. Ketiga, kebutuhan yang sangat tinggi akan narkoba (putaw) tidak membuat mereka takut terhadap segala dampak buruknya (dalam hal ini HIV), meski mereka sebetulnya tahu betapa mematikan dampaknya tersebut. Keempat, "keterlanjuran" setelah masuk dan hidup dalam dunia narkoba (putaw) dapat menafikan segala-galanya, termasuk harga diri dan jiwanya. Dua alasan terakhir terutama berkaitan dengan "kehebatan" atau "kedahsyatan" narkoba suntik atau putaw terhadap hidup dan perilaku manusia.

Saya cuma tahu HIV, ya cuma sekedar tahu aja. Kalau soal jarum suntik bisa menularkan HIV sih tahu juga. Tapi kalau saya lagi sakaw, nggak akan lagi mikir, waduh, HIV, HIV... (T, 26 tahun, Laki-laki, Kota X)

Resikonya mah dah peduli setan...kita bareng bareng. Ngga mikir resiko apa-apa. Satu, bisa pakaw ya sudah aja. Kedua, dianggap kita ini bersih walaupun kita teman...ngga tahu yang satu dua....kena....kita bareng maennya sejak kecil.... Makanya berani ritual itu kita sudah sama-sama tahu dia, tahu karakter dia, tahu sifatnya dia (A, Laki-laki, Kota Y)



Sumber informasi tentang HIV/AIDS. Dari mana mereka tahu tentang HIV/AIDS? Mayoritas responden mengaku bahwa sumber informasi tentang HIV/AIDS yang mereka terima terutama berasal dari media massa, baru kemudian LSM, dan teman (dan teman sesama penasun).



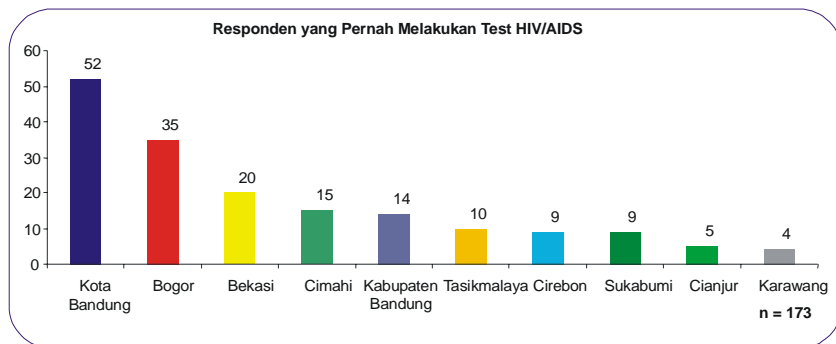
* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Tabel. Sumber Pengetahuan tentang HIV/AIDS

KOTA/ KABUPATEN	SUMBER PENGETAHUAN TENTANG HIV/AIDS			
	MEDIA MASSA	LSM	TEMAN SESAMA PENGGUNA	INSTANSI PEMERINTAH
Bekasi	126	60	60	4
Karawang	46	6	6	2
Kota Bandung	63	46	46	1
Cimahi	24	22	22	1
Kabupaten Bandung	19	15	15	3
Cirebon	62	24	24	7
Tasikmalaya	41	8	8	6
Bogor	84	34	34	9
Sukabumi	41	15	15	5
Cianjur	45	22	22	4

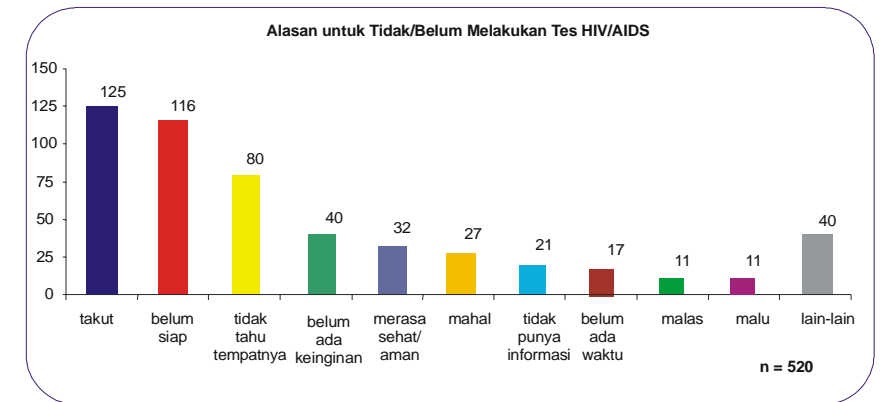
Catatan : Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Jumlah penasun yang pernah melakukan test HIV/AIDS. Meski pemahaman mereka tentang HIV/AIDS dan penularannya telah cukup memadai, faktanya hanya 20,69% yang tergerak untuk memeriksakan diri melakukan test HIV. Mereka memeriksakan diri untuk menjawab rasa ingin tahu (tertular atau tidak) di samping dorongan dari keluarga dan orang di sekelilingnya.



Seperti tampak pada tabel di atas, proporsi terbesar mereka yang pernah mengikuti test adalah responden dari Bogor, Bandung, Kabupaten Bandung, dan Cimahi. Tampaknya ini berkaitan dengan kemudahan akses terhadap fasilitas/layanan untuk melakukan test HIV.

Lalu, mengapa yang selebihnya (79,31%) tidak atau belum memeriksakan diri? Sejumlah alasan dikemukakan oleh mereka Tapi alasan yang jauh paling menonjol adalah "takut" dan "belum merasa siap/berani untuk menghadapinya".

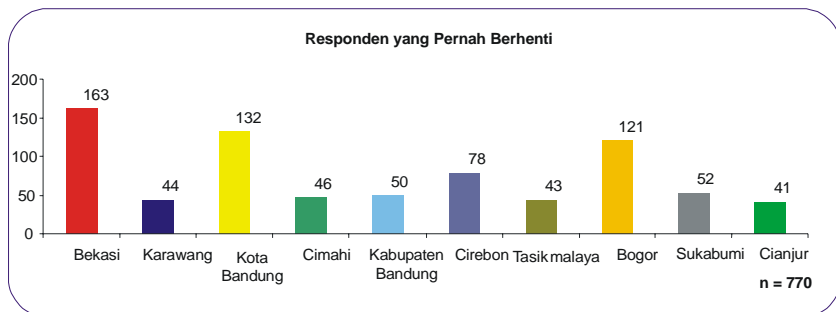


Upaya mengurangi bahaya. Tidak banyak responden yang dapat mengartikulasikan kebutuhannya dengan baik. Sebagian mereka menghendaki kemudahan untuk mendapatkan jarum suntik steril, yaitu kemudahan akses, dapat dijual bebas, bahkan secara cuma-cuma. Sebagian meminta disediakan alat dan bahan untuk melakukan sterilisasi. Namun, sebagaimana telah diungkapkan pada bagian sebelumnya, melalui wawancara mendalam terungkap bahwa sungguhpun responden sadar resiko yang akan mereka hadapi, sterilisasi tidak atau tidak selalu dilakukan. Hal itu karena sukar menahan keinginan untuk segera menyuntikkan narkoba, terlebih ketika dibawah tekanan sakaw.

3.6 Upaya untuk Pemulihan

Mayoritas penasun pernah berupaya untuk berhenti. Dengan berbagai alasan yang mendasarinya, sebagian besar responden (92,11%) mengaku pernah berupaya untuk berhenti menggunakan semua jenis

narkoba. Mereka mendatangi berbagai tempat rehabilitasi untuk menghentikan kecanduan mereka terhadap narkoba.



Dengan cara pasang badan lebih kurang 15 kali, di rumah ajalah. Sekarang lagi coba mulai dari subutex ke codein. Ke dokter pribadi. Aku sering konsultasi, sehingga sekarang mulai pakai codein. Paling tidak mengurangi. Soalnya saya sudah abses, susah menemukan lagi uratnya yang mau disuntik. Jadi harus berhentilah. Mudah-mudahan bisa. Doakan saya, ya. **(P, 30 tahun, Laki-laki, Kota X)**

Karena ketahuan oleh ortu dibawa pulang kampung dan dimasukkan ke rehabilitasi. Sadar dan sembuh. 2 kali ke pondok pesantren di kota P. Aduh, itu masalahnya, pulang dari kampung ketemu dengan teman langsung pakai sampai sekarang. Terakhir coba dengan pasang badan. Susah, harusnya keluar dari lingkungan itu, dan coba niatkan dengan serius, sibukkan dengan aktivitas/kegiatan. Mungkin bisa. **(A, 23 tahun, Laki-laki, Kota Y)**

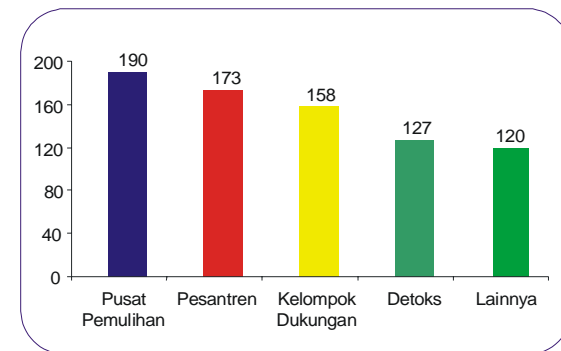
Saya kalo berhenti alhamdulillah pasang badan sendiri. Ngga pernah berobat kesana- kesini. Karena saya udah mikir, udah resiko, gitu aja, sakitnya bagaimana, harus kita tahan **(M, Perempuan, 26 tahun, Kota X)**

Hidup gue itu kayaknya penuh dengan rehab semua kali ya. **(N, 25 tahun, Perempuan, Kota RX)**

Responden terbanyak yang menggunakan tempat pemulihan sebagai tempat untuk berhenti menggunakan narkoba adalah Bogor (44 orang atau 34,28 persen dari total responden Bogor, Bekasi (29,28%), dan

Bandung (25,90%). Sedangkan yang paling sedikit adalah Karawang (1 orang atau 1,92%).

Responden terbanyak yang menggunakan pesantren sebagai tempat untuk berhenti menggunakan narkoba adalah Cianjur (36% dari total responden Cianjur), Bandung (27,34%), Bekasi (24,85). Sedangkan yang paling sedikit adalah Karawang (4 orang atau 7,69). Cirebon dan Tasikmalaya pun, yang merupakan pusat pesantren di Jawa Barat, kurang memanfaatkan pesantren sebagai tempat untuk berhenti.



Responden terbanyak yang menggunakan kelompok dukungan sebagai tempat untuk berhenti menggunakan narkoba adalah Cianjur (54% dari total responden Cianjur), sedangkan terendah adalah karawang (9,62%). Ditengok dari tingkat kerentanannya, responden Karawang dalam menyuntik sebetulnya paling tinggi. Tetapi jumlah mereka yang pernah dirawat di pusat pemulihan, pesantren, dan kelompok dukungan merupakan yang terendah.

Tabel. Upaya-upaya untuk Berhenti

KOTA/ KABUPATEN	UPAYA-UPAYA UNTUK BERHENTI				
	PUSAT PEMULIHAN	PESANTREN	KELOMPOK DUKUNGAN	DETOKS	LAINNYA
Bekasi	53	45	12	16	9
Karawang	1	4	5	1	1
Kota Bandung	36	38	30	26	50
Cimahi	3	12	6	13	13
Kabupaten Bandung	5	12	6	12	22
Cirebon	20	7	22	11	1
Tasikmalaya	6	10	13	1	
Bogor	44	17	23	42	24
Sukabumi	11	10	14	3	
Cianjur	11	18	27	2	

n = 768

Alasan berhenti menggunakan narkoba. Mengapa mereka ingin berhenti menggunakan narkoba? Didera rasa tidak nyaman dengan dirinya,

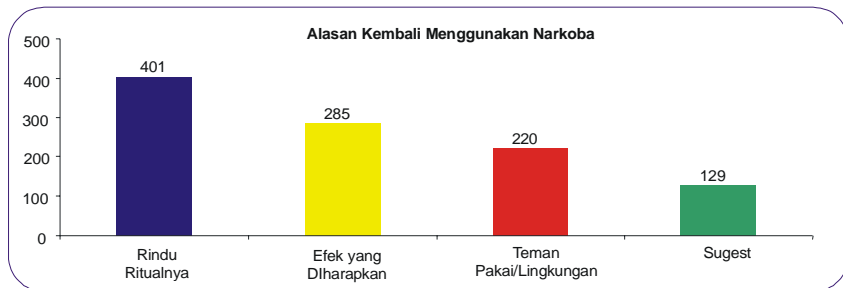
responden pada dasarnya mengakui ingin hidup normal. Tetapi kekuatan narkoba dan lingkungannya menjadi kerangkeng yang memenjarakan diri mereka.

Tabel. Alasan berhenti menggunakan semua jenis narkoba

No.	Alasan
1	Sudah bosan,capek, jenuh
2	merasa sia-sia, malu, tidak tenang, merusak diri sendiri
3	takut mati muda/mati konyol karena overdosis
4	desakan/dukungan keluarga; memulihkan nama keluarga
5	memikirkan anak, kasihan anak
6	nasehat orangtua, merasa bersalah atau kasihan pada orangtua
7	Pacar
8	dukungan istri, dimarahi istri/pasangan
9	nasehat teman, kelompok dukungan
10	Sudah berniat untuk clean/ingin bertobat
11	ingin hidup normal/benar. Kembali menata hidup
12	ingin hidup sehat, karena kesehatan menurun
13	takut tertular HIV/AIDS
14	sudah menderita sakit, merasa tinggal menunggu waktu
15	Kehabisan uang. Tidak mau lagi menghabiskan uang untuk obat
16	Narkoba sudah susah didapat atau mahal
17	mempertimbangkan umur sudah bertambah
18	memikirkan masa depan/sekolah/ingin bekerja
19	tidak mau bernasib seperti teman yang meninggal karena overdosis
20	takut atau tidak mau lagi ditangkap polisi
21	lainnya: mau menikah, takut diketahui keluarga, orangtua meninggal, dll

Catatan: Respon diurutkan menurut frekuensi pemunculannya.

Alasan kembali menggunakan narkoba. Namun, usaha mereka banyak yang kandas. Mereka kembali menyuntik lagi dengan berbagai alasan, misalnya: rindu ritual, mengharapkan kenikmatan yang diperoleh dengan menyuntik, pengaruh lingkungan, dan sugesti. Suatu lingkaran ketidakberdayaan.



* Responden dapat memilih lebih dari 1 jawaban

Ngga bisa ngeliat temen yang make. Ngeliat tampang temen yang make, jadi pengen.. **(M, Perempuan, 26 tahun, Kota X)**

Rangsangannya pacar kadang menjadi dorongan, kalau pacar bilang jalan yuk, pasti aku beli subutex dulu. Tapi teman juga pengaruh yang sangat besar. **(P, 30 Tahun, Laki-laki, Kota Y)**

Pernah berhenti sekali dari tahun 1996 s.d.1997. Setahunan lah. Itu clear lah. Waktu itu saya punya kegiatan, magang, kerja. Selain itu, juga karena saya jauh dari kampus dan dari temen-teman yang biasa begitu lah ya. Sibuk waktu itu, pagi bangun berangkat, pulang malam, capek, terus tidur. Benar-benar nggak ketemu apa-apa. Paling ngerokok saja waktu itu. Nah, waktu kontrak saya abis, pas saya kembali ke kampus, pas pe-te lagi rame-ramenya di kampus tahun 97 pertengahan itu. Pulang ke sini. Di sini karena sering bareng, make lagi jadinya. **(B, 30 tahun, Laki-laki, kota Z)**

Hilangin rasa sakit, tapi dia tidak menghilangkan rasa suggest. Sakit hilang, tapi rasa keinginan itu ngga. **(R, 25 tahun, Perempuan, Kota V)**

Bantuan kayak rehab itu menurut gue berguna sekali. Sekarang gue nyesel keluar dari rehab. Kalau ada pilihan, gua nggak ingin keluar rehab. Rehab itu sangat, sangat, sangat ngebantu gue.NA (Narcotic Anonymous) itu menurut gue hanya akan ngebantu buat anak-anak yang udah putus dan bener-bener mau clean aja. Orang yang mau clean itu kalau nggak ada teman yang udah clean, nggak bakalan mungkin dia bisa clean. **(N, 25 tahun, Perempuan, Kota RX)**

Self-esteem yang rendah dan masalah yang dihadapi penasun. Pada umumnya mereka kurang menghargai diri mereka sendiri (low self-esteem) dan memiliki pandangan yang amat negatif terhadap diri sendiri (negative self-concept).Ketika ditanya tentang persepsi keluarga dan lingkungan terhadap mereka, mereka menjawab dengan menggunakan sejumlah kata yang negatif, yang mencerminkan siapa diri mereka sebenarnya. Sejumlah kata yang digunakan oleh mereka antara lain: sampah masyarakat, dikucilkan, tidak dipercaya, dibenci, dsb).

Disamping itu, banyak dari mereka sudah menghadapi berbagai kesukaran yang berkait dengan kebiasaan mereka menggunakan narkoba; seperti berurusan dengan polisi, keharusan untuk terus memiliki uang untuk membeli narkoba. Kesukaran lain yang timbul adalah ketegangan dalam relasi keluarga, orangtua, atau pacar/pasangan.

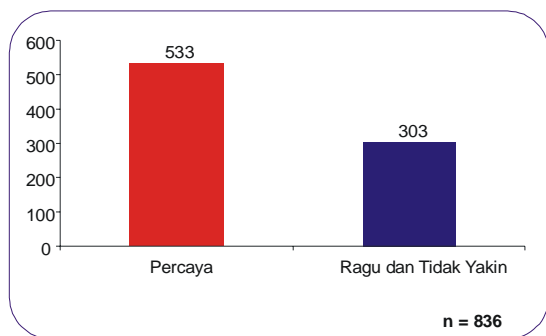
Tabel. Kata yang Banyak Digunakan Responden Mengenai Persepsi Lingkungan terhadap Dirinya Berdasarkan Frekuensi Pemunculan

No.	Kata yang Digunakan	No.	Kata yang Digunakan
1	jelek/negatif	12	tidak tahu
2	dikucilkan	13	membenci
3	dibenci	14	tidak berguna
4	sampah masyarakat	15	cuek
5	buruk	16	ditakuti
6	biasa saja	17	stigma; diskriminasi
7	diskriminasi	18	dijauhi
8	sinis	19	stigma
9	tidak baik		
10	tidak dipercaya		
11	tidak suka		

Keyakinan diri penasun untuk dapat berhenti menggunakan narkoba dan kebutuhannya.

Sebagian besar responden (64%) percaya bahwa mereka mampu berhenti dari menggunakan narkoba, sedangkan sisanya mengaku ragu dan tidak yakin.

Bahwa sebagian besar penasun percaya bahwa mereka dapat berhenti dari jeratan narkoba, bukan tanpa "syarat". Ketika ditanya, apa yang dibutuhkan oleh mereka untuk dapat berhenti sama sekali menggunakan narkoba?



Mereka menyatakan untuk sembuh dibutuhkan berbagai layanan yang bersifat penanganan medis (disediakan obat, pusat rehabilitasi), layanan informasi, ada pula yang mengusulkan tindakan koersif (tangkapi bandar).

Seperti jelas tertera pada tabel di bawah, sebagian besar mereka menghendaki intervensi dari luar dirinya; dalam bentuk dukungan dari keluarga, kelompok dukungan, dan orang dekat di sekelilingnya; juga penyediaan (baca: diberi) bentuk-bentuk kegiatan positif termasuk pekerjaan.

Tabel. Hal-hal yang dibutuhkan untuk berhenti menggunakan narkoba

NO	JAWAB	JUMLAH	%
1	dukungan keluarga, kelompok dukungan, orang yang terdekat, lingkungan	216	25.84%
2	keinginan yang kuat dari diri sendiri	122	14.59%
3	menjauhi lingkungan pemakaian narkoba	99	11.84%
4	Kegiatan yang positif	80	9.57%
5	Disediakan obat pereda sakaw, obat pengganti/substitusi, gratis.	58	6.94%
6	tidak boleh ada narkoba, bandar ditangkapi	53	6.34%
7	Disediakan pusat pemulihan/rehabilitasi (gratis)	44	5.26%
8	lapangan pekerjaan, mencari kerja	36	4.31%
9	punya pacar, menikah, berkeluarga	20	2.39%
10	tidak tahu, merasa sulit sekali untuk berhenti	17	2.03%
11	Beribadah, mendekatkan diri pada Tuhan, masuk pesantren	14	1.67%
12	beralih ke narkoba lain (alkohol).	10	1.20%
13	dibantu memulihkan diri sendiri (minum air mineral/susu, pasang badan)	8	0.96%
14	Disediakan informasi mengenai narkoba dan adiksi	5	0.60%

Catatan: Responden dapat memberikan lebih dari satu jawaban

Dari tabel di atas tampak bahwa kebutuhan penasun terhadap dukungan keluarga, termasuk dukungan dari orang terdekat dan lingkungan, menempati ranking teratas sebagai unsur yang sangat didambakan oleh mereka agar mereka dapat berhenti menggunakan narkoba. Hal ini perlu diberi catatan khusus. Sebagaimana tampak dari temuan sebelumnya bahwa alasan mereka pertama kali memakai narkoba bukanlah terutama masalah keluarga, melainkan karena ingin coba-coba dan mengikuti trend. Namun, ketika mereka sudah mulai bosan, capek, dan ingin berhenti, mereka kemudian membutuhkan bantuan (dukungan) keluarga dan orang-orang terdekat. Kenapa demikian?

Jawabannya bisa dijelaskan demikian. Pada saat pertama kali para penasun menggunakan narkoba, usia mereka berkisar antara 15 – 22 tahun. Artinya, secara psikologis, pada usia-usia seperti itu, mereka sangat kritis dan rentan terhadap pengaruh lingkungan yang buruk, terutama jika mereka memiliki kepribadian yang dependen (dependent personality). Namun, setelah bertahun-tahun mereka terjerat dalam dunia narkoba dan telah melewati usia-usia kritis, maka mereka mulai merasa capek, menyesal,

dan ingin berhenti. Dalam kondisi demikian, disertai oleh rendahnya harga diri mereka, maka unsur terpenting yang mereka butuhkan adalah dukungan dari luar, khususnya keluarga dan orang-orang terdekat.

3.7 Temuan Respon

Bagaimana penyedia layanan merespon situasi dan kebutuhan penasun? Apa aktivitas yang dilakukan oleh penyedia layanan terhadap penasun?

Deskripsi tentang temuan respon akan dibagi ke dalam dua bagian. Pertama, dari titik pandang para penasun terhadap penyedia layanan. Dari titik pandang ini akan diungkap bagaimana pemahaman penasun tentang penyedia layanan dan layanan yang pernah diakses oleh mereka dari penyedia layanan tersebut. Kedua, dari titik pandang penyedia layanan itu sendiri. Dari titik pandang ini akan diungkap bagaimana penyedia layanan memberikan penjelasannya tentang aktivitas mereka dan bagaimana mereka sadar akan efektif atau tidaknya respon (aktivitas) yang selama ini mereka lakukan terhadap penasun.

3.7.1 Pandangan para penasun terhadap penyedia layanan menurut pemahaman dan pengalaman penasun

Layanan Informasi tentang pengaruh sharing jarum suntik terhadap penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun. Dari mana responden mengetahui informasi tentang pengaruh sharing jarum suntik yang tidak steril terhadap penyebaran HIV/AIDS di kalangan penasun? Mayoritas responden (49%) mengaku tahu tentang informasi dari media massa. Hanya 24% responden yang menerima informasi itu dari LSM. Namun, hal itu berbeda dengan tanggapan responden Kota Bandung. Setengah dari responden Bandung (53% dari jumlah total responden Kota Bandung) mengaku tahu HIV dari LSM.

Responden juga mengatakan bahwa layanan informasi yang mereka terima tidak jarang bersifat "black campaign". Sosialisasi atau kampanye tentang dampak buruk sharing jarum suntik serta hubungannya dengan HIV/AIDS seringkali disajikan dengan cara yang buruk pula. Pernyataan-pernyataan tentang bahaya narkoba mengesankan bahwa penasun itu membahayakan atau ancaman bagi orang lain serta berbagai aspek kehidupan masyarakat; "Bukan narkobanya yang berbahaya, melainkan penasunnya". Sosialisasi yang bersifat black campaign, menurut penilaian

responden, adalah suatu bentuk stigmatisasi yang pada akhirnya semakin mengokohkan berbagai anggapan keliru tentang penasun.

Layanan Informasi tentang sterilisasi jarum suntik. Sekitar 63% responden mengaku tahu tentang sterilisasi jarum suntik dari sesama teman pengguna. Hanya sekitar 21% yang mengaku tahu dari LSM, sedangkan sisanya dari media massa dan petugas puskesmas. Akibatnya, hanya 27% responden yang melakukan sterilisasi secara benar (menggunakan bleach dan/atau alkohol). Selebihnya (73%) menggunakan aqua, air biasa, air panas. Efektifnya media "getok tular" di kalangan responden patut menjadi catatan dan pertimbangan. Getok tular nampaknya masih menjadi media yang memiliki daya sebar tinggi, selain murah, mudah, dan bersifat dua arah. Namun, penting juga untuk melakukan semacam pemantauan terhadap "akurasi pesan" yang dikomunikasikan. Pemantauan tersebut memungkinkan lembaga penyedia layanan untuk mengoreksi dan meneguhkan pesan yang diterima serta dikomunikasikan antarsesama penasun.

Dalam konteks tersebut, RSRA tidak cukup melakukan penggalian dan pengamatan tentang "ekologi komunikasi" yang menjadi keseharian antarsesama penasun maupun antara penasun dengan lembaga-lembaga penyedia layanan. RSRA juga tidak memiliki cukup data tentang model penjangkauan yang selama ini dijalankan oleh LSM.

Layanan lembaga-lembaga rehabilitasi (termasuk pesantren yang melakukan rehab). 92% responden mengaku pernah berusaha untuk berhenti memakai narkoba. Dari jumlah itu sekitar 60% pernah menggunakan fasilitas yang disediakan oleh penyedia layanan. Bentuk layanan yang mereka terima antara lain: dirawat di panti rehab, pesantren, detoks, kelompok dukungan. Namun, pulang mereka dari lembaga-lembaga rehabilitasi berarti kembalinya mereka pada narkoba.

Banyak responden mengeluhkan tentang mahal biaya yang harus mereka keluarkan untuk menjalani pemulihan di lembaga-lembaga rehabilitasi. Sementara biaya yang besar itu bukanlah suatu jaminan atau kepastian yang besar bahwa mereka tidak akan kembali. Responden mengharapkan besarnya biaya layanan adalah yang terjangkau oleh keluarga mereka. Selain itu, perlu ada suatu perbaikan tentang metode-metode yang dijalankan.

Layanan kesehatan pemerintah. Cukup banyak responden yang mengaku menderita berbagai penyakit yang diakibatkan oleh pemakaian

narkoba dan/atau jarum suntik. Misalnya, abses, hepatitis, overdoses, kulit, herpes, HIV, dll. Namun, hanya 11% yang menggunakan fasilitas layanan puskesmas dan 21% yang mendatangi RS. Selebihnya: 32% responden pergi ke dokter; 21% ke klinik; dan 12% beli obat sendiri. Dalam konteks dengan penggunaan narkoba serta HIV/AIDS, responden mengakui keenggannya untuk memanfaatkan layanan puskesmas yang ada di lingkungannya. Beberapa responden menyatakan bahwa itu berhubungan dengan fasilitas yang ada. Juga dengan penampilan petugas puskesmas yang berseragam pegawai pemerintah. Selain itu, responden juga mengkhawatirkan bahwa “kasusnya” akan menjadi pengetahuan warga lainnya mengingat petugas puskesmas adalah orang-orang yang mengenal juga diri dan lingkungan tempat tinggalnya.

Layanan informasi tentang keberadaan dan aktivitas lembaga-lembaga penyedia layanan yang berhubungan dengan HIV/AIDS dan narkoba. 70% responden mengaku tahu tentang sebagian dari lembaga-lembaga penyedia layanan untuk kasus narkoba dan HIV. Namun, pengetahuan mereka tentang aktivitas yang dilakukan oleh lembaga-lembaga tersebut, khususnya lembaga-lembaga pemerintah, tidak sepenuhnya benar. Misalnya, aktivitas BNN (BNK) dianggap sama dengan aktivitas KPA (KPAD). Mereka pun secara keliru mengatakan bahwa tugas kedua lembaga tersebut antara lain: bimbingan, layanan, penyuluhan HIV/AIDS, pemberian insulin, pemberantas narkoba.

Pemahaman yang lebih baik adalah terhadap RS dan Puskesmas. Mayoritas responden cukup mengetahui bentuk-bentuk layanan yang dilakukan oleh kedua lembaga pemerintah tersebut. Ini barangkali disebabkan karena mereka pernah mengakses layanan (kesehatan) secara langsung dari kedua lembaga tadi.

Pemahaman yang lebih baik lagi adalah tentang keberadaan dan aktivitas LSM. Hal ini karena sejumlah responden pernah dan sedang dalam jangkauan atau dampingan dari LSM-LSM tersebut. Ini terbukti dari jawaban mereka yang mengacu pada nama LSM-LSM setempat.

Layanan lembaga-lembaga penyedia layanan yang berhubungan dengan HIV/AIDS dan narkoba. Hanya 26% responden yang menjawab pertanyaan tentang “Lembaga-lembaga pemerintah apa saja yang pernah diakses oleh anda terkait dengan HIV dan narkoba?” Hal ini barangkali merupakan bukti tentang sedikitnya mereka mengakses lembaga-lembaga tersebut. Namun, ada yang menarik dari jawaban sejumlah responden terhadap pertanyaan ini, yaitu yang menyangkut

layanan kepolisian. Menurut mereka, layanan kepolisian yang pernah diberikan kepada penasun antara lain adalah: “mukulin”, “menguangkan”, “memeras”, “memproses”, “memberi tahu soal hukum”. Tiga jawaban pertama menunjuk pada prototipe negatif polisi yang selama ini beredar di kalangan masyarakat luas.

Secara keseluruhan, rendahnya serta kelirunya pemahaman responden menunjukkan suatu situasi bahwa responden relatif kurang berinteraksi dengan para penyedia layanan tersebut. Secara jelas terlihat adanya suatu “jarak” atau kesenjangan antara responden sebagai pemanfaat layanan dengan berbagai lembaga yang menjadi penyedia layanan. Situasi tersebut terutama terjadi karena”

1. Penasun tidak mengetahui layanan yang ada.
2. Penasun enggan memanfaatkan layanan tersebut.

Bagian di bawah ini akan mengurai temuan RSRA tentang pandangan para penyedia layanan terhadap layanan yang telah dan sedang mereka kerjakan serta tingkat efektifitasnya terhadap pemenuhan kebutuhan penasun dalam konteks “drugs problem” serta “drugs related problem”.

3.7.2 Respon Jawa Barat di tingkat kelembagaan dan Pembentukan Kebijakan

Sampai Desember 2003, di Indonesia tercatat ada 1.371 penderita AIDS dan 2.720 pengidap HIV. Estimasi jumlah ODHA pada tahun 2002 mencapai 90.000-130.000 orang dan lebih terkonsentrasi di enam provinsi. Yaitu, Papua yang menduduki prosentase tertinggi, menyusul DKI Jakarta, Riau, Jawa Barat, Jawa Timur, berikut Bali. Dua tahun kemudian, berdasarkan data kumulatif Departemen Kesehatan, hingga Juni 2005 di Indonesia (31 propinsi) tercatat 3.358 kasus AIDS. Sementara itu, 12 hingga 19 juta orang termasuk rawan tertular HIV dengan rincian dari kelompok risiko tinggi 14 persen, napza suntik 38 persen, pelanggan penjaja seks 30%, penjaja seks dan gay masing-masing 8 dan 9 persen, waria satu persen.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jabar menunjukkan, terjadi peningkatan jumlah pengidap HIV/AIDS. Tahun 1989 hingga 1999, jumlah pengidap HIV di Jabar 40 orang dan AIDS 21 orang. Jumlah tersebut meningkat pada tahun 2001, di mana pengidap HIV menjadi 225 orang dan AIDS 33 orang. Tahun 2002, jumlah pengidap HIV meningkat dua kali lipat menjadi 450 orang. Sementara itu, jumlah pengidap AIDS

bertambah menjadi 36 orang. Pada bulan Maret 2004, jumlah pengidap HIV naik menjadi 763 orang. Pengidap AIDS meningkat lebih dari dua kali lipat menjadi 85 orang. Hingga akhir September 2004, jumlah pengidap HIV naik menjadi 875 orang dan AIDS 92 orang.

Penanggulangan bahaya HIV/AIDS di Jawa Barat memang merupakan tantangan yang sangat berat. Penanggulangan mengenai HIV/AIDS di Jawa Barat adalah pembicaraan mengenai penanggulangan di salah satu propinsi dengan jumlah penduduk paling besar di Indonesia. Menurut hitungan Biro Pusat Statistik 2004, jumlah penduduk Jawa Barat mencapai jumlah 36.454.898 orang. Sementara RSRA ini sendiri menjajaki situasi di sepuluh wilayah yang proporsi penduduknya merupakan dua pertiga seluruh populasi Jawa Barat.

Tabel. Jumlah penduduk kota/kabupaten wilayah RSRA

Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk
Kota Bekasi	1.639.297
Kabupaten Bekasi	1.675.758
Kabupaten Karawang	1.847.700
Kota Bandung	2.232.624
Kota Cimahi	564.432
Kabupaten Bandung	3.803.139
Kota Cirebon	267.051
Kabupaten Cirebon	2.007.704
Kota Bogor	744.496
Kabupaten Bogor	3.422.895
Kabupaten Sukabumi	2.183.179
Kabupaten Tasikmalaya	1.603.742
Kabupaten Cianjur	1.990.667
Total	24.047.466

Sumber: diolah dari data BPS Tahun 2004

Komitmen Sentani. Bersama lima propinsi lain — Papua, Jakarta, Jawa Timur, Bali, Riau— Jawa Barat merupakan salah satu wilayah prioritas penanggulangan bahaya HIV/AIDS di Indonesia. Rapat Koordinasi Komite Penanggulangan AIDS 18-19 Januari 2004, yang dihadiri enam gubernur propinsi prioritas melahirkan 'Kesepakatan Sentani' sebagai landasan program Gerakan Nasional 2004-2005. Komitmen Sentani memuat tujuh pasal, antara lain tentang kesepakatan untuk mempromosikan penggunaan kondom pada setiap aktivitas seksual berisiko dengan target pencapaian 50% pada 2005. Selain itu ada pasal-pasal tentang upaya pengurangan dampak buruk penggunaan narkoba suntik, dan pengobatan HIV/AIDS, termasuk penggunaan ARV kepada minimum 5.000 ODHA

(orang dengan HIV/AIDS) pada tahun ini. Juga pasal tentang upaya pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Berdasar evaluasi ini kemudian ditelurkan kesepakatan untuk melakukan percepatan kerja Penanggulangan epidemi HIV/AIDS.

Pembentukan KPAD Kota/Kabupaten. Menyusul penandatanganan Deklarasi Sentani, Pemerintah Propinsi Jawa Barat mencanangkan komitmen untuk memerangi HIV/AIDS melalui rancangan kerja yang disepakati bersama antara gubernur, ketua DPRD dan para bupati/wali kota seJawa Barat, di Hotel Homann Bandung, 11 Mei 2004. Komitmen bersama ini didengungkan dalam "Lokakarya Advokasi Penanggulangan HIV/AIDS Jawa Barat untuk Wali Kota/Bupati dan Ketua DPRD". Gerakan itu antara lain:

- mengupayakan dukungan peraturan perundang-undangan dan penganggaran untuk pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS baik dari APBD maupun sumber pendanaan lainnya.
- pembentukan KPA (Komisi Penanggulangan AIDS) yang ada di kabupaten/kota,
- mengupayakan pengurangan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA (Orang dengan HIV/AIDS).
- Diterapkan pula upaya pengurangan dampak buruk penggunaan napza suntik dengan target 25% pada akhir tahun 2004, mengupayakan pengobatan HIV/AIDS termasuk penggunaan ARV kepada ODHA di Jawa Barat, sekurang-kurangnya 100 orang pada akhir tahun 2004 dan 200 orang pada akhir tahun 2005.

Hanya selang dua bulan sesudah Lokakarya di atas, kota Bandung menjadi tuan rumah untuk Rakornas Penanggulangan HIV/AIDS. Pertemuan ini mengatakan: evaluasi terhadap hasil respons yang dilakukan (1,5 tahun setelah Deklarasi Sentani 19 Januari 2004) menunjukkan masih belum memadai dan tidak dapat mengimbangi laju epidemi ganda HIV/AIDS dan Narkoba. Sebagai salah satu penandatanganan kesepakatan, Komisi Penanggulangan AIDS Propinsi Jawa Barat lantas bersepakat, antara lain, untuk:

- Menerbitkan Perda di seluruh Propinsi, Kabupaten/Kota (di 50% Kabupaten / Kota) dan Peraturan Desa (di 10% desa) dalam Penanggulangan Penyakit Menular termasuk HIV/AIDS; dan

- Mempercepat pencapaian “Komitmen Sentani” dengan memenuhi target penggunaan kondom, pengurangan dampak buruk penyalahgunaan napza suntik, menyiapkan rumah sakit rujukan, memanfaatkan Rumah Sakit Pusat Rehabilitasi untuk pelaksanaan Harm Reduction, meningkatkan KIE, Sosialisasi / Kampanye intensif, dan Mempercepat ketersediaan pelayanan IMS dan upaya pengobatan IMS lain yang diperlukan di unit pelayanan kesehatan Puskesmas, dan Rumah Sakit.

Hingga akhir tahun 2004, penyusunan ranperda masih belum di tingkat sangat awal.¹ Menurut Sekretaris Komisi E DPRD Jabar, Ikhwan Fauzi, pihaknya saat ini sedang merencanakan membuat sebuah rancangan perda yang mengatur tentang penanggulangan penyakit ini. “Selama ini belum ada aturan dari pemda untuk mengatur secara komprehensif cara untuk menanggulangi penyakit ini. Perda tersebut diperlukan untuk mencegah faktor kerentanan masuknya penyakit ini ke wilayah Jabar,”²

Kesepakatan Percepatan Kerja

KPAN dan KPAD 14 Propinsi Komitmen Sentani untuk Penanggulangan HIV/AIDS

Kami Ketua KPA Nasional, para Menteri Kabinet Indonesia Bersatu dan Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen, KPA Propinsi dari 14 Propinsi yang terkait dalam Penanggulangan HIV/AIDS dan Narkotika ... (dst)... bersepakat untuk melakukan percepatan kerja Penanggulangan epidemi HIV/AIDS ... (dst)... yang dituangkan dalam butir-butir kesepakatan sebagai berikut:

- Menguatkan kembali hasil kesepakatan Rakorev ketiga Komitmen Sentani tgl. 14 Februari 2005 di Jakarta.
- Mempercepat upaya untuk kurun waktu 6 bulan (Juli– Desember 2005):

Percepatan Kerja:

- Membentuk, merevitalisasi, peran dan fungsi KPA Nasional, Propinsi, Kabupaten/Kota dan Satuan Tugas di tingkat Desa prioritas berupa :
 - Keputusan Presiden : KPA Nasional
 - Keputusan Gubernur : KPA Propinsi
 - Keputusan Bupati / Walikota : KPAD Kabupaten / Kota
 - Keputusan Kepala Desa
 - Berikut rencana kerjanya minimal tahun 2006.
- Menerbitkan Perda di seluruh Propinsi, Kabupaten/Kota (di 50% Kabupaten / Kota) dan Peraturan Desa (di 10% desa) dalam Penanggulangan Penyakit Menular termasuk HIV/AIDS sesuai dengan surat Keputusan Mendagri No. 443/3133/SJ tertanggal 6 Desember 2004, No. 443/1334/SJ tanggal 9 Juni 2005 dan No. 443/1833/SJ tanggal 25 Juli 2005 dengan penekanan pada pelaksanaan kegiatan Komitmen Sentani.
- Meningkatkan peran dan dukungan DPR dan DPRD dalam pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan Komitmen Sentani
- Mempercepat pencapaian “Komitmen Sentani”:
 - Target 50% penggunaan kondom 100% pada survei perilaku pada kelompokkelompok berperilaku RISTI yang diukur melalui survei IMS, BSS atau model inovasi pengukuran penggunaan kondom di tempat hiburan atau lokalisasi.
 - Pengurangan Dampak Buruk Penyalahgunaan Napza Suntik dapat dilaksanakan secara komprehensif termasuk substitusi oral dan program jarum dan alat suntik steril dibawah pengawasan KPAN, BNN, KPAP, KPAK, BNP, BNK dan sektor terkait.
 - Menyiapkan 75 RS Rujukan termasuk di setiap propinsi Komitmen Sentani dan didukung dengan tersedianya 150 unit pelayanan VCT dengan melibatkan Puskesmas agar setiap ODHA yang memenuhi criteria ART mendapatkan ART pada tahun 2005.
 - Memanfaatkan 12 RS Pusat Rehabilitasi untuk pelaksanaan Harm Reduction dengan ketersediaan sarana, dan tenaga pendukung yang diperlukan pada tahun 2005.
 - Meningkatkan KIE, Sosialisasi / Kampanye intensif melalui berbagai media, metoda dan model oleh para tokoh publik, birokrat, tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM.

- Mempercepat ketersediaan pelayanan IMS dan upaya pengobatan IMS lain yang diperlukan di unit pelayanan kesehatan Puskesmas, dan RS.
- Melanjutkan sosialisasi Komitmen Sentani di tingkat provinsi, kabupaten / kota, di kalangan ODHA, LSM, tokoh masyarakat umum pada Peringatan Hari AIDS Sedunia 2005.
 - Melanjutkan, memantapkan, meningkatkan berbagai kegiatan komitmen Sentani yang sudah berjalan untuk mencapai indikator-indikator yang telah ditetapkan.
 - Meningkatkan pelaksanaan penanggulangan HIV/AIDS secara terpadu dan komprehensif termasuk penanggulangan narkoba dan TBC di 13 Lapas khusus Narkotik.
 - KPA Nasional dan KPAD mengkoordinir setiap sumber pembiayaan Penanggulangan HIV/AIDS baik dari sumber bantuan luar negeri maupun APBN, APBD dan sumber lainnya serta mengarahkan pembiayaan tersebut agar efektif dan efisien.
 - KPA Kabupaten / Kota melaporkan kemajuan upaya penanggulangan HIV/AIDS kepada KPA Provinsi selambat-lambatnya tanggal 5 setiap bulan. Setiap 3 bulan KPA provinsi mengirimkan rekapitulasi laporan KPA Kabupaten / Kota kepada KPA Nasional.
 - Menerima Hasil Pertemuan Teknis Rakorev ke IV sebagai dokumen yang tidak terpisahkan dari Kesepakatan ini
 - Rapat Koordinasi berikutnya akan dilaksanakan di Surabaya, Jawa Timur pada bulan Februari 2006.

Pertemuan kali ini juga memperhatikan dan mengakomodasikan hasil dan sarasaran pertemuan teknis tanggal 26 Juli 2005.

Ditetapkan dan disepakati di Bandung pada Rapat Koordinasi Evaluasi Tindak lanjut Komitmen Sentani ke-IV, tanggal 27 Juli 2005.

Program penanggulangan di tingkat Kota/Kabupaten. Pada tingkat propinsi, KPAD Jawa Barat sudah mulai menghimpun dan memutakhirkan data pemantauan situasi HIV/AIDS; dan melakukan diseminasi informasi. Program penanggulangan melalui puskesmas saat ini tengah digagas. Untuk menekan angka penyebaran HIV/AIDS, KPA Jawa Barat—bekerjasama dengan IHPCP—tengah merangkul 82 Puskesmas di Jabar dan Banten. Puskesmas diminta ikut dalam program pertukaran jarum suntik. Di Jabar, program ini ditargetkan mendapat dukungan 35 Puskesmas, pada 15 kabupaten dan kota, yang direkomendasikan oleh Komisi Penanggulangan AIDS (KPAD) Jabar, sebagai daerah prioritas.³ Bagian berikut ini memuat pengamatan terhadap aktivitas dan inisiatif ditambah pernyataan masalah dari lembaga pemerintah di sepuluh wilayah yang terekam melalui RSRA ini.

01. Bekasi

Populasi: 1.639.297

Luas Wilayah:

Estimasi Jumlah Penasun: 227

KPAD. Dibentuk melalui Surat Keputusan Walikota Bekasi 17 Januari 2005, dan diketuai oleh Wakil Walikota Bekasi. Haluan kerja yang sementara ini digunakan adalah hasil Perencanaan Strategis Penanggulangan HIV/AIDS untuk Kota Bekasi, yang disusun 21 Juli 2004. Pada tahun 2005, KPAD bekerja dengan anggaran sebesar Rp 50 juta, bersumber dari APBD, yang digunakan untuk penyelenggaraan seminar sehari yang berlangsung Desember 2005. Belum ada komitmen anggaran untuk tahun kerja 2006.

Kesukarannya pendanaan disebut sebagai salah satu kendala yang membuat program kerja KPAD Bekasi sukar menggelinding.⁴ Sementara KPAD juga menyadari tingginya angka prevalensi HIV/AIDS di wilayah Bekasi.

BNK. Dibentuk melalui Surat Keputusan Walikota Bekasi No.78/2004 oleh Walikota. Pada tahun 2005, BNK mendapatkan dukungan dana APBD sebesar Rp. 250 juta; yang digunakan untuk penyusunan panduan kerja BNK dan penyelenggaraan *training for trainers* bagi kalangan BNK kota Bekasi. BNK menyusun struktur organisasi bahkan sampai ke komunitas, hingga lapis kecamatan (UNK, unit narkoba kecamatan) dan kelurahan (P2NK posko penanggulangan narkoba kelurahan). Meskipun demikian, program kerja atau aktivitas di tingkat komunitas belum terlihat, terutama karena dana tidak tersedia. BNK sendiri menggambarkan dirinya sebagai wadah lembaga yang menangani masalah narkoba; yang melibatkan unsur organisasi masyarakat (Granat), dan instansi pemerintah di bidang penegakkan hukum (kepolisian dan kejaksaan).

Kepolisian. Sepanjang tahun 2005 (sampai bulan November), ditemukan 209 kasus narkoba dan 23 kasus psikotropika. Tidak ada perlakuan khusus untuk penasun bagi pihak Polres semuanya diperlakukan sesuai dengan kewenangan polisional. Sumber wawancara di Polres Bekasi juga menceritakan sedikit kesukaran dalam penanganan tahanan penderita HIV/AIDS dan tahanan yang *sakaw*, yang tidak dapat dirujuk ke RSUD, dengan alasan tidak ada tempat; sehingga harus dikirimkan ke RS di Jakarta.⁵ Untuk program HIV/AIDS Polres Kota Bekasi baru saja mengadakan pendidikan untuk aparat kepolisian kota Bekasi, bekerjasama dengan Yayasan Mitra Sehati.

Dinas Kesehatan. Seperti diungkap sumber wawancara dari Dinas Kesehatan, dr Yasni Rufaidah, Seksi Penanggulangan Penyakit Menular (P2M), Bekasi merupakan wilayah dengan prevalensi HIV/AIDS tertinggi bersama Bandung dan Bogor. Data yang dimiliki Dinas Kesehatan Bekasi pun menunjukkan semakin tingginya prevalensi HIV/AIDS di kalangan penasun. Karena itu ada beberapa program yang tengah dikembangkan, dengan dukungan pendanaan dari Global Fund. Setidaknya saat ini sudah ada dua klinik yang menyediakan layanan VCT, RSUD dan RS Ananda. Layanan konseling konseling dan rapid test diberikan secara cuma-cuma, hanya dikenai biaya retribusi pelayanan. Layanan kesehatan dasar dan Infeksi Menular Seksual diberikan melalui puskesmas (Puskesmas Bantar Gebang, Jati Sampurna, Karang Kitri, Pengasinan, Perumnas I dan II, Aren Jaya dan Rawa Tembaga). Layanan CST, sayangnya, belum tersedia sama sekali. Untuk upaya penanggulangan, hal yang dianggap perlu dilakukan pada tahun mendatang adalah:

- + meningkatkan penggunaan kondom pada perilaku seks yang beresiko dari 20–50% pada tahun 2006 an 50 – 80% pada tahun 2008
- + meningkatkan layanan IMS dan VCT dari 0% menjadi 40% pada tahun 2006
- + meningkatkan jangkauan pada kelompok pengguna napza suntik dari 0% menjadi 20% pada tahun 2006

Lapas Bekasi. Data Lapas Bekasi menunjukkan kenaikan prosentase tahanan dan narapidana kasus narkoba dari tahun ke tahun. Juga diketahui bahwa sebanyak 60 orang penghuni Lapas Bekasi tercatat positif HIV/AIDS (dari 1388 penghuni). Bentuk layanan terhadap tahanan dan napi narkoba dan HIV adalah konseling bekerja sama dengan beberapa lembaga. Sementara layanan kesehatan yang tersedia adalah layanan kesehatan dasar; kalau ada yang sakaw dan sakit akan dirujuk ke RSUD atau RS lainnya. Program harm reduction dan pembagian kondom belum ada. Dua jenis layanan tersebut sekarang sedang dijajaki, dengan peluang pendanaan dari Global Fund. Meskipun disadari pula bahwa gagasan membagikan kondom akan mendapat tentangan dari masyarakat.

Dinas Sosial. Program Dinas Sosial tidak terutama diarahkan langsung pada penasun dan penderita HIV/AIDS, melainkan pada pengguna narkoba yang diistilahkan sebagai anak nakal. Dinsos pernah menyelenggarakan senuah lokakarya, bekerjasama dengan Bina Masyarakat Sejahtera (BMS), mencari alternatif aktifitas dan pengembangan unit usaha bagi mereka yang sudah berhenti dari ketergantungan. Beberapa(?) bengkel sudah diinstalasi untuk para anak nakal tersebut. Tetapi pada tahun 2005, kegiatan tersebut terhenti, karena banyak keluhan mengenai penggunaan istilah anak nakal. Sekarang tengah digagas untuk membuat panti rehabilitasi bagi korban narkoba pada tahun ini.

02. Karawang

Populasi: 1.934.270

Luas Wilayah: 1.753,27 km²

Estimasi Jumlah Penasun: 360

Sejak diketemukan untuk pertamakalinya, di Kecamatan Talagasari tahun 1992, kasus HIV/AIDS di Kabupaten Karawang terus mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Hingga Oktober tercatat ada 118 kasus HIV/AIDS pada periode 1992-2005. Estimasi jumlah populasi rawan mencapai angka 14.450 orang. Kekhususan masalah di Karawang adalah kedekatannya dengan dua wilayah dengan angka epidemi terbesar, yakni Bekasi dan Jakarta. Penyebaran HIV/AIDS terutama terjadi karena hubungan seks tidak aman dan penggunaan jarum suntik tidak steril.

Para penasun terutama terkonsentrasi di Kecamatan Karawang, Kecamatan Teluk Jambe dan Kecamatan Cikampek. Keadaan lebih buruk lagi, seperti ditemukan dalam RSRA ini, karena rendahnya pemahaman para penasun mengenai risiko penularan melalui penggunaan jarum suntik tidak steril serta keengganan penasun untuk menggunakan layanan yang tersedia. Berikut respon para penyedia layanan terhadap situasi tersebut.

KPAD. Didirikan 31 Desember 2004. Menyangkut pengelolaan dan koordinasi tindakan penanggulangan, KPAD telah menyelenggarakan Rapat kerja koordinasi penanggulangan AIDS Tingkat Kabupaten Karawang dan kegiatan Monitoring dan Evaluasi. Sementara program pencegahan yang sudah dilakukan antara lain adalah: Zero Surveillance PSK dan penghuni lapas (bersama Dinas Kesehatan), pembinaan untuk PSK dan penguni lapas, serta kegiatan kampanye melalui peringatan Hari AIDS 2005. Catatan lain yang perlu ditambahkan, sebagian (besar) aktivitas KPAD dilakukan melalui kerjasama dengan Yayasan Pelita Ilmu/YPI (salah satu anggota KPAD). Setidaknya dapat dikatakan bahwa kebijakan penanganan/penanggulangan sedikit banyak dibentuk berdasarkan masukan dari LSM tersebut.

BNK dan Polisi. Berdiri 6 Desember 2004, mengambil peran sebagai lembaga koordinasi antar instansi pemerintah terkait pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan narkoba. Sementara kerja kepolisian Karawang lebih berkonsentrasi penangkapan dan pemberkasan tersangka kasus narkoba. Di luar tindakan represif, Kepolisian Karawang juga melakukan aktivitas penyuluhan bahaya narkoba.

Dinkes. Penanganan terhadap penasun sudah dilakukan sejak September 2003, sebelum KPAD terbentuk. Bekerjasama dengan YPI, Dinas Kesehatan menyediakan layanan terapi pengobatan ARV untuk orang dengan HIV/AIDS. Kegiatan yang sudah dilaksanakan masih berupa penyiapan komponen layanan berupa pemerolehan data, pelatihan konseling, dan pelatihan untuk dokter. Layanan melalui Puskesmas masih sukar dilaksanakan karena tidak tersedianya tenaga konselor.

Di luar empat instansi yang disebutkan di atas, upaya penanggulangan – meskipun belum cukup terpadu dan masih sporadis- dilakukan beberapa dinas lain. Penanganan eks pemakai narkoba di Dinas Sosial (pelatihan keterampilan, edukasi) masih diganjil tiadanya sumberdaya manusia dan dana. Badan Kependudukan dan Catatan Sipil memiliki kelompok dukungan untuk remaja, terutama untuk issue kesehatan reproduksi, bukan terutama program penanggulangan HIV/AIDS. Sementara program dari Dinas Pendidikan lebih terarah pada penyuluhan bahaya penggunaan narkoba yang dialamatkan pada siswa SMP dan SMU.

Tabel Kegiatan KPAD Kabupaten Karawang, 2005

JENIS KEGIATAN	KOORDINATOR PELAKSANA	KETERANGAN
Program Pencegahan		
Program Pencegahan AIDS dilapas Karawang	BPMS Karawang & Yayasan Pelita Ilmu	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Pencegahan AIDS Di Sekolah (Propas)	Yayasan Cinta Bangsa	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Penjangkauan dan pendampingan pada WPS langsung dan tak langsung	Yayasan Cinta Bangsa	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Rapat kerja koordinasi penanggulangan AIDS Tingkat Kabupaten Karawang	KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Pendataan cepat tentang resiko penularan HIV pada IDU suntik	YPI & Skepo, IHPCP	Sudah dilaksanakan dan akan ditindaklanjuti
Zero Surveillance WPS dan Napi	Dinas Kesehatan Karawang & KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan belum ditindaklanjuti
Layanan Informasi media radio	Dinas Penerangan Kebudayaan dan Parawisata	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Pencegahan AIDS pada Tingkat Kecamatan Se-Kabupaten Karawang	KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Pembinaan Titik rawan seks dan Lapas	KPAD Karawang	
AIDS Day 2005	KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Monitoring dan evaluasi	KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Program Dukungan		
Pelatihan Ketrampilan Hidup untuk orang dengan HIV/AIDS (Odha)	Dinas Tenaga Kerja Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Bantuan teknis usaha mandiri ODHA Kabupaten Karawang	KPAD Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Kelompok dukungan sebaya orang dengan HIV/AIDS /ODHA	Pantura Plus Karawang	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Program Penatalaksanaan Pengobatan "ARV" Bagi Petugas Kesehatan	Yayasan Pelita Ilmu & Ikatan Dokter Indonesia Karawang	Sudah dilaksanakan akan dilanjutkan
Pelatihan kesinambungan pengobatan ARV untuk orang dengan HIV/AIDS (Odha)	Yayasan Pelita Ilmu & Pantura Plus	Sudah dilaksanakan dan akan ditindaklanjuti
Pertemuan Odha dan Keluarga	Pantura Plus	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan
Program pelayanan terapi pengobatan ARV untuk orang dengan HIV/AIDS	Dinas Kesehatan Karawang & Yayasan Pelita Ilmu	Sudah dilaksanakan dan akan dilaksanakan

03. Kota Bandung.

Populasi: 2.232.624. (2004).

Luas wilayah: 16.729.65 Ha

Estimasi Jumlah Penasun: 1750

KPAD kota Bandung menempatkan dirinya lebih sebagai badan yang mengkoordinasikan program penanggulangan AIDS, sementara pelaksana program adalah anggota komisi. Belum tersedianya sekretariat permanen, ditambah lemahnya komunikasi dan koordinasi, disebut-sebut sebagai salah satu kendala untuk memainkan peran tersebut.⁷

Dinas Kesehatan. Lengan Dinas Kesehatan untuk penanggulangan bahaya HIV/AIDS adalah Sub Dinas Pemberantasan Penyakit Menular (P2M), yang juga menangani berbagai penyakit seperti diare, kusta, demam berdarah. Salah satu masalah yang dihadapi Dinas Kesehatan adalah kesukaran menjangkau kelompok berisiko tinggi (pekerja seks komersial dan penasun), antara lain karena tidak tersedianya dukungan peraturan perundangan yang mendukungnya. Penjangkauan terhadap kelompok penasun lebih banyak dilakukan oleh lembaga swadaya masyarakat yang bekerja pada issue kesehatan dan HIV/AIDS. Sementara Dinas Kesehatan menyediakan layanan kesehatan melalui Puskesmas yang sudah memiliki tenaga terlatih dalam penanggulangan HIV/AIDS. Untuk mendekatkan akses pelayanan, di kota Bandung setidaknya sudah ada tiga Puskesmas (Buah Batu, Garuda, dan Sarijadi) yang menyediakan beberapa layanan tertentu. Tiga Puskesmas ini bekerja sama dengan LSM (yang melakukan kerja pengjangkauan), dan memberikan layanan kesehatan dasar, pengobatan infeksi alat suntik, dan rujukan (klinis, laboratorium, untuk pengobatan tindak lanjut, atau rujukan untuk konseling khusus atau pendampingan). Komponen kegiatan lain di ketiga Puskesmas ini adalah sosialisasi program di tingkat wilayah kerjanya.

Dukungan anggaran sementara ini belum dapat dipastikan. Ada kesukaran dalam menentukan anggaran untuk penanggulangan masalah permasalahan HIV/AIDS karena sasarannya dianggap yang kurang jelas.

Kantor Sosial. Program atau strategi Kantor Sosial dalam menanggulangi permasalahan HIV/AIDS dan narkoba baru berupa pengajuan rancangan, sedangkan upaya yang dilakukan mengacu kepada tugas pokok dan fungsi dari lembaga ini. Dalam hal ini, tidak terdapat rancangan khusus penanggulangan tetapi lebih kepada permintaan atau kasus yang datang ke Kantor Sosial.

Kepolisian Daerah. Untuk merespon masalah ini, pihak Kepolisian Daerah Bandung (menangani 154 kasus narkoba pada tahun 2005) sampai saat

ini belum memiliki kebijakan atau strategi khusus. Landasan kerja pihak kepolisian adalah UU No. 5 tahun 1997 tentang Psikotropika dan Undang-Undang No. 22 tahun 1997, yang terutama ditujukan untuk mengurangi pasokan/peredaran narkoba.

Lembaga Pemasyarakatan Banceuy. Dari surveillance yang dilakukan bersama Dinas Kesehatan Kota Bandung, pada Desember 2005, ditemukan bahwa dari 250 orang penghuni Lapas Banceut, terdapat 27 orang positif HIV. Sayangnya, tidak ada tindakan lebih lanjut untuk menangani masalah ini di Lapas, karena tidak tersedianya fasilitas (klinik); di samping kesukaran untuk yang berkaitan dengan daya tampung Lapas (dengan daya tampung 550 orang, dan dihuni sekitar 600-800 penghuni). Kerjasama dengan RSHS sudah dilakukan untuk konseling VCT yang sudah berlangsung selama satu tahun, tapi sampai sekaramh belum ada penghuni Lapas yang meminta pemeriksaan.⁸

04. Kota Cimahi

Populasi: 496.060 (2005)

Luas Wilayah: 40.2 Km²

Estimasi jumlah penasun: 50

Dekatnya bahaya HIV/AIDS terungkap dalam diskusi dengan penyedia layanan di Kota Cimahi. Setidaknya dua rumah sakit setempat pernah memiliki pengalaman dalam penanganan penderita ODHA. Rumah Sakit Mitra Kasih pernah beberapa hari menangani satu penderita asal Jakarta, tahun 2004. Demikian juga dengan Rumah Sakit Dustira yang sudah pernah merawat tiga penderita (masing-masing: satu bayi yang dirujuk dari RS Hasan Sadikin, Bandung; satu penderita yang sekarang sudah meninggal, dan satu orang penduduk Cimahi).

Penuturan serupa ditemukan di Klinik Soteria, Cimahi, yang secara akumulatif sudah merawat 15 orang ODHA yang berasal dari berbagai kota. Mereka datang ke Klinik ini khusus untuk keperluan pengobatan.⁹

KPAD dan BNK. KPAD lebih menempatkan dirinya sebagai lembaga koordinasi program, yang diimplementasikan di instansi penyedia layanan. Program kerja yang sudah dilaksanakan lebih banyak berada di area pencegahan. Tampaknya sekurangnya pada satu tahun mendatang, aktivitas masih akan ditekankan pada upaya pencegahan penyebaran HIV/AIDS. Demikian juga dengan BNK yang pada tahun 2006, dengan pengajuan anggaran sebesar Rp 100 juta, akan mengarahkan program kerja pada aspek pencegahan, pengobatan, dan pemberantasan.

Dinas Kesehatan, Rumah Sakit.. Seperti tahun lalu, Dinas Kesehatan akan mengarahkan perhatian pada aspek pencegahan. Dari segi anggaran ada kemajuan, tahun lalu anggaran tersedia adalah Rp 11.450.000. Tahun 2006 akan ada kenaikan, menjadi Rp. 54 juta. Selain itu Dinkes akan mengupayakan layanan ARV. Dua rumah sakit akan diproyeksikan untuk memberikan layanan ini, yakni RS Cibabat dan RS Dustira. Layanan VCT sudah dapat dilakukan di RS Dustira, namun layanan dan pengobatan gratis belum dimungkinkan (walaupun ada keringanan harga untuk keluarga pegawai rumah sakit). RS Cibabat belum dapat memberikan layanan sejenis. ODHA yang datang ke RS Cibabat akan dirujuk ke RS Hasan Sadikin, Bandung.

Dari diskusi dengan penyedia layanan, layak dicatat inisiatif dari Puskesmas Cipageran yang memberikan penyuluhan kepada anak sekolah lanjutan atas yang wilayah kerjanya; serta kesediaan Puskesmas Baros yang berminat turut membantu, menyediakan tempat, untuk program pertukaran jarum suntik.

Tabel. Aktivitas Berbagai Lembaga Pemerintah di Kota Cimahi

INSTANSI / LEMBAGA	AKTIVITAS
KPAD dan Dinas Kesehatan	- Pelatihan Universal Precaution. Ditujukan untuk 30 peserta (dokter dan perawat sembilan Puskesmas.
	- Pelatihan calon konselor HIV/AIDS. 20 orang dokter dan perawat Puskesmas, mempelajari <u>Konseling dasar Penanggulangan HIV/AIDS</u>
	- Studi banding ke Bali.
	- Seminar HIV/AIDS
	- Kerjasama dgn LSM
	- Penyuluhan HIV/AIDS
	- Kerjasama dengan Klinik Teratai RSHS
KPA	- Pemantapan KPA.
	- Upacara peringatan hari AIDS sedunia
BNK	- Menghadiri kegiatan yang di lakukan oleh Dinas Kesehatan dan KPA
BPMKB	- Program Kesehatan Reproduksi Remaja. Penyuluhan Kesehatan reproduksi remaja. Pelatihan untuk 30 Sekolah SMP,SMA, dan remaja mesjid, Karang taruna di 25 rukun warga di tiga kecamatan.
Departemen Agama, Seksi Pendidikan Agama Masyarakat.	- Penyuluhan. Untuk Remaja Mesjid,
	- siswa madrasah Tsanawiyah, dan Aliyah
Puskesmas Cipageran	- Penyuluhan. Dilakukan di tiga sekolah di wilayah Cipageran
RS Mitra Kasih, RS Dustira.	- Pengobatan ODHA

05. Kabupaten Bandung.

Populasi: 4.145.967 (2004).

Luas Wilayah: 3.0373,70 Km²

Estimasi jumlah penasun: 150

Badan Narkotika dan KPAD. Informasi mengenai kedua lembaga ini sangat miskin dan terbatas sekali. Sumber RSRA mengatakan bahwa Badan Narkotika kabupaten BNK sekarang akan menyusun ulang organisasinya.

Dinas Kesehatan. Karena itu tidak mengherankan bila bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, program penanggulangan dianggap sebagai "tumpahan" fungsi dan tugas KPAD,¹⁰ yang sementara ini vakum. Bagi Dinas Kesehatan, program penanggulangan tidak boleh hanya tertuju pada kelompok penasun saja, cakupan aktivitas perlu lebih menyeluruh ke semua kelompok resiko. Program tersebut dilakukan oleh bagian Pemberantasan Penyakit Menular dan Penanggulangan Lingkungan (P2MPL). Program tersebut -pada dasarnya diturunkan dari tujuh butir Komitmen Sentani, 19 Januari 2004- mencakup:

- *screening* pada kelompok rawan;
- Menyiapkan SDM, sarana dan jejaring pelayanan kesehatan (VCT, CST, STI);
- Penyuluhan pada remaja, pemuda, dan kelompok rawan;
- Menyiapkan kerjasama rujukan;
- Distribusi kondom pada kelompok resiko.

Hasil yang sementara ini telah dicapai :

- Pelaksanaan zerosurvey pada kelompok resiko (PSK dan 58 orang dari 3 wilayah);
- Melakukan penjangkauan pada kelompok berisiko (PSK, penasun, dan lain-lain) melalui Puskesmas yang sudah ada.
- Pelaksanaan rujukan terapi ARV ke RSHS;
- Sosialisasi dan *information campaign* HIV/AIDS melalui selebaran, leaflet, dan sejenisnya.
- Sosialisasi HIV/AIDS bagi seluruh kepala sekolah SD/SMP/SMU se-Kab. Bandung;
- Program pemakaian kondom 100% (PPK 100%);

Cakupan aktivitas yang dilakukan Dinkes Kabupaten Bandung belumlah mampu berjalan dengan cukup baik, kabupaten berpenduduk lebih dari

empat juta orang ini baru mampu menyediakan satu orang tenaga VCT. Apalagi bila berbicara tentang sosialisasi *harm reduction* kepada polisi misalnya yang sampai saat ini hasilnya masih mengambang tak berketentuan, karena masih belum ada kesepahaman tentang program *harm reduction* itu sendiri. Pun demikian untuk soal pembentukan petugas penjangkauan. Kerja penjangkauan untuk kelompok PSK dan waria lebih mengandalkan kerja sama dengan LSM setempat, Sahara misalnya. Pembentukan kelompok penjangkauan dibayangi kekhawatiran bahwa para pecandu akan segan atau takut berhadapan dengan petugas penjangkauan berseragam pegawai negeri.

Diskusi peneliti lapangan terutama dengan Dinas Kesehatan mencatat sekurangnya tiga kendala dalam penanggulangan masalah; pertama: lemahnya koordinasi yang bagus dalam penanganan narkoba dan HIV karena masih ada "dua kepala", yaitu BNN dan KPA; untuk kasus program *harm reduction*, contohnya; Kedua: tidak jelasnya peruntukan anggaran kegiatan penanggulangan, padahal menurut dokument anggaran satuan kerja tahun anggaran 2005 Kabupaten Bandung, Dinkes beroleh anggaran sejumlah Rp.53.121.754.000. Ketiga: dua Rumah Sakit besar Kabupaten Bandung belum menyediakan pelayanan untuk kasus-kasus HIV/AIDS.

Dari kendala yang teridentifikasi dalam pertemuan FGD Penyedia Layanan untuk RSRA ini, di masa datang dipandang perlu untuk segera menyiapkan rumah rehabilitasi dan klinik IMS di Padalarang, dan membuka kerjasama dengan LSM lokal.¹¹

06. Cirebon.

Populasi: 268.000

Luas Wilayah: 3.758,8 hektar

Estimasi jumlah penasun: 960

KPAD. Respon programatik penanggulangan masalah boleh dikatakan masih lemah. Lemahnya respon lembaga pemerintah, apalagi respon terpadu, untuk penanggulangan bahaya HIV/AIDS memang merupakan issue utama dalam Diskusi Penyedia Layanan di Cirebon. Jika mengusut sebabnya, KPAD tidak kunjung mampu bekerja efektif, lalu dibentuk kembali pada Mei 2005; dan sejak itu baru dua kali mengadakan rapat. Ada kebutuhan untuk menyusun Rencana Strategis, yang sampai sekarang

belum dimiliki KPAD. Untuk membentuk gagasan program, salah satu kesukaran yang dilontarkan adalah belum adanya prosedur tetap (protap) dari Departemen Kesehatan tentang penanggulangan HIV/AIDS. Kesukaran lain adalah tidak adanya dana. Tahun 2005, tersedia anggaran sebesar Rp 27 juta untuk kegiatan KPAD. Mata anggaran itu tahun 2006 ini lenyap, dan anggaran untuk penanggulangan HIV/AIDS dikabarkan langsung dikembalikan ke instansi teknis.¹²

Dinas Kesehatan dan RS Gunung Jati. Dari pihak Dinas Kesehatan, respon yang sudah dilakukan adalah melakukan aktivitas penyuluhan dan zerosurvey. Khususnya untuk penanggulangan bahaya HIV/AIDS, Dinas Kesehatan masih ingin melihat program yang akan dikembangkan KPAD.

Sebagai rumah sakit yang sering menerima limpahan pasien dari kota sekitarnya (Tegal, Brebes, dll), RS Gunung Jati sudah menangani beberapa kasus HIV/AIDS.¹³

Menanggapi masalah ini, RS Gunung Jati bahkan sudah membentuk Tim Penanggulangan HIV/AIDS. Sudah ada pedoman tata laksana untuk merawat penderita berikut infeksi oportunistiknya. Khusus untuk layanan ARV, manajemen penanganan dianggap belum sederhana, sehingga penderita yang membutuhkan harus dirujuk ke RS Hasan Sadikin, Bandung.

Untuk menambah upaya penanggulangan, RS Gunung Jati merasa perlu melakukan kerja tambahan di masa depan, misalnya membuat kelompok ODHA dan terus melakukan penyuluhan bekerjasama dengan LSM.

Hal paling maksimal yang dapat dicapai dari RSRA ini adalah membangkitkan kesadaran akan masalah di kalangan penyedia layanan di Cirebon. Pada akhir sesi Diskusi Penyedia Layanan untuk RSRA ini, 13 Februari 2005, tercapai kesepakatan untuk menyelenggarakan Perencanaan Strategis KPAD. Dijadwalkan akan berlangsung April-Mei-Juni 2005, dengan dukungan dana APBD. Dinas Kesehatan akan memfasilitasi penyelenggaraan lokakarya penanggulangan masalah, jika nanti diperlukan. Sedangkan bagian Kesejahteraan Rakyat akan memenuhi janji terdahulu yakni menyediakan fasilitas kesekretariatan untuk KPAD.

O7. Tasikmalaya

Populasi: 556.180 jiwa (kota), 1.626.497 (kabupaten)

Luas Wilayah: -

Estimasi jumlah penasun: 170 (kota), 170 (kabupaten).

Dinas Kesehatan Kabupaten. Dinkes memandang situasi epidemi HIV/AIDS di Tasik termasuk mengkhawatirkan karena sudah masuk ke wilayah rumah tangga. Hanya saja sejauh ini yang bisa dan baru dilakukan oleh dinkes kabupaten sebatas kerjasama dengan beberapa panti rehab dalam penanganan terhadap kelompok beresiko (Penasun). Kendalanya terletak pada masalah tenaga dan kemampuan dinkes dalam penjangkauan terhadap kelompok beresiko yang masih terbatas. Tahun ini dinkes kabupaten berencana akan melatih konselor-konselor HIV

Di dinkes sendiri HR sudah jadi wacana. Namun sejauh ini dinkes pun masih berpandangan sulit untuk mengimplementasikannya. Hal yang perlu dipersiapkan dalam kerangka tersebut adalah sosialisasi di tingkat eksekutif dan legislatif serta masyarakat. Selain itu juga dibutuhkan tenaga-tenaga pelaksananya.

Dinas Kesehatan kota. Dinkes Kota Tasikmalaya mencatat tahun 2005 di Kota Tasikmalaya ada 30 orang penderita HIV/AIDS, 99% berasal dari kalangan Penasun. Selama ini yang menjadi kendala dalam penanggulangan persoalan ini adalah masalah tenaga dan sarana. Selain itu juga masalah sosio kultural masyarakat Tasik dan para pemuka agama. Persoalan yang sama terjadi dalam program pembagian kondom.

Karena itu, sebelum HR diimplementasikan dinkes memandang seyogyanya ada komunikasi terlebih dahulu dengan berbagai elemen pemerintah, masyarakat dan polisi (BND). Dalam pandangan dinkes kota, yang lebih dibutuhkan sebelum HR diterapkan adalah tindakan preventif seperti adanya lokalisasi bagi PSK.

Lembaga Pemasarakatan. Berkaitan dengan masalah narkoba, pihak lapas pernah mengadakan kadarkum dengan STHG pada 29 Desember 2005 silam. Selain itu bekerjasama dengan dinas pendidikan kabupaten mengadakan kelompok

kajian usaha, dengan depag mengadakan majelis taklim. Semua kegiatan tersebut diperuntukkan bagi penghuni lapas.

Berkaitan dengan HIV/AIDS, ketika bulan puasa kemarin bekerjasama dengan RSUD, Lapas melakukan tes darah terhadap penghuni lapas. Hanya saja, berkaitan dengan kode etik, tidak diketahui berapa atau ada-tidaknya tahanan atau napi yang terinfeksi HIV. Pihak Lapas menyatakan akan menyiapkan kamar khusus jika ada napi atau tahanan yang positif HIV. Selain itu akan memberi ruang bagi keluarga untuk melakukan tindakan proaktif guna mengobati anaknya yang masuk lapas dan kemungkinan terkena HIV.

HR adalah sesuatu yang baru buat pihak Lapas. Namun sepanjang niatnya baik, pihak lapas mempersilakan. Problem Lapas adalah keterbatasan anggaran. Anggaran lapas selama ini berasal dari pusat, bukan dari pemerintah setempat. Kepada yang berwenang lapas berharap bisa memindahkan penghuninya ke tempat yang lebih layak, mengingat lapas yang dipakai sekarang ini sudah overload.

Kepolisian. Dalam pandangan kepolisian, mereka yang menggunakan napza suntik agar dilaporkan saja pada aparat. Pandangan ini disampaikan oleh Bagian Bina Mitra (BM) ketika proses FGD dan wawancara. BM selama ini berperan serta dalam masalah narkoba dan HIV/AIDS dengan strategi 'soft'. Bagian ini bertugas memberikan penyuluhan kepada masyarakat khususnya remaja. Secara rutin seminggu sekali biasanya Bina Mitra melakukan kunjungan ke SMA-SMA. Kadang-kadang juga ke SLTP. BM juga menerima dan melayani kalau ada permintaan dari LSM, karang taruna atau yang lainnya untuk memberi penyuluhan. Sejalan ini yang sering menjadi mitra kerjasama adalah MCR. Dalam pandangan BM, MCR lebih aktif dan terlihat kerjanya dibanding LSM yang lain.

Dinas Pendidikan Kota Tasikmalaya. Ketika FGD Respon berlangsung, pihak dinas pendidikan kota lebih menyoroti pada masalah narkoba yang sering terjadi di kalangan pelajar. Pihak kepolisian, MCR dan pihak lain diminta untuk membantu Disdik dalam kerangka sosialisasi narkoba dan HIV/AIDS kepada pelajar. Disdik juga berencana mengadakan pertemuan pihak sekolah dengan orang tua murid dalam kerangka tindakan

preventif terhadap penyalahgunaan napza. Saat ini disdik kota Tasikmalaya mengurus sekitar 14.000 siswa meliputi SD, SMP, dan SMA.

Bagian Kesejahteraan Rakyat Pemkab Tasikmalaya Selama FGD berlangsung, Bagian Kesra menyoroti masalah kemungkinan tertularnya warga masyarakat yang ada di sekitar panti-panti rehabilitasi.

Dinas Kependudukan, Keluarga Berencana dan Tenaga Kerja Pemkot Tasikmalaya. Dinas yang sebelumnya bernama BKKBN ini baru sebatas melakukan tindakan preventif untuk penanganan masalah HIV/AIDS, berupa sosialisasi kepada masyarakat melalui leaflet, dsb. Dalam FGD respon, pihak dinas mengharapkan adanya tindak lanjut dari asesmen ini.

Bappeda Kota Tasikmalaya. Menurut pihak Bappeda yang datang di FGD respon, saat ini belum tersedia dana untuk KPA kota. Sehingga KPA kota belum bisa menjalankan kerja dan fungsinya. Hanya ada dana penanggulangan napza yang tersimpan di dinas sosial.

RSUD. Sejauh ini, sudah ada lima pasien HIV/AIDS yang pernah ditangani oleh RSUD. Namun demikian pemahaman mengenai penyakit yang satu ini di kalangan perawat belum cukup memadai. Hal ini terlihat pada perilaku pembakaran tempat tidur bekas pasien HIV/AIDS. Oleh karena itu perlu pengetahuan tambahan bagi tenaga medis dan paramedis di RSUD. Terhadap pasien HIV/AIDS, pihak RSUD menyatakan bisa memberikan pelayanan gratis di kelas III.

Kanwil Departemen Agama. Keterlibatan Kanwil Depag dalam masalah narkoba dan HIV/AIDS di Tasikmalaya tidak terlepas dari karakter kota ini yang identik dengan nuansa religius. Dalam menjalankan program kondom untuk PSK, MCR Tasikmalaya mendapat dukungan dari Kanwil Depag. Adapun berkaitan dengan masalah Penasun dan HIV/AIDS, Kanwil Depag terlihat resisten. Hal ini tergambar dalam pandangannya mengenai program pertukaran jarum suntik dan cara sterilisasi jarum yang benar, yang dibutuhkan oleh Penasun. Yang ditekankan oleh pihak depag berkisar pada tindakan preventif yang harus bisa dilakukan oleh Disdik terhadap pelajar, dan

kepada pihak kepolisian yang diharapkan bisa memutus mata rantai peredaran narkoba di Tasikmalaya.

Dinas Kependudukan, Tenaga Kerja dan Keluarga Berencana Pemkab Tasikmalaya. Menurut Bapak Wilasna, perwakilan yang hadir dalam FGD, sterilisasi jarum suntik adalah hal yang dilematis. Di satu sisi hal ini dibutuhkan agar tidak terjadi penularan HIV, namun di sisi lain hal ini seperti menghalalkan penyalahgunaan narkoba. Berkaitan dengan hal ini, pihaknya mengharapkan agar MCR bisa menjadi mediator pertemuan berbagai pihak, baik itu ormas, instansi pemerintah, organisasi keagamaan dan masyarakat umum. Selain itu disoroti juga masalah kebanyakan Penasun yang berstatus pengangguran.

MCR Tasikmalaya. Ruang gerak MCR Tasikmalaya selama ini masih terfokus pada satu kelompok beresiko yaitu PSK, belum menjangkau penasun. Meski demikian, perhatian terhadap Penasun cukup intens dilakukan. Hal ini terlihat dari kliping yang dimiliki MCR Tasikmalaya yang banyak mengetengahkan soal Penasun dan HIV/AIDS. Selain itu sudah ada rencana untuk penjangkauan di beberapa wilayah kabupaten seperti Singaparna dan Manonjaya.

Secara umum MCR berpandangan perlu adanya komitmen bersama semua pihak untuk menangani persoalan penasun di Tasikmalaya. Selain itu diperlukan strategi yang efektif dan pembagian tugas yang jelas antara satu instansi dengan instansi lainnya sesuai dengan tugas pokok mereka.. Ini diperlukan mengingat Penasun di Tasik tidak hanya mereka yang ada di panti-panti rehabilitasi saja, tetapi Penasun aktif yang ada di tengah masyarakat.

Secara khusus MCR merekomendasikan adanya program HR di Tasikmalaya. Hal ini didasarkan pada hasil RSRA dan kebutuhan beberapa Penasun yang pernah mengakses layanan dari MCR.

Bagi MCR, bagaimanapun kondisinya, sudah harus ada perhatian dan jangkauan ke penasun yang ada di Tasikmalaya ini, baik kota maupun kabupaten. MCR berharap yang menjadi pegangan dalam menangani masalah Penasun adalah pemutusan mata rantai penularan HIV/AIDS. Mau tidak mau

sudah harus ada strategi pemberian informasi bagi penasun tentang perilaku menyuntik yang benar. Selain itu diperlukan juga adanya *Support group* bagi penasun atau pecandu napza lainnya agar pemberian informasi, perawatan/pengobatan dan perubahan perilaku sebagai inti dari program HR bisa tercapai.

Hal lain yang disoroti oleh MCR adalah perlunya pemberian informasi tambahan yang harus dilakukan kepada tenaga medis dan paramedis di lembaga terkait, seperti RSUD, dalam hal penanganan terhadap pengidap HIV/AIDS. Harus diakui bahwa SDM di instansi-instansi yang terkait langsung masih lemah.

08. Kota Bogor

Populasi: 820.000.

Luas Wilayah: 11.850 Ha.

Estimasi jumlah penasun: 1640.

KPAD. Bersama wilayah Bekasi dan Bandung dan sekitarnya, Bogor merupakan daerah dengan jumlah kasus HIV yang tinggi. Menurut catatan Dinas Kesehatan Kota Bogor, tahun 2005 jumlah kasus tercatat 98 kasus, dan 12 orang meninggal karena AIDS. Sedangkan keseluruhan kasus HIV+ diperkirakan mencapai angka 602. Menanggapi situasi ini, sejak tahun 2002 Kota Bogor sudah memiliki KPAD, yang dibentuk melalui Surat Keputusan Walikota Bogor No:443.45.126 Tahun 2002. Kegiatan paling akhir KPAD adalah rapat koordinasi dengan KPA Propinsi Jawa Barat, membicarakan Peraturan Daerah dan Kebijakan Penanggulangan dan Pencegahan

Penyebaran HIV/AIDS di Kota Bogor. Rapat koordinasi itu berlangsung 17 Januari 2006, dihadiri lembaga-lembaga yang bergerak dalam bidang penanggulangan masalah, yakni: Dinas Kesehatan, Lapas Paledang, RS Marzoeeki Mahdi, MUI, dan Yakita.

BNK dan Kepolisian Daerah. BNK menempatkan dirinya sebagai, bersama Kepolisian, badan yang melakukan upaya pemberantasan peredaran narkoba di Kota Bogor. Susunan organisasi BNK sudah terbentuk.¹⁴ Dan BNK saat ini sedang menyusun nota kesepahaman dengan Polresta Bogor. Nota kesepahaman ini antara lain memuat komitmen BNK untuk

memberikan dukungan dana operasional kepada Polresta Bogor untuk pemberantasan peredaran narkoba. Sementara sumber dana dari APBD dianggap tidak mencukupi karena mahal biaya operasional (biaya laboratorium untuk pemeriksaan, membayar upah informan, dll).

Dengan haluan UU No:5/1997 tentang Psicotropika dan UU No:22/1997 tentang narkoba, Polresta Bogor bekerja dalam upaya penindakan. Sepanjang 2005, Polresta Bogor menangani 103 kasus narkoba, berbagai jenis narkoba terutama ganja. Sudah ada percobaan untuk membedakan penanganan untuk tersangka pemakai (dari pengedar). Bekerjasama dengan lembaga rehabilitasi seperti RS Sakinah dan RS Marzoeeki Mahdi, sebagai tempat rujukan penanganan rehabilitasi untuk pemakai narkoba yang tertangkap. Selain upaya penindakan, kepolisian sudah melakukan kegiatan penyuluhan bahaya narkoba/napza di sekolah. Kerjasama penyuluhan dilakukan dengan Biro Hukum Pemda Kabupaten Bogor di 44 kecamatan di wilayah Kabupaten Bandung.

Sampai saat ini memang belum ada kebijakan atau strategi khusus untuk tersangka yang positif terinfeksi HIV. Pihak Polres Bogor (Kanit Narkoba) maupun Polresta (Kasat Narkoba) mengaku tidak tahu, belum mendengar, tentang program *harm reduction*. Sosialisasi program *harm reduction*, memang baru dilakukan Dinas Kesehatan sampai tingkat polsek.

Dinas Kesehatan. Upaya penanggulangan bahaya HIV/AIDS yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Bogor, tidak hanya terbatas pada kelompok penasun saja, melainkan juga diarahkan pada kelompok berisiko tinggi lainnya. Program penanggulangan –berbasis pada tujuh butir Komitmen Sentani-dilakukan oleh bagian Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2MPL); dengan anggaran APBD sebesar Rp 300 juta, ditambah bantuan Global Fund senilai Rp 300 juta.

Aktivitas yang dilakukan mencakup: pertemuan rutin (setiap tiga bulan) dengan lembaga pemerintah dan non-pemerintah yang bergerak di bidang penanggulangan HIV/AIDS, screening pada kelompok rawan, penyiapan SDM (untuk VCT, CST, STI), pelayanan kesehatan termasuk pemberian ARV, mengembangkan outreach untuk kelompok rawan, penyuluhan

(untuk pemuda dan kelompok rawan), pelatihan untuk polisi dan tenaga kesehatan, kerjasama rujukan dengan RS Marzoeki Mahdi, dan distribusi kondom untuk kelompok berisiko.

Dalam hal pemberian layanan, Dinas Kesehatan telah melatih dua tim konselor dan membentuk klinik VCT di dua rumah sakit (RS PMI dan RS Marzoeki Mahdi); menyiapkan 30 konselor VCT untuk 24 puskesmas (selain petugas dari Disnakersos, Departemen Agama, BKKBN, guru, karang taruna), menyiapkan konselor untuk Lapas Paledang, melakukan konseling dan test sukarela, menyiapkan tim CST di RS Marzoeki Mahdi, membangun jejaring pengobatan ARV (dengan LSM dan Lapas Paledang), dan melakukan terapi ARV.

Sejauh ini sosialisasi program *harm reduction* dianggap belum sepenuhnya berhasil; belum ada kesepahaman mengenai program tersebut. Pembentukan kelompok outreach—diambil dari kelompok PSK dan Waria—dianggap cukup efektif untuk menjangkau dua kelompok tersebut. Sementara petugas *outreach* dari kelompok penasun masih dipandang kurang efektif. Karena para para petugas outreach tersebut (yakni residen dari sejumlah pusat rehabilitasi) sudah disibukkan dengan program di lembaga dimana dia menjalani rehabilitasi, sehingga mereka tidak sempat menjangkau kelompok penasun yang berada di luar lembaga rehabilitasi. Untuk pengembangan program lebih lanjut, dua puskesmas yakni Bogor Timur dan Bogor Tengah (melalui skema pilot project) diproyeksikan untuk menjalankan program *harm reduction*; meskipun belum diputuskan elemen program *harm reduction* apa saja yang akan diberikan di kedua puskesmas tersebut.

Disnakersos. Dinas Tenaga Kerja dan Sosial selama ini tidak memiliki program spesifik yang berkaitan langsung dengan penggunaan narkoba. Baru pada tahun 2006, Dinas ini mengagendakan program pembinaan eks pengguna napza. Program sejenis sebelumnya pernah diajukan, tetapi tidak disetujui lantaran keterbatasan dana dan di luar daftar prioritas. Disnakersos pernah menyelenggarakan penyuluhan bahaya narkoba untuk masyarakat Kelurahan Pasir Kuda, bekerjasama dengan Yayasan El-Makiyah (*interzone treatment centre*) dan karang taruna setempat. Untuk kegiatan yang berhubungan dengan masalah HIV/AIDS, kegiatan terutama diarahkan untuk penanganan PSK; melalui penjangkauan,

identifikasi PSK yang layak dibina, dan –bekerjasama dengan Dinkes- memberikan layanan pemeriksaan kesehatan. Sampai tahun 2005, sekitar 114 PSK sudah diidentifikasi dan diperiksa. Untuk pengembangan program Disnakersos tidak cukup anggaran. Program pemeriksaan kesehatan pun dilakukan dengan bantuan Dinkes.

Lembaga Pemasyarakatan Paledang. Dengan daya tampung 500 orang, Lapas Paledang dijejali 1500 penghuni. 37%-40% penghuni adalah narapidana dan tahanan kasus narkoba. Pihak Dinkes sudah melakukan tiga kali zerosurvey di Lapas Paledang; dari 200 orang yang menjalani test diperkirakan 20% sudah terinfeksi HIV. Saat ini Lapas Paledang bekerjasama dengan Yakita untuk program komunikasi, informasi dan edukasi mengenai *harm reduction*. Program ini dilakukan dua kali seminggu dan sudah berlangsung selama satu tahun.

09. Kota Sukabumi

Populasi: 277.769

Luas Wilayah: 48,0023 Km²

Estimasi jumlah penasun: 130

Menurut Dinas Kesehatan Kota Sukabumi, kasus HIV+ di Kota Sukabumi pertama ditemukan pada tahun 2000 yaitu sebanyak 3 orang. Dan untuk tahun-tahun berikutnya kasus HIV+ rata-rata berkembang hampir 80% dari tahun sebelumnya hingga pada tahun 2005 secara kumulatif terdapat 70 orang yang mengidap HIV+ dengan 21 orang yang menderita AIDS. Dari 70 orang yang terdata tersebut 63 adalah laki-laki dan sisanya adalah perempuan.

Menurut Laporan KPAD Kota Sukabumi, dari 21 orang yang terdata menderita AIDS 19 orang diantaranya telah meninggal dunia. Tidak diketahui angka pasti penyebab 19 orang yang telah meninggal, apakah karena sudah terjangkit virus-virus oportunistik ataupun karena gejala-gejala penyakit lainnya. Namun yang pasti dari data tersebut, kecenderungan angka meninggalnya penderita HIV makin meningkat dari tahun ke tahun.

KPAD. Didirikan dengan Keputusan Walikotamadya Kepala Daerah Tingkat II Sukabumi No. 7 Tahun 1995. Untuk saat ini KPAD Kota Sukabumi sedang berbenah dalam jalur koordinasi lintas sektoralnya. Ketua Harian KPAD Kota Sukabumi di pegang oleh Asisten Daerah II Kota Sukabumi. Anggaran untuk penanggulangan HIV/AIDS yang didapat dari APBD Kota Sukabumi tahun 2005 adalah sebesar Rp.50 juta,-. Laporan KPAD 2005 menyebutkan program-program yang akan disasar adalah:

- Menyusun ketetapan-ketetapan kebijakan, arahan dan pedoman khusus penanggulangan HIV/AIDS secara terpadu di Kota Sukabumi yang meliputi bidang perencanaan, pelaksanaan, pencegahan, pemantauan dan pengendalian.
- Mengkoordinasikan perumusan perencanaan kegiatan lintas sektor secara menyeluruh dan terpadu.
- Berkoordinasi dengan Badan Narkotika Kota (BNK) untuk memperoleh kesepahaman penanggulangan HIV/AIDS melalui pengendalian faktor resiko seperti narkoba.
- Memperluas jejaring dan kemitraan dengan organisasi non pemerintah yang peduli HIV/AIDS.
- Menyelenggarakan pendataan, pengkajian, surveilliance dan evaluasi pada kelompok resiko tinggi untuk memutus rantai penularan melalui program "Harm Reduction"
- Memfasilitasi organisasi non pemerintah peduli HIV/AIDS untuk melakukan penjangkauan pada kelompok resiko tinggi ODHA/OHIDA.
- Melakukan studi perbandingan dalam berbagai bidang dengan daerah/wilayah atau organisasi peduli HIV/AIDS, kegiatan ilmiah, serta penyuluhan-penyuluhan dalam rangka meningkatkan dan menyempurnakan kebijakan dan program/kegiatan penanggulangan HIV/AIDS.¹⁵

Pada tahun 2005, KPAD Kota Sukabumi telah melakukan surveilliance pada kelompok napi Lapas Kota Sukabumi sebanyak 209 sampel (hasilnya belum diketahui). Surveilliance juga dilakukan pada kelompok PSK Kota Sukabumi sebanyak 32 sampel (hasilnya juga belum diketahui). Aktivitas lainnya adalah Melakukan penyuluhan pada 300 siswi perempuan dalam rangka

hari AIDS sedunia dengan tema : "Melindungi Remaja Putri dari HIV/AIDS berarti melindungi Kehidupan Bangsa".

Dinas Kesehatan. Upaya penanggulangan dilakukan melalui Sub Dinas Penanggulangan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2MPL) ; dikepalai dr Rita yang juga menjabat sebagai Kepala Palang Merah Indonesia (PMI) Kota Sukabumi dan Sekretaris KPAD Kota Sukabumi. Pada SubDinas P2MPL ada beberapa penyakit menular yang menjadi fokus program yaitu untuk penanggulangan diare, demam berdarah dan flu burung (yang cukup santer di Kota Sukabumi karena banyak peternakan ayam) dan saat ini ditambah dengan HIV/AIDS.

Khusus dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS bisa dikatakan aktivitas yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan pada tahun-tahun sebelumnya adalah semua aktivitas yang tercantum dalam laporan KPAD Kota Sukabumi (yang telah disebutkan di atas). Dalam upaya penanggulangan penyebaran HIV/AIDS, aktivitas Dinkes Kota Sukabumi tidak terfokus pada kelompok IDUs, namun lebih menyeluruh ke semua kelompok berisiko tinggi.

Upaya promotif dan preventif yang sudah dilakukan adalah:

- memfasilitasi pendidikan tenaga-tenaga VCT dari Dinas Kesehatan. Saat baru baru tersedia dua orang tenaga VCT dari Dinkes yaitu dr. Wahyu (Puskesmas Baros) dan Evy (dari staff P2MPL).
- penjangkauan pada kelompok berisiko, bekerjasama dengan Rumah Cemara, Sukabumi. Dinas Kesehatan juga menerbitkan ID card khusus untuk staff & volunteer Rumah Cemara Kota Sukabumi untuk identitas ketika melakukan penjangkauan. Hal ini dilakukan karena dari staff-staff yang ada di Dinkes mengalami kesulitan untuk menjangkau IDU serta ODHA yang ada karena 'mereka bukan junkie'.
- rujukan tes darah dan terapi ARV ke RSUD R. Samsudin SH.
- sosialisasi dan *campaign* HIV/AIDS dan Napza melalui selebaran, leaflet dan sejenisnya.
- sosialisasi Napza dan HIV/AIDS ke sekolah-sekolah SD/SMP/SMU.
- memberikan pelatihan pada juru dakwah dan penyuluh kesehatan mengenai HIV.

- Pelaksanaan surveillance pada kelompok nabi dan PSK pada tahun 2005.
- Penggunaan jarum suntik sekali pakai dalam pelayanan kesehatan
- Penggalakkan penggunaan kondom untuk pelaku seks beresiko
- Screening darah di fasilitas PMI
- memfasilitasi 40 orang IDU untuk dilakukan tes darah, bekerja sama dengan Rumah Cemara Sukabumi.

Untuk memperluas cakupan aktivitas dan memperkuat layanan Dinas Kesehatan berencana untuk:

- Memfasilitasi pelatihan tenaga VCT, direncanakan dalam tahun 2006 akan ada 30 tenaga VCT di lingkungan Dinkes Kota Sukabumi.
- Menyusun rencana aksi penanggulangan HIV meliputi political will, institusi teknis dan budgeting berikut membangun sistem penanganan HIV/AIDS.
- Memperluas jejaring dengan lembaga-lembaga non pemerintah dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS.

RSUD R. SYAMSUDIN SH. Dalam kaitannya dengan HIV/AIDS RSUD R. Syamsudin, SH memberikan layanan untuk penyembuhan, rehabilitasi dan pelayanan rujukan. Saat ini sudah ada mekanisme rujukan dari Dinas Kesehatan Kota Sukabumi untuk melayani ODHA. Bersama RS PMI, di RSUD ini sudah dimungkinkan layanan uji darah, dengan metode rapid test. Jumlah ODHA yang dirawat di RSUD R. Syamsudin, SH meningkat dari tahun ke tahun.

Tabel

Jumlah ODHA yang dirawat di RSUD R. Syamsudin, SH.

Tahun Jenis Kelamin	2003		2004		2005	
	PASIE	MENINGGAL	PASIE	MENINGGAL	PASIE	MENINGGAL
Laki-laki	9		25		25	
Perempuan	0		4		3	
Jumlah	9	3	27	7	28	11

Juga sudah tersedia layanan untuk dua macam obat generik (Duviral dan Neviral). Layanan ARV mulai diberikan tahun 2005 kepada enam orang penderita (dua orang dirujuk dari Bandung), dengan 2 orang diantaranya sudah meninggal dunia. Untuk mendapatkan layanan ini, penderita dikenai biaya administrasi sebesar Rp. 39.500,-. Untuk meningkatkan layanan RSUD R. Syamsudin, SH sedang menjajaki kemungkinan untuk mendirikan ruang perawatan khusus bagi pasien rehabilitasi narkoba.

Polres Sukabumi. Satuan narkoba Polresta Sukabumi menyatakan, jumlah kasus narkoba Kota Sukabumi menempati urutan ke tiga seJawa Barat. Itu pun belum menghitung kasus yang tidak tertangani; karena jika ingin mengungkap lebih banyak kasus diperlukan tambahan dana operasional, yang belum dapat diperoleh dari BNK maupun pemerintah daerah. Pengungkapan kasus lebih diprioritaskan pada kasus narkoba jenis shabu-shabu (peredarannya lebih pasti) dan ganja (karena siapa saja bisa menghisap ganja). Sementara putaw hanya digunakan kalangan terbatas. Di luar pengungkapan kasus, Unit Pembinaan dan Penyuluhan) Sat Narkoba Polresta Sukabumi seminggu sekali melakukan penyuluhan tentang narkoba di SMA. Penyuluhan lebih dipilih karena tidak membutuhkan dana besar; berbeda dengan pembinaan yang lebih membutuhkan dana sangat besar. Menyangkut penanganan HIV/AIDS, yang masih dirasa kurang adalah informasi mengenai program dari KPA dan BNK. Informasi mengenai pengurangan dampak buruk sangat minim. Menurut AKP Gatot Suryo Utomo, Kasat Narkoba Polresta Sukabumi, sosialisasi tentang narkoba dan HIV/AIDS jangan hanya keluar, tapi juga ke internal lembaga pemerintah karena untuk mencapai kesepahaman diperlukan informasi merata dan pengetahuan yang sama tentang hal tersebut.

Lapas Sukabumi. Hingga sekarang Lapas Sukabumi belum memiliki prosedur khusus untuk menangani masalah HIV/AIDS di dalam lapas. Seperti Lapas lain, Lapas Sukabumi kelebihan penghuni; kapasitas 300 orang diisi oleh lebih dari 400 penghuni. Tidak memungkinkan untuk menyediakan ruang khusus bagi pengidap HIV. Data terakhir yang dapat diperoleh adalah pada tanggal 27 Januari 2006 warga binaan adalah sebanyak 433

orang dengan 22 orang karena kasus narkoba dan 19 orang karena kasus psikotropika. Dari tes darah yang dilakukan Dinas Kesehatan, April-Mei 2005, diketahui 11 orang yang ternyata HIV positif. Namun tidak ada tindak lanjut dari pemeriksaan itu. Program yang sudah berlangsung di dalam Lapas adalah kunjungan penyuluhan, pengetahuan tentang HIV/AIDS, yang seminggu sekali dilakukan Rumah Cemara Sukabumi.

Bagi penyedia layanan, HIV/AIDS dan penanggulangannya masih merupakan bahasan baru. Dinas Pendidikan dan Kebudayaan belum memiliki program khusus untuk penganggulangan masalah, walaupun ada keinginan untuk membangun wacana memasukan muatan lokal HIV/AIDS dan narkoba kedalam kurikulum serta program UKS (Unit Kesehatan Sekolah). Sementara Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Berencana baru akan mengagendakan untuk ikut ambil bagian dalam penanggulangan dengan kampanye penggunaan kondom.

10. Cianjur

Populasi: 1.990.667

Luas Wilayah:

Estimasi jumlah penasin: 80

Sebagai daerah kunjungan wisata dengan beberapa lokalisasinya, Cianjur –kota dengan semboyan: Gerbang Marhamah- merupakan wilayah rawan penyebaran HIV/AIDS. Tanpa mengabaikan penularan di kalangan penasin (perhatian utama RSRA ini), penularan melalui hubungan seks yang tidak aman dengan PSK merupakan kekhususan masalah untuk wilayah Cianjur. Berdasarkan informasi dari Kepala Puskesmas Kecamatan Pacet, diketahui bahwa sebenarnya di “lokalisasi Gadog” ini pernah ditemukan empat orang yang secara positif menderita HIV. Akan tetapi setelah beberapa kali menjalani VCT hengkang tanpa diketahui keberadaannya. Keterangan ini mengindikasikan, kemungkinan besar lokalisasi Gadog sudah menjadi tempat penularan HIV/AIDS karena yang datang dan bergaul dengan pekerja seks komersial di gadog ini, bukan hanya pecandu narkoba saja, tetapi juga orang lain. Seperti diungkap dr Sani, PMI Cianjur, sampai tahun 2005 di Cianjur terdapat 43 orang yang menderita HIV/AIDS. 42 orang HIV positif dan 1 orang AIDS. Fenomena ini yang mendorong Puskesmas Pacet akhirnya mengadakan Pelatihan VCT bagi kader di Pacet dan Cipanas. Pelatihan ini mendorong

kader untuk bisa mendeteksi dini adanya kasus-kasus penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS, sekaligus menyiapkan kader untuk secara dini bisa mengantisipasi dan menangani kasus melalui prosedur VCT.

BNK dan KPAD. Keduanya diketuai oleh Wakil Bupati Cianjur, dengan sekretaris: Bagian Kesejahteraan Rakyat (Kesra) Pemda Kabupaten Cianjur. Kepengurusan BNK-KPA juga masih didominasi oleh kalangan birokrasi perwakilan dari Polres, Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Departemen Agama, Dinas Tenaga Kerja dan Kependudukan dll. Sekretariat BNK dan KPA sementara ini bergabung dengan kantor Kesra Pemda Kabupaten Cianjur.

Pada tahun 2005 BNK mempunyai anggaran dari APBD mencapai 350 juta. Sebagian besar digunakan untuk kegiatan Represif dan Preventif. Kegiatan represif itu meliputi penegakan hukum dengan melakukan penangkapan-penangkapan bandar dan pengedar narkoba. Sedangkan kegiatan preventif diantaranya adalah penyuluhan-penyuluhan kepada masyarakat baik pelajar SMP dan SMA, tokoh masyarakat, tokoh agama, penyebaran brosur, poster, spanduk, dan stiker tentang bahaya penyalahgunaan narkoba- dan HIV/AIDS. Semua kegiatan yang berkaitan dengan issue narkoba dan HIV/AIDS termasuk yang diselenggarakan dinas-dinas terkait, dilakukan dengan koordinasi dari BNK-KPA, demikian juga dengan pembiayaannya.

Kegiatan lain yang telah dilakukan adalah tes darah terhadap 30 orang pengguna narkoba, meski perlu ditambahkan catatan bahwa tes tersebut dilakukan tanpa melalui prosedur VCT. Layanan VCT memang belum tersedia, dan karena itulah mereka kemudian melakukan studi banding ke Rumah Cemara Bandung dan berencana akan membuka program VCT di Kabupaten Cianjur.

Selain VCT, hal lain yang sampai sekarang belum dapat diselenggarakan adalah kegiatan penjangkauan, rehabilitasi, dan detoksifikasi.

Tim Pencegahan dan Penanggulangan Napza Desa (TP2ND). TP2ND ini dibentuk dalam rangka menjalankan survey mawas diri dari Bapelkes (Balai Pelatihan Kesehatan). Dalam kegiatannya mereka melakukan survey terhadap masyarakat tentang pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap issue penyalahgunaan narkoba. Sejak digulirkan tahun 2000 sampai sekarang kegiatan ini sudah menjangkau empat desa (Sindanglaya, Cipanas, Gadog dan Cipendawa).Kegiatan pereventif dan promotif lain yang dilakukan adalah penyebaran brosur,

poster dan spanduk yang berisi ajakan untuk menjauhi narkoba dan HIV/AIDS. Setelah itu mereka melakukan berbagai kegiatan penyuluhan-penyuluhan tentang bahaya penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS. Kegiatan ini bertujuan memberikan informasi, pendidikan agar masyarakat menyadari bahaya penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS. Sasaran dari kegiatan ini adalah warga masyarakat yang belum menyalahgunakan narkoba, mereka umumnya terdiri dari kelompok-kelompok pelajar SMP, SMA, kelompok pengajian, kelompok ibu-ibu rumah tangga.

TP2ND bekerja di tingkat desa ada, sedangkan di tingkat kecamatan terdapat TP2NK (baru menjangkau kecamatan Kecamatan Pacet dan Cipanas). Meski didorong birokrasi dan Bapelkes, Organisasi TP2ND ini merupakan organisasi otonom. Mereka tidak secara langsung menjangkau korban penyalahgunaan narkoba. Akan tetapi karena keterbatasan SDM dan biaya (program hanya sekali dalam setahun) menjadikan program ini tidak bias menjangkau ke masyarakat luas.

Di luar respon programatik dan layanan seperti disebutkan di atas, respon juga datang dari beberapa organisasi non pemerintah, antara lain Yayasan Gideon, Bina Ahlak, Bina Kasih, Benua Indonesia, dan Gerakan Penanggulangan Napza Cianjur (GNPC).

(Catatan)

¹ Dibandingkan dengan Propinsi Riau, dalam hal kemajuan pada aspek legislasi, Jawa Barat ketinggalan satu langkah. Propinsi Riau pada 16 Januari 2006 silam telah memiliki Rancangan Peraturan (Ranperda) "Pencegahan dan Penanggulangan IMS (infeksi menular seksual) dan HIV/AIDS" yang akan diajukan ke DPRD Riau dan menunggu dilakukan pembahasan resmi sebelum disahkan sebagai Perda.

² Kompas, 29 November 2004.

³ MI Online - 11/30/2005

⁴ Wawancara dengan Sekretaris KPAD Bekasi, Alan Surahlan SIP.

⁵ Diskusi dengan penyedia layanan Bekasi

⁶ Diambil dari Laporan KPAD Kabupaten Karawang, 2005

⁷ Rekaman proses FGD penyedia layanan, Bandung.

⁸ Dua LSM, Bahtera dan Rumah Cemara, tercatat melakukan penjangkauan di Lapas Banceuy.

⁹ Wawancara dengan Dimas, Soteria.

¹⁰ KPAD Kabupaten Bandung. Didirikan tahun 2002 sebagai respon Perda Kabupaten Bandung Nomor 9 tahun 2002, tentang Pembentukan Organisasi Dinas daerah Kabupaten Bandung.

¹¹ Diskusi pada FGD Penyedia Layanan memunculkan insight dari salah satu peserta, yakni dari Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Sehari setelah pelaksanaan FGD, Dinas ini akan memberangkatkan sebanyak 300 orang pekerja ke Pulau Batam, salah satu wilayah dengan angka HIV/AIDS tertinggi. Kemudian disadari bahwa para pekerja ini sebelum diberangkatkan ke Batam seharusnya mendapatkan penyuluhan tentang bahaya HIV/AIDS. Sekretaris KPAD Kab. Bandung mengatakan bahwa sebenarnya tersedia alokasi dana untuk kegiatan penyuluhan bahaya HIV/AIDS.

¹² Sri, anggota Komisi D, DPRD Cirebon.

¹³ Pengalaman menangani penderita HIV/AIDS juga pernah dialami Puskesmas Kejaksan dimana pasien kemudian dirujuk ke RS Darmas, Jakarta. (Dr Siska, Kepala Puskesmas. Kejaksan).

¹⁴ Wawancara dengan AKP Sundarti. BNK Kota Bogor

¹⁵ laporan KPAD Kota Sukabumi 2005



BAB

4 KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**4.1. Kesimpulan tentang Situasi**

- § Percobaan pertama dengan narkoba biasanya terjadi pada remaja yang duduk di kelas 3 SMP hingga duduk di bangku SMU. Ingin coba-coba (penasaran, atau ingin tahu rasanya), karena ajakan teman dan keinginan untuk mengikuti trend di lingkungan pergaulan merupakan faktor-faktor pendorong remaja mencoba narkoba. Percobaan pertama ini biasanya dilakukan dengan ganja, yang relatif murah dan banyak ditemukan di pasaran. Problem-problem keluarga relatif tidak banyak mengemuka. Secara psikologis, pada usia-usia seperti itu, mereka sangat kritis dan rentan terhadap pengaruh lingkungan yang buruk, terutama jika mereka memiliki kepribadian yang dependen (*dependent personality*). Ini menunjukkan bahwa penyebab penggunaan narkoba tidak lagi berada di area keluarga (*family disease*) semata tetapi sudah masuk ke tahap 'budaya massa' (*critical mass*). Dalam kondisi ini, KELUARGA sudah tidak lagi memiliki kekuatan untuk menolak maupun memulihkan anggotanya yang menjadi pengguna narkoba. Sebagian besar orang tua penasun mengetahui anaknya menggunakan narkoba di RUMAH, tempat 'aman dan nyaman' dan terlindungi dari kejaran aparat hukum. Tidak sedikit orang tua penasun yang "sengaja memasok" khusus untuk belanja barang. Besarannya pun tidak sedikit, sekurang-kurangnya antara Rp 100 ribu sampai Rp 500 ribu per bulan.
- § Putaw memiliki daya pikat (terutama karena efeknya) yang luar biasa, yang terbaik dibandingkan jenis narkoba lain yang tersedia di Jawa Barat. Dan semakin memikat ketika disuntikkan. 6 dari 10 orang menyuntikkan putaw seperti minum obat, 3X sehari. Biasanya dilakukan bersama teman tetap (2-4 orang teman) yang seiring interaksi yang cukup panjang menemukan kecocokan dan kepercayaan. IKATAN KELOMPOK ini setidaknya memiliki dua maksud: menjamin akses 'barang' dan bebas dari kejaran aparat hukum. Celakanya, selain berbagi 'barang' mereka juga berbagi jarum suntik dan peralatan suntik lainnya yang tidak steril. Dua alasan yang banyak disebut adalah kesulitan untuk mendapatkan jarum suntik dan takut membawa jarum suntik. Dalam kondisi begitu, jalan keluarnya semestinya sterilisasi jarum suntik diantara setiap penyuntikan. Meski cukup banyak penasun

yang menduga telah melakukan sterilisasi, sehingga merasa bebas terinfeksi HIV, tapi salah mengerti tentang caranya. Sebagian besar hanya menggunakan aqua, air panas atau air biasa saja untuk sterilisasi, tanpa pemutih pakaian (bleach). Kekeliruan ini kemungkinan karena informasi tentang cara sterilisasi kebanyakan diperoleh dari teman sesama pengguna (yang memberikan informasi yang tidak lengkap atau keliru).

§ Hampir 8 dari 10 penasun yang ditemui aktif secara seksual. Pasangan seksual yang banyak disebut adalah pacar, penjaja seks komersial (PSK), dan suami atau istri (sekitar seperlima responden sudah menikah). Meskipun 59% dari penasun yang aktif secara seksual hanya berhubungan seks dengan satu pasangan saja (pacar, suami/istri), tingkat penggunaan kondom masih sangat rendah. Mereka menyatakan sangat paham bahwa (pertukaran) darah, air mani, dan cairan vagina merupakan media penularan HIV (meskipun ada juga yang salah beranggapan bahwa HIV dapat ditularkan melalui air seni, tinja, udara, makanan, minuman). Namun tetap saja, bahkan ketika melakukan hubungan seks beresiko tinggi dengan PSK, waria, sesama pengguna atau cewek/cowok cabutan, para penasun jarang menggunakan kondom. Mereka (penasun dan pasangan seks) menyatakan tidak suka, tidak enak menggunakan kondom dan ingin hubungan seks yang alamiah.

§ Hampir seluruh penasun mengakui adanya stigmatisasi terhadap mereka dari masyarakat sekelilingnya. Di sisi lain, masyarakat yang berada di lingkungan terdekat penasun memiliki peran penting dalam mendukung upaya-upaya penasun memulihkan diri. Hal itu menjadi harapan banyak penasun. Namun, sepanjang norma-norma sosial dan aturan hukum masih memandang penggunaan narkoba sebagai suatu yang bertentangan, proses stigmatisasi akan berlangsung terus. Sistem sosial-budaya dan hukum yang ada saat ini hanya menyediakan satu mekanisme jalan keluar bagi penghentian stigmatisasi, yakni total abstinence. Empati masyarakat yang menandai terjadinya penghentian stigmatisasi seringkali bisa kita temukan manakala seseorang melakukan semacam “pengakuan dan pertobatan”. Namun, dalam praktiknya komunitas seringkali tidak memiliki kesabaran terhadap proses atau ingin bergegas menyaksikan dan memanen hasil. Artinya, ada semacam “tuntutan” pada kalangan penasun untuk segera pulih “kini dan di sini”. Tuntutan ini bisa dibalang tidak mungkin tertunaikan. Kampanye-kampanye dari pihak lain yang memiliki tugas atau juga kepedulian tentang hal itu – LSM, swasta, dan pemerintah – terlihat

hampir seperti “menggarami laut” dan tak jarang malah memperkuat stigma tersebut (*black campaign*). Dari pengamatan umum, banyak penasun sebagai pihak yang menjadi “korban” kemudian cenderung menghindar ketimbang melakukan upaya-upaya untuk mengubah secara bertahap pandangan-pandangan tersebut. Proses mengubah stigmatisasi secara bertahap tersebut perlu dilakukan melalui pembuktian terbalik. Sayangnya, pembuktian terbalik hanya bisa dilakukan oleh yang bersangkutan. Sayangnya lagi, banyak penasun tidak memiliki ruang mengekspresikan dirinya di dalam berbagai kegiatan “positif”.

§ Secara umum, banyak penasun lebih memilih untuk tidak peduli (bahkan menjurus ke tidak takut) terhadap bahaya HIV yang diancamkan oleh jarum suntik tidak steril. Di benak mereka, penularan HIV lebih diasosiasikan dengan masalah hubungan seks ketimbang penggunaan jarum suntik tidak steril. Maka, perlu dipertanyakan, apakah hal itu disebabkan oleh tidak lengkapnya informasi dan tidak efektifnya media informasi yang diterima oleh penasun? Ketika ditelusuri, mayoritas responden mengaku bahwa sumber informasi tentang HIV/AIDS yang mereka terima terutama berasal dari media massa, baru kemudian dari LSM, dan teman (teman sesama penasun).

§ Sembilan dari 10 penasun mengaku pernah berupaya berhenti menggunakan narkoba. Mereka mendatangi berbagai tempat rehabilitasi, detoksifikasi, masuk kelompok dukungan sampai pada ‘pasang badan’ untuk menghentikan kecanduan mereka terhadap narkoba. Penasun pada dasarnya mengaku tidak lagi nyaman dengan dirinya. Mereka ingin hidup normal, tetapi kekuatan narkoba dan lingkungannya menjadi kerangkeng yang mengurung diri mereka. Namun, usaha mereka banyak yang kandas. Mereka kembali menyuntik lagi dengan berbagai alasan: rindu ritual, mengharapkan kenikmatan yang diperoleh dengan menyuntik, pengaruh lingkungan, dan sugesti. Apa yang dibutuhkan penasun agar dapat berhenti sama sekali menggunakan narkoba? Mereka menyatakan untuk sembuh dibutuhkan berbagai layanan yang bersifat penanganan medis (disediakan obat, pusat rehabilitasi), layanan informasi, dan ada pula yang mengusulkan tindakan represif (tangkapi bandar). Sebagian besar mereka menghendaki intervensi dari luar dirinya; dalam bentuk dukungan dari keluarga, kelompok dukungan, dan orang dekat di sekelilingnya; juga penyediaan (baca: diberi) bentuk-bentuk kegiatan positif termasuk pekerjaan. Dukungan dari luar (terutama keluarga) mutlak diperlukan karena pada umumnya mereka kurang menghargai diri mereka

sendiri (low self-esteem) dan memiliki pandangan yang amat negatif terhadap diri sendiri (negative self-concept).

4.2. Kesimpulan tentang Respon

- § Tujuh dari 10 responden menyatakan mengetahui adanya lembaga-lembaga (pemerintah dan non-pemerintah) yang bekerja menangani masalah HIV/AIDS dan narkoba. Namun hanya 2 dari 10 responden yang menyatakan pernah mendapatkan/meminta layanan dari instansi pemerintah tersebut.
- § Pengetahuan penasun tentang kerja lembaga pemerintah yang paling menonjol adalah POLISI. Hampir setiap 4 dari 10 penasun pernah berurusan dengan polisi karena masalah kepemilikan/penggunaan narkoba. Namun sepertinya citra polisi di mata penasun tidaklah baik. Menurut mereka, layanan kepolisian yang pernah diberikan kepada penasun antara lain adalah: "mukulin", "menguangkan", "memeras", "memproses", "memberi tahu soal hukum". Di kota-kota yang penasunnya lebih banyak berurusan dengan polisi ternyata lebih memilih rumah sebagai tempat mereka menyuntik. Sebagai catatan, kota-kota tersebut juga adalah kota-kota dimana program HR (oleh LSM) sedang berjalan dan kota-kota dimana sosialisasi pendekatan HR dalam pencegahan epidemi HIV/AIDS kepada polisi telah berjalan.
- § Banyak penasun mengatakan bahwa layanan informasi yang mereka terima tidak jarang bersifat "black campaign". Sosialisasi atau kampanye tentang dampak buruk sharing jarum suntik serta hubungannya dengan HIV/AIDS seringkali disajikan dengan cara yang buruk pula. Pernyataan-pernyataan tentang bahaya narkoba mengesankan bahwa penasun itu membahayakan atau merupakan ancaman bagi orang lain. Menurut mereka, pesan yang ditangkap dari kampanye-kampanye tersebut malah "bukan narkobanya yang berbahaya, melainkan penasunnya". Kampanye seperti itu semakin menstigma penasun.
- § Enam dari 10 responden pernah memasuki layanan rehabilitasi: dirawat di panti rehab, pesantren, detoks, dsb. Banyak responden mengeluhkan tentang mahalnya biaya yang harus mereka keluarkan untuk menjalani pemulihan di lembaga-lembaga rehabilitasi. Sementara biaya yang besar itu bukanlah suatu jaminan atau kepastian yang besar bahwa

mereka tidak akan 'kembali'. Selain itu, perlu ada suatu perbaikan tentang metode-metode yang dijalankan.

- § Pemahaman penasun yang lebih baik mengenai resiko penyebaran HIV di kalangan penasun banyak ditemukan di daerah di mana intervensi sudah lebih banyak atau lebih lama dilakukan (Bandung, Cimahi, Kabupaten Bandung). Pemahaman lebih baik tentang cara sterilisasi lebih banyak ditemukan di wilayah tersebut. Begitupun pemahaman mengenai sifat virus HIV. Sayangnya, pemahaman yang lebih baik ini belum mampu mendorong perubahan perilaku menyuntik aman. Merata di semua tempat jumlah penasun yang berbagi jarum suntik (tidak steril) seminggu terakhir masih tinggi. RSRA juga menemukan 91 orang responden yang menyuntikkan subutex dan 4 orang yang menyuntikkan metadhone. RSRA juga menemukan kesan, walau sifatnya hanya kasus dan RSRA tidak mengatakan ini gejala umum: (1) adanya ketergantungan yang kuat penasun terhadap petugas outreach sehingga mengambil alih peran orang tua; (2) program HR direduksi sebagai pembagian jarum suntik semata; dan (3) pemahaman masyarakat dan aparat pemerintahan (termasuk aparat hukum) terhadap HR sebagai legalisasi narkoba.
- § Dari proses wawancara mendalam dan FGD bersama para penyedia layanan (pemerintah dan non-pemerintah) di tiap kabupaten/kota menunjukkan kecenderungan bahwa pemerintah daerah "tidak memiliki informasi yang cukup" mengenai persoalan epidemi HIV di kalangan penasun. Akibatnya HIV/AIDS di kalangan penasun tetap menjadi masalah yang terabaikan. Meskipun pemerintah pusat, daerah dan legislatif telah meningkatkan perhatian terhadap persoalan ini pada 2 tahun terakhir, respon yang diberikan tetap rendah. Ketiadaan informasi berimplikasi pada rendahnya prioritas program/kegiatan penanganan HIV (terutama kelompok PSK dan penasun) dalam rencana kerja dinas/kantor maupun dalam prioritas rencana pembangunan daerah. Implikasi lebih lanjut adalah minimnya anggaran. Dengan kata lain, pemerintah daerah memang 'belum banyak berbuat' untuk menangani persoalan epidemi HIV (terutama di kalangan penasun). Kondisi yang sama terlihat pada KPAD, yang memiliki mandat resmi mengkoordinasikan kerja-kerja penanggulangan HIV. Oleh karena itu, pemerintah (dan legislatif) perlu melakukan suatu usaha luar biasa untuk mencegah dan merawat para penasun dari infeksi HIV.

4.3. Kesimpulan tentang Kesenjangan Situasi-Respon

Secara umum, bisa ditarik suatu gambaran situasi kesenjangan, yakni sebagai berikut:

- (1) **Kesenjangan antara kebutuhan penasun dan layanan yang tersedia.** Hanya di kota-kota tertentu saja antara lain Kota Bandung – yang juga biasa diakses oleh penasun dari Kabupaten Bandung dan Kota Cimahi – serta Kota Bogor, tersedia fasilitas layanan terkait masalah narkoba dan HIV/AIDS yang lebih baik. Peran penting ‘dimainkan’ oleh dua rumah sakit yang ada di dua kota tersebut: RS Hasan Sadikin dan RS Marzuki Mahdi. Peran LSM juga signifikan di 2 kota tersebut. Walaupun dinyatakan persoalan ‘keterjangkauan’ menjadi catatan penting.

Persoalan lain adalah, jika dibandingkan dengan temuan RSRA tentang kebutuhan penasun untuk pulih, program-program intervensi terhadap keluarga dan lingkungan bisa dikatakan masih sangat minim (tidak ada). Intervensi yang dilakukan masih tertuju pada ‘si penasun’. Salah satu ‘dampak negatif’ pendekatan individual ini adalah tingginya angka kekambuhan (relapse) pasca rehabilitasi.

- (2) **Kesenjangan antara rencana dan pelaksanaan program.** Kesenjangan ini terutama terlihat pada intervensi LSM yang melaksanakan pendekatan HR. Upaya-upaya yang dilakukan cenderung terfokus pada “distribusi jarum suntik”. Padahal apabila kembali pada misi HR – yang juga semestinya menjadi misi LSM pelaksana HR – yaitu mendorong pengguna untuk berhenti menggunakan narkoba, intervensi yang dilakukan harus lebih ‘maju’ dari sekedar bagi-bagi jarum. Dengan kata lain, relasi yang terbangun antara LSM dan penasun masih berkisar pada jarum suntik. Pertanyaan penting ke depan adalah “bagaimana jika LSM tidak lagi disuplai jarum suntik oleh proyek internasional?” Selanjutnya “Kemudian apa yang menjadi pengikat antara LSM dan penasun?” Hal praktis lainnya yang kurang mendapat penekanan adalah sterilisasi jarum dan pendidikan kesehatan reproduksi (kondom).

Selain itu, upaya-upaya yang dilakukan terutama oleh LSM melalui penjangkauan cenderung bersifat individual ketimbang kelompok. Gejala yang terlihat adalah ketergantungan penasun terhadap

petugas outreach (PO). Rendahnya atau bahkan tidak adanya keterlibatan masyarakat dalam proses “pengurangan dampak buruk” terjadi di seluruh lokasi RSRA. Sebagian besar energi masyarakat dicurahkan melalui mobilisasi ke arah pemberantasan dan penanggulangan narkoba dengan pendekatan yang bersifat “represif” ketimbang “persuasif” terhadap para penasun. Kampanye yang dilakukan baik oleh pemerintah maupun LSM tak jarang membuat masyarakat semakin takut dan menjauhi pengguna narkoba. Situasi tersebut pada gilirannya semakin memperkuat bahwa narkoba dan HIV/AIDS lebih sebagai masalah “privat” (perseorangan) ketimbang “publik” (komunal).

- (3) **Kesenjangan antara kebijakan (hukum) dan sistem nilai di masyarakat dengan Harm Reduction (khususnya NEP).** Program HR masih merupakan suatu kontroversi, baik di kalangan pemerintahan maupun di masyarakat. Nampak bahwa hampir di semua wilayah pelaksanaan program Harm Reduction mendapat tantangan dari aparat penegak hukum. Tantangan terbesar terutama terhadap program pertukaran jarum suntik, program yang seringkali menjadi andalan utama LSM untuk menjangkau penasun. Akibatnya gejala-gejala penggerebekan kantor LSM, penangkapan dan interogasi terhadap petugas outreach (PO), dsb, beberapa kali terjadi.

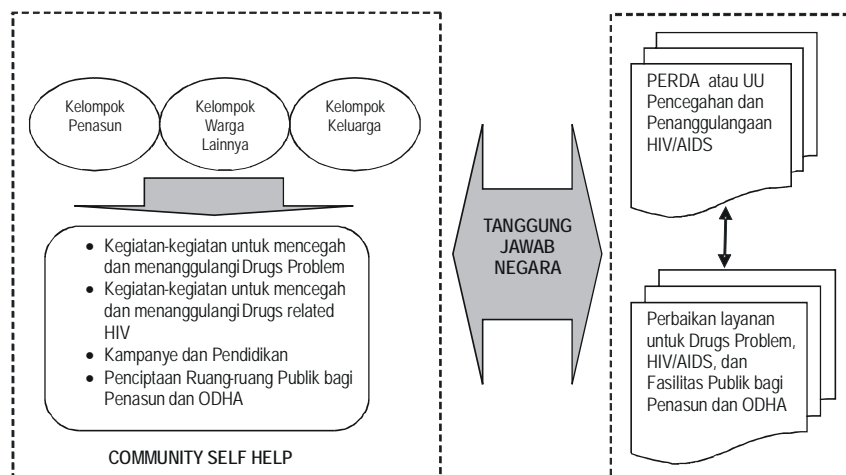
Hal tersebut disebabkan, salah satunya, cara pandang masyarakat dan pemerintah terhadap pengguna narkoba. Pandangan dominan masyarakat dan pemerintah terhadap pengguna narkoba saat ini adalah “kriminal”, “sampah” dst. Cara pandang seperti ini terbukti tidak ampuh mengurangi pengguna narkoba, malah memperbesar angka pengguna narkoba berikut problem-problem yang mengiringinya. Celaknya lagi, cara pandang seperti itu telah mencerabut hak-hak pengguna narkoba sebagai manusia, membuat pengguna narkoba tidak lagi memiliki dirinya, tidak lagi memiliki kesempatan (ruang publik) untuk membuktikan bahwa dirinya makhluk berguna. Karena itu cara pandang ini harus diubah. Penasun harus dikategorikan sebagai KORBAN: korban dari bisnis narkoba.

Selain itu juga tidak terlihat adanya upaya-upaya untuk menggali sistem nilai masyarakat dalam konteks HR ketika proses sosialisasi program. Misalnya, HR dalam kaitannya dengan “Amar Ma’ruf Nahi Munkar”.

4.4. Rekomendasi

Berangkat dari analisis tersebut, RSRA ini menyusun suatu rekomendasi yang diharapkan dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

- Bagaimana menyediakan berbagai tata peraturan dan sistem pelayanan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan penggunaan narkoba suntik dan HIV/AIDS? Bagaimana agar penasun dan kelompok resiko tinggi terinfeksi HIV terutama dari kalangan perempuan dan anak memperoleh perlindungan akan hak-haknya?
- Bagaimana mendorong masalah pencegahan dan penanggulangan penggunaan narkoba suntik dan HIV/AIDS dari "privat area" menjadi "publik area", dengan menempatkan komunitas sebagai salah satu pelaku utamanya? Bagaimana agar di dalam upaya-upaya tersebut, berlangsung proses-proses pemampuan, sehingga komunitas memiliki daya untuk menolong dirinya sendiri serta sanggup mempengaruhi kebijakan dan sistem pelayanan yang ada?



Pengalaman di banyak tempat menunjukkan bahwa untuk membendung epidemi diperlukan (1) kebijakan yang mendukung; (2) sistem berskala luas; dan (3) pelayanan yang adil dan manusiawi. Karena itu rekomendasi-rekomendasi berikut ditujukan kepada PEMERINTAH dan PARLEMEN, sebagai pihak yang memiliki kewajiban, kewenangan dan infrastruktur untuk melindungi dan memenuhi hak warga negara atas kehidupan dan penghidupan yang layak.

Berikut ini adalah rekomendasi strategi mendorong kerja yang lebih baik untuk memperluas jelaah (jangkauan) dan dampak (efektivitas perubahan perilaku).

1. Menyediakan berbagai tata peraturan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS, terutama di kalangan penasun.

Peraturan perundang-undangan ini harus mengatur:

- § Memuat pengakuan tanggung jawab negara atas kesehatan publik yang diturunkan dalam program-program preventif, pengobatan dan layanan perawatan.
- § Menjamin persamaan hak bagi kelompok penasun, ODHA dan kelompok risti lainnya (terutama dari kalangan anak dan perempuan) atas layanan publik: kesehatan, pendidikan, informasi, pekerjaan dan penghidupan yang layak.
- § Menjamin perlakuan non-diskriminatif, kebebasan pribadi, kebebasan berekspresi dan berserikat, dan kebebasan atas perlakuan atau penghukuman yang tidak manusiawi.
- § Menjamin partisipasi aktif kelompok penasun, ODHA dan kelompok risti lainnya di semua tahapan pengembangan dan implementasi program.
- § Hak untuk mendapatkan VCT (tidak hanya terhadap pribadi tapi juga keluarga atau pasangan), transfusi darah yang aman dan universal precaution (UP).
- § Pengaturan distribusi jarum suntik steril, kondom, dan layanan UP lainnya.
- § Sanksi hukum yang berbeda antara pengguna dan pengedar/ bandar. Penghukuman pidana harus digunakan sebagai upaya terakhir. Pertimbangan kesehatan harus mengemuka bagi pengguna.
- § Larangan seks resiko tinggi (sodomi, perkosaan, dsb), kewajiban penggunaan kondom oleh PSK sebagai UP dan perbaikan sistem pemidanaan di penjara.
- § Bantuan hukum gratis.

2. Menyediakan dan memperluas berbagai sistem pelayanan yang memadai untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS

- § Pencegahan HIV hendaknya dimulai sedini mungkin. Intervensi harus didasarkan pada penilaian dan penjajagan secara teratur terhadap kecenderungan dan pola infeksi HIV.

- § Memperluas cakupan layanan yang komprehensif yang mampu menjangkau sekurang-kurangnya 75% dari total populasi. Prinsipnya, sebanyak mungkin individu dalam populasi beresiko harus dijangkau agar upaya-upaya pencegahan menjadi efektif.
 - § Memperluas pengadaan layanan untuk mencegah dan menangani masalah narkoba. Antara lain, lembaga-lembaga rehabilitasi atau pemulihan yang terjangkau oleh masyarakat. Program perawatan narkoba hendaknya memberikan informasi dan pertimbangan tentang HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya dan penyuluhan untuk membantu pengguna narkoba suntik mengubah perilaku yang menempatkan diri atau orang lainnya dalam posisi beresiko tinggi terkena infeksi.
 - § Memperluas pengadaan layanan untuk mencegah dan menangani HIV/AIDS. Antara lain, layanan VCT, distribusi jarum suntik dan kondom oleh Puskesmas. Pendidikan dan kampanye yang bersifat positif atau menggugah kepedulian, bukan yang negatif atau menyudutkan penasun dan ODHA.
 - § Mengefektifkan kerja Komisi Penanggulangan AIDS (KPA). Membentuk komisi khusus AIDS di legislatif.
 - § Mengintegrasikan program-program demand reduction dan pencegahan HIV ke dalam program kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial, penghapusan kemiskinan, pemerataan kesempatan kerja.
 - § Layanan bersifat fleksibel dan menawarkan serangkaian alternative perawatan, termasuk pengobatan substitusi, untuk merespon berbagai kelompok pengguna yang berbeda.
 - § Pendampingan dan pendidikan sebaya.
3. **Mendorong masalah pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS dari “privat area” menjadi “publik area”, dengan menempatkan komunitas sebagai salah satu pelaku utamanya.** Di dalam upaya-upaya tersebut, berlangsung proses-proses pemampuan, sehingga komunitas memiliki daya untuk menolong dirinya sendiri serta sanggup mempengaruhi kebijakan dan sistem pelayanan yang ada (community self help)
- § Community development untuk pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS



KAMUS ISTILAH PENASUN

3736	Ganja	CMH
1 gaw	1 gram	CMH
2 dimensi	Make 2 jenis narkoba	TSK
3 dimensi	Make 3 jenis narkoba	TSK
A.		
Abcess	Bengkak	TSK
Acid	LSD, halusinogen	BDG
Afo	Aluminium foil	CMH
Alex	Lexotan	TSK
Alfol/afo/kertim/lotte	Aluminium foil	BDG
Alga	Asal lu mau gua ada	CMH
Amp/amplop	Bungkus/kemasan mariyuana	BDG
Amphet	Amphetamine	BDG
Amunisi/bahan/barang	Putaw	BDG
B.		
Bable	Gelembung dalam insul	TSK
Bados	Bagi dosis	BGR
Bais	Barang habis	BDG
Bajing	Bunga marijuana	BDG
Basian	Setengan sadar saat efek zat mulai berkurang	BDG
Batu	Putaw dalam bentuk bongkahan	BDG
BB	Barang bukti	BGR
BB/ barbuk	Barang bukti	BDG/SKBM
BD	Bandar	CMH
BD/Bandar	Penjual/pemegang/pengedar barang	SKBM
BD/Bandar/edeb	Penjual/pemegang/pengedar barang	BDG
Bedak	Putau	CMH
Bedrik	Putau	CMH
Beprit	Ganja	CMH
Betrik	Mengurangi takaran bahan yang dibeli/curang	BDG
Bhirong/niger	Nigerian/orang Nigeria	BDG

BK	Obat	CMH
BK	Sedatine, sejenis pil tidur	BDG/SKBM
Boat	Obat	CMH
Boat/boti/dados	pil/tablet obat terlarang	BDG
Bogep/bopeng	minuman alkohol lokal dalam botol kecil	BDG
Bokul	Belanja	BGR
Bokul	Membeli bahan	SKBM
Bokul/nyabut/ ngangkut/ngangkat/ lokub	Membeli bahan	BDG
Bolowin	Obat	CMH
Bong	Alat buat nyabu	TSK
Boti	Obat	TSK
boti/dados	Pil/tablet obat terlarang	SKBM
BR	Barang	BGR
BR	Barang	CMH
BR	Barang (narkoba)	TSK
BS	Brown Sugar/sejenis putaw	BDG
BT	Bad mood	TSK
Buda Stik	Ganja pres-an	TSK
Buntut 5	Pasal 365 KUHP, biasanya ditujukan untuk seorang kriminal	BGR
Buron	Kabur	BDG
Butir	Obat	CMH
C.		
Caang	Istilah bahasa Sunda, sesaat setelah pake	BDG
Cadi2man	Obat	CMH
Cece	Obat	CMH
Cekok	Dosis banyak	TSK
Cepu	Mata-mata polisi	BGR
Cimeng	Ganja	CMH
Cimenk	Ganja	TSK
Cimrin	Ganja	BGR
Cinta	Ganja	CMH
Coke	Kokain	BDG
Cucau, Nyipe	Nyuntik	BGR
Cucaw	Nyuntik	TSK
Cuco	Nyuntik	CMH

D.		
Dados	Obat	CMH
Dados	Obat	TSK
Dasi	Ganja	TSK
Daun	Ganja	CMH
Dibetrik	Diambil sedikit dari paketnya	BGR
Dicak	Dipisah/sharing kering	TSK
Disuntik	Istilah untuk yang lagi ngegele	TSK
Doding	Obat	CMH
Doski	Obat	TSK
Drag	Menggunakan putaw dengan cara dibakar	BGR
Dreg	Bakar-isep	TSK
DUM	Dumolid, sejenis pil tidur	BDG
E.		
Eco	Lexotan	TSK
Edeb	BD	TSK
Edeb, bd	Bandar	BGR
Enjoy	On	TSK
Etep	Putaw	CMH
Etep	Putaw	TSK
Etep/putaw/ pete/pataya	Heroin	BDG
Etep/putaw/ pete/pataya	Heroin	SKBM
F.		
Fly	On	TSK
Full tank	1 gram	BDG
G.		
G (baca:ji)/ Gauw	Gram	SKBM
Gantung/kentang/ brebet	Kena tanggung/ bahan kurang	BDG
Gap	Ditangkap	BGR
Garis	½ kg mariyuana	BDG
Gauw	Gram	BDG
Gaw, g	Gram	BGR
Gele	Ganja	CMH

Gele	Ganja	TSK
Gendong	Sakit jiwa	CMH
Gep	Ketangkep polisi	TSK
Gepang	Pemilik putaw/heroin	BDG
Gepang	Pemilik putaw/heroin	SKBM
Gerus (jam)	Jual jam buat beli BR	TSK
Gerus/ngegens	Mengerus/menghaluskan putaw	BDG
Getrek/bendi/silop/centeng/teke/pokis	Polisi	BDG
Giting	Mabuk yang dirasakan setelah memakai putaw	BGR
Giting	Kondisi melayang karena pengaruh zat	SKBM
GL	Golok	BGR
Glinding	Obat	CMH
Gocip	50 ribu	TSK
Gusdur	Gusur bari diduruk	TSK
H.		
Hawai/cimeng/rasta/ulah/gele/buddha stik/mancai	Marijuana/hashis	BDG
I.		
Inex	Ekstasi	SKBM
Inex/kancing/I/cece/keni	Ekstasi	BDG
Injek	Nyuntik	CMH
Insul	Jarum suntik	TSK
Insul	Nyuntik	CMH
Insul/kipean/jarum/ intek	Jarum suntik	SKBM
Insul/spidol/kipean/tabung/jarum/kitnusan/intek/pulpen/spet	Jarum suntik/ <i>syringe</i>	BDG
Intek	Jarum suntik	TSK
Intek, insul	Jarum suntik	BGR
Isjas	Ganja	CMH
J.		
Jackpot	Muntah nikmat	TSK

Japuk	Jatah empuk; sogokan bandar untuk aparat	BGR
Jeksen	Nyuntik	CMH
Jokul/ sekolah	Menjual	BDG
JP,Jekpot	Muntah-muntah	BGR
Junkies	IDU's	TSK
Juy	Ganja	TSK
K.		
Kacang hijau	Tentara	CMH
Kambal	kampung bali	BDG
Kamput	kambing putih, minuman alkohol lokal	BDG
Kancing	Obat	CMH
Karpet	Papir	TSK
Kipe/cucaw/nyipet/ngecam/nombak	Menyuntikkan pt	BDG
Kipe/Ngipe/cucaw/nyipet	Menyuntikkan pt	SKBM
Kongit	0,1 gram	BDG
Kongkorongok	Jackpot	TSK
Kuncian	Cadangan putaw	BDG
Kuncian	Cadangan putaw untuk besok hari	SKBM
Kurir	Pembawa BR	TSK
Kurus	Kondisi selalu kekurangan putaw	BDG
L.		
Lejong	Berkeliling dengan niat mencuri	BDG
Lento/giting/gonjes/fly	Kondisi melayang karena pengaruh zat	BDG
Lidi	Obat	CMH
M		
Makau	Make putaw	TSK
Mancai	Menghisap ganja	BGR
N.		
Ngecak/setting	Membagi bahan	BDG
Ngedrag/chasing the dragon	Membakar putaw	BDG

NgeDrop	Reaksi abis	TSK
Ngipe	Nyuntik	CMH
Ngipe	Nyuntik	TSK
Ngubas/nyabu	Mengkonsumsi shabu	BDG
Ngubas/nyabu	Mengkonsumsi shabu	SKBM
NP	Nipam	TSK
Nutup	Memakai putaw tapi tidak sampai pada dosis yang biasa dipakai	BGR
Nyimeng/ngegele	Mengkonsumsi marijuana	BDG
Nyimeng/ngegele	Mengkonsumsi marijuana	SKBM
O.		
OD	Over dosis	TSK
OD/o-de/jengker	Over dosis	BDG
OD/o-de/jengker	Over dosis	SKBM
Oplos	Campuran	TSK
Original	Putaw	CMH
P.		
Pagoda	Paket gocap menggoda	TSK
Pahe	Paket hemat	CMH
Pahe	Setengah kongit	BDG
Pakau	Pake putaw	TSK
Pakaw, wakap	Pakai putaw	BGR
Pakaw/wakap/	Saat menggunakan	BDG
pake/cucaw/ngisi	napza suntik	
Pakaw/wakap	Saat menggunakan	SKBM
/pake/cucaw/ ngisi	napza suntik	
Pake	Make drug	TSK
Paketan	Ukuran bahan	BDG
Paketan	Ukuran bahan	SKBM
Papir/baju/pap's/	Kertas pembungkus	BDG
ripap/ passport	mariyuana	
Paps, saprop, paspor	Kertas pahpir	BGR
Parno	Paranoid	TSK
Pasang badan	Terapi untuk menahan rasa sakit tubuh karena efek ketagihan putaw dengan cara hanya menahan diri, tidak dengan pengobatan	BGR
Pasport	Papir	TSK

Pece	Putaw	CMH
Pecin	Putaw	CMH
Pedaw	Rasa klimaks	BGR
Pedaw	Stokun	TSK
Pedaw/stokun	kondisi melayang karena pengaruh zat	SKBM
Pedaw/stokun/ badai/bleeh/ kenceng/ beler/kobam	kondisi melayang karena pengaruh zat	BDG
pelek, roda, kancing	Pil koplo	BGR
Pete-pete	Patungan	TSK
Pete-pete	Sumbangan untuk beli bahan	SKBM
Pete-pete	Urunan	BGR
Pete-pete/pt-pt/ sum-sum/arisan	Sumbangan untuk beli bahan	BDG
Pikiw	Nyuntik	CMH
Pocong	Ganja	CMH
Pokemon	Tentara	CMH
Pokis	Polisi	CMH
Potek	BR-nya diambil sedikit	TSK
PS	Pasien	BGR
PS	Pasien/pengguna putaw	BDG
PT	Putaw	TSK
PT, Etep	Putaw	BGR
Pt-pt	Patungan	CMH
Putaw	Amphetamine	BDG
Putaw	Amphetamine	SKBM
Pyur	Murni	TSK
R.		
Relapse	Keadaan kembali memakai napza suntik setelah sempat clean	BDG
Relapse	Keadaan kembali memakai napza suntik setelah sempat clean	SKBM
Rese'	Sakaunya tidak nyaman	TSK
Roda	Obat	CMH
S.		
Sabatu	Ganja 1 kg	TSK
Sableng	Shabu	TSK

Saempel	Pake ganja	TSK
Sagaris	Se-pohon (ganja)	TSK
Sagau	Se-gram	TSK
Sagulung	Satu linting ganja	TSK
Sajadah	Papir	TSK
Saji	1 gram	TSK
Sakau	Sakit putaw	TSK
Sakaw/wakas	Gejala putus zat/ tanda ketergantungan zat (sakit karena putaw)	SKBM
Sakaw/wakas/ hesak/sakit	Gejala putus zat/ tanda ketergantungan zat	BDG
Sakebet	Ukuran buat nipam, lexotan	TSK
Salambar	Ukuran buat obat	TSK
Salintar	Satu linting ganja	TSK
Salinting	Satu linting ganja	TSK
Sapapan	Ukuran buat obat	TSK
Sastrip	Ukuran buat obat	TSK
Sebata	1 kg mariyuana	BDG
Segauw	Satu gram	BDG
Segauw/ 1 ji	Satu gram	SKBM
Sensi	Rasa curiga/tidak nyaman	BDG
Seprempi/prepet	¼ gram	BDG
Serbuk	Putau	CMH
Setengki	½ gram	BDG
Siputih	Putau	CMH
Sniff	Menghirup putaw	BDG
Sniki	Sharing	CMH
Snip	Isep kering	TSK
SP	Dilaporkan (ke polisi)	BGR
SP	Spionase	TSK
Sp/spion/ tembang/esping	Mata mata	BDG
Spdp	Sepukul dua pukul	TSK
Spirdu	Satu paket dipake berdua	BDG
Sprempy	¼ gram	TSK
Stak	Mandek darahnya	TSK
Stengky	0,5 gram	TSK
Stokun	Mabuk yang dirasakan setelah memakai putaw, rasa fly	BGR
Stokun	on the fly	TSK

Suges/kangen	Keinginan untuk kembali memakai napza suntik	BDG
Suges/kangen	Keinginan untuk kembali memakai napza suntik	SKBM
T		
T O	Target operasi pihak yang berwajib, telat on	BDG
T O	Target operasi pihak yang berwajib,telat on	SKBM
Tepnang	Individu yang memakai napza suntik	BDG
Tester	BR buat dites rasa/kualitas	TSK
Te-u	Ngutang	SKBM
The boy	Ganja	BGR
Toas	Putau	CMH
Triplek	Triping	TSK
TU	Ngutang	BDG
TU	Utang ke BD	TSK
Tukar (ke)pala	Cara yang dilakukan pemakai yang ditangkap (atau tertangkap) polisi, dan oleh polisi itu dia diminta untuk memberikan informasi (biasanya nama bandar), dengan jaminan, setelah memberikan informasi dia akan dibebaskan	BGR
Turbo	Tukar body; biasanya dilakukan oleh pemakai perempuan, melakukan hubungan seks dengan siapa saja agar dia bisa mendapatkan putaw	BGR
U		
Uang koordinasi	Sogokan bandar untuk aparat	BGR
Ubas	Shabu	BGR
Ubas	Shabu-shabu	TSK
Ubas/shabu/ss	Shabu	BDG
Ubas/shabu/ss	Shabu	SKBM
Unam	Minum	TSK

V

Voil	Alumunium voil	TSK
------	----------------	-----

W

Wakap	Pakau	TSK
-------	-------	-----

Wakas	Sakau	TSK
-------	-------	-----

Wakas, sakaw	Efek ketagihan	BGR
--------------	----------------	-----