KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 422/MENKES/SK/III/2010

TENTANG

PEDOMAN PENATALASANAAN MEDIK GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA

DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
KEMETERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MENTERI KESEHATAN
REPUBLI K INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 422/MENKES/SK/III/2010

TENTANG

PEDOMAN PENATALAKSANAAN MEDIK GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang :

a. bahwa gangguan penggunaan NAPZA merupakan masalah kompleks yang penatalaksanaannya melibatkan banyak bidang keilmuan baik medik maupun non medik;

b. bahwa diperlukan suatu acuan dalam penatalaksanaan medik gangguan penggunaan NAPZA sesuai dengan standar dan berdasarkan kebutuhan pasien;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan NAPZA dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1997 tentang Pengesahan Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika (United Nation Convention Against Illict Trafic in Narcotic Drugs and Psycotropic Substances), (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 17, Tambahan Lembaran Negara Repubiik Indonesia Nomor 3673);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3848);

3 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3848);

4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

6. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
10. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2002 tentang Badan Narkotika Nasional;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439l/Menkes./Per/VI/2009;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 486/Menkes/ SK/IV/2007 tentang Kebijakan dan Rencana Strategis Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

KESATU : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENATALAKSANAAN MEDIK GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA.

KEDUA : Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan NAPZA sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

KETIGA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan sebagai acuan oleh tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan medik penggunaan NAPZA di fasilitas pelayanan kesehatan.

KEEMPAT : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan pedoman ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan melibatkan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 31 Maret 2010

MENTERI KESEHATAN,

dr. ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH, MPH, Dr.PH

MENTERI KESEHATAN
REPUBLI K INDONESIA

L.ampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 422/MENKES/SK/III/2010
Tanggal : 31 Maret 2010

PEDOMAN PENATALAKSANAAN MEDIK GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA

I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gangguan penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika dan zat adiktif lain) merupakan problema kompleks yang penatalaksanaannya melibatkan banyak bidang keilmuan (medik dan non-medik). Penatalaksanaan seseorang dengan ketergantungan napza merupakan suatu proses panjang yang memakan waktu relatif cukup lama dan melibatkan berbagai pendekatan dan latar belakang profesi. Gangguan penggunaan NAPZA merupakan masalah bio-psiko-sosio-kultural yang sangat rumit sehingga perlu ditanggulangi secara multidisipliner dan lintas sektoral dalam suatu program yang menyeluruh (komprehensif) serta konsisten. Pedoman ini hanya memfokuskan pembahasan pada penatalaksanaan medik-kedokteran.

Gangguan penggunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif Lain (NAPZA) merupakan masalah yang menjadi keprihatinan dunia internasional di samping masalah HIV/AIDS, kekerasan (violence), kemiskinan, pencemaran lingkungan, pemanasan global dan kelangkaan pangan. WHO memperkirakan bahwa jumlah pengguna tembakau sebanyak 1.1 milyar orang, pengguna alkohol sebanyak 250 juta orang, dan pengguna NAPZA lain sebanyak 15 juta orang di seluruh dunia. Global Burden of Diseases (GBD) yang diakibatkan dan yang terkait dengan pengunaan NAPZA adalah sebesar 8,9% sedangkan Global Mortality Rate akibat penggunaan NAPZA sebesar 12.4% dan Disable Adjusted Life Years (DALYs) sebesar 8.9 %. Gangguan penggunaan NAPZA dalam pola tertentu berkaitan erat dengan penularan HIV/AIDS dan dalam batas tertentu juga dengan kekerasan dan kemiskinan.

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, perilaku merokok di Indonesia secara nasional pada kelompok umur 10 tahun keatas adalah sebesar 29.2%, sedangkan perilaku minum alkohol selama 12 bulan terakhir adalah 4.6% dan dalam 1 bulan terakhir adalah 3.0%. Sementara itu prevalensi penyalahgunaan NAPZA lainnya di Indonesia sulit untuk diketahui besarannya. Namun berdasarkan hasil perhitungan estimasi yang dilakukan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) diperkirakan ada 3,2 juta orang (1.5% dari total populasi) di Indonesia mempunyai riwayat menggunakan NAPZA. Dari jumlah tersebut diperkirakan hanya 10% yang mendapat layanan dari tenaga kesehatan. Dalam pedoman ini digunakan istilah Gangguan Penggunaan karena alasan kepraktisan dan istilah NAPZA dipakai agar konsisten dengan kebijakan Kementerian Kesehatan yang telah memakai istilah NAPZA sebagai pengganti istilah zat psikoaktif yang dipakai oleh WHO dalam ICD X atau zat (substance) yang digunakan dalam DSM IV/DSM IV TR.

Gangguan Penggunaan NAPZA pada pasien jarang ditemukan berdiri sendiri melainkan terdapat bersama dengan gangguan lain (komorbiditas) seperti depresi atau ansietas, yang dapat terjadi karena kondisi predisposisi ataupun sebagai akibat

penggunaan NAPZA dalam jangka waktu tertentu. Sedangkan pola penggunaan NAPZA itu sendiri, khususnya penggunaan dengan cara suntik, dapat membuat seseorang menderita penyakit penyulit (komplikasi) seperti HIV/AIDS, Infeksi Menular Seksual (IMS), hepatitis B atau C dan lain-lain.

Pedoman ini diharapkan menjadi acuan bagi petugas kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa di Indonesia dalam penatalaksanaan pasien dengan kondisi fisik dan psikiatrik terkait dengan gangguan penggunan NAPZA. Termasuk didalamnya kasus kegawatdaruratan, intoksikasi dan komorbiditas. Pedoman ini juga memberikan pedoman rujukan, pencatatan dan pelaporan kasus terkait NAPZA dan prinsip monitoring dan evaluasi penatalaksanaan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum :

   Sebagai acuan bagi petugas kesehatan dalam penatalaksanaan medik gangguan penggunaan NAPZA.

2. Tujuan Khusus:

   a. Memperluas pengetahuan petugas kesehatan tentang efek klinis penyalahgunaan masing-masing NAPZA pada diri pasien.

   b. Meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan tentang penatalaksanaan medik gangguan penggunaan NAPZA berdasarkan masing-masing jenis zatnya.

C. Sasaran

Sasaran pedoman ini adalah dokter di Puskesmas, Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa yang sudah atau akan melaksanakian penatalaksanaan medik gangguan penggunaan NAPZA.

D. Kebijakan

Kebijakan Penanggulangan Penyalahgunaan NAPZA Kementerian Kesehatan berdasar Kepmenkes Nomor 486/Menkes/SK/IV/2007 :

a. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA melalui upaya promotif dan preventif.

b. Komprehensif dan multi disiplin melalui upaya yang dilakukan disesuaikan dengan kondisi budaya dan sosial masyarakat setempat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

c. Pelayanan terapi terintegrasi pada sistem pelayanan kesehatan yang ada. Rumah Sakit Jiwa milik pemerintah menyediakan 10% dari tempat tidur untuk penderita penyalahguna NAPZA.

d. Mendukung upaya pemulihan oleh masyarakat dan ex-users

e. Melindungi hak asasi manusia dan keselamatan klien.

f. Pengurangan dampak buruk (harm reduction) pada pengguna NAPZA suntik

g. Keseimbangan dan koordinasi lintas sektor.

   Untuk memperoleh hasil yang optimal, perlu adanya kerjasama dari berbagai pihak, termasuk dengan LSM dan swasta. Pemerintah Daerah mendukung dengan

menyediakan tempat dan terapi/obat penyalah penggunaan NAPZA yang terjangkau, secara berjenjang dari Puskesmas Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa

h. Pengembangan sistem informasi

i. Legislasi dan peraturan perundang-undangan.

E. Pengertian

Berbagai istilah (terminologi) sering digunakan dalam pembahasan gangguan berkaitan dengan penggunaan NAPZA. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial menggunakan istilah NAPZA sebagai istilah pengganti drugs atau substances. Dunia penegakan hukum dan masyarakat secara umum lebih mengenalnya dalam istilah Narkoba. Istilah substances digunakan dalam pedoman diagnostik DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised), sementara istilah drugs digunakan dalam buku-buku WHO (World Health Organization).

1. NAPZA adalah akronim dari Narkotik, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya.
2. Narkoba adalah akronim dari Narkotika, Psikotropika dan Bahan Adiktif lainnya atau dapat pula menjadi Narkotika dan Bahan Berbahaya lainnya.
3. Substances adalah segala bentuk zat kimia yang memiliki efek spesifik terhadap otak dan tubuh.
4. Drugs adalah setiap zat kecuali makanan, minuman dan oksigen yang apabila masuk ke dalam tubuh akan mempengaruhi fungsi fisik maupun psikologis individu.
5. Penggunaan NAPZA (Substance Use) merupakan istilah yang berjalan dari sisi diagnostik sesuai dengan klasifikasi ICD-10 (International Classification of Diseases-10, suatu klasifikasi WHO). Gangguan Penggunaan NAPZA(substance abuse), merujuk kepada istilah bahwa NAPZA itu tak patut digunakan, suatu pandangan sosiokultural dan legal.
6. Pada PPDGJ II dikenal istilah: Gangguan mental organik akibat NAPZA dan gangguan penggunaan NAPZA yang merupakan terjemahan dari DSM III (APA 1980) yaitu: mental disorder due to substance use dan substance use disorder.
7. Pada PPDGJ III dikenal istilah: gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan NAPZA psikoaktif yang merupakan terjemahan dari ICD X yaitu: mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use.
8. Ketergantungan NAPZA adalah suatu pola maladaptif dari penggunaan NAPZA, menimbulkan hendaya atau kesukaran yang berarti secara klinis, seperti timbulnya toleransi, gejala putus NAPZA, sulit untuk menghentikan penggunaan, hambatan pada dunia akademik atau pekerjaan.
9. Gangguan Penggunaan NAPZA adalah suatu pola penggunaan NAPZA yang menimbulkan hendaya atau penyulit/komplikasi yang berarti secara klinis dan atau fungsi sosial, seperti kesulitan untuk menunaikan kewajiban utama dalam pekerjaan/rumah tangga/sekolah berada dalam keadaan intoksikasi yang dapat membahayakan fisik ketika mengoperasikan mesin atau mengendarai kendaraan,

melanggar aturan atau cekcok dengan pasangan.

10. Toleransi adalah berkurangnya respons biologis atau perilaku terhadap penggunaan yang berulang dari NAPZA dengan jumlah tertentu, atau kebutuhan meningkatnya jumlah penggunaan NAPZA untuk mencapai efek yang sama. Toleransi mencerminkan adaptasi homeostatis tubuh dalam menghadapi efek dari NAPZA yang digunakan.
11. Toleransi Silang adalah suatu keadaan ketika seseorang yang toleran terhadap suatu jenis NAPZA psikoaktif, juga toleran terhadap NAPZA psikoaktif lain yang sifat farmakologinya sama. Misalnya, orang yang sudah toleran terhadap minuman keras juga toleran terhadap obat tidur.
12. Adverse Tolerance (toleransi yang merugikan) adalah keadaan ketika untuk timbulnya efek suatu NAPZA, diperlukan jumlah atau dosis yang semakin sedikit. Hal ini disebabkan oleh NAPZA yang dipakai tertimbun di dalam otak cukup lama. Misalnya, senyawa aktif tetra-hidro-kanabinol yang terdapat di dalam ganja tertimbun lama di jaringan otak sehingga dengan memakai ganja sedikit saja, sudah akan memberi efek atau menimbulkan gejala. Adverse Tolerance kadang-kadang disebut sensitisasi.
13. Gejala putus NAPZA atau withdrawal syndrome: adalah timbulnya gangguan fisik dan atau psikologis akibat dihentikannya penggunaan NAPZA yang sebelumnya digunakan secara kontinyu.
14. Intoksikasi Akut

    Suatu kondisi yang timbul akibat menggunakan alkohol atau NAPZA psikoaktif lain sehingga terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif, persepsi, afek/mood, perilaku atau fungsi dan respon psikofisiologis lainnya.
15. Penggunaan Yang Merugikan

    Pola penggunaan NAPZA psikoaktif yang merusak kesehatan. Kerusakan tersebut dapat berupa fisik (seperti pada kasus hepatitis karena penggunaan obat melalui suntikan diri sendiri) atau mental (misalnya episode gangguan depresi sekunder karena konsumsi berat alkohol).
16. Sindrom Ketergantungan

    Suatu kelompok fenomena fisiologis, perilaku, dan kognitif akibat penggunaan suatu NAPZA tertentu yang mendapat prioritas lebih tinggi bagi individu tertentu ketimbang yang pernah diunggulkan pada masa lalu. Gambaran utama yang khas dari sindrom ketergantungan ialah keinginan (sering amat kuat dan bahkan terlalu kuat) untuk menggunakan obat psikoaktif (baik yang diresepkan maupun tidak), alkohol atau tembakau. Mungkin ada bukti bahwa mereka yang menggunakan kembali NAPZA setelah suatu periode abstinensia akan lebih cepat kambuh daripada individu yang sama sekali tidak ketergantungan.
17. Keadaan Putus NAPZA

    Sekelompok gejala dengan aneka bentuk dan keparahan yang terjadi pada penghentian pemberian NAPZA secara absolut atau relatif sesudah penggunaan NAPZA yang terus menerus dan dalam jangka panjang dan/atau dosis tinggi.

Onset dan perjalanan keadaan putus NAPZA itu biasanya waktunya terbatas dan berkaitan dengan jenis dan dosis NAPZA yang digunakan sebelumnya. Keadaan putus NAPZA dapat disertai dengan komplikasi kejang.

18. Ketergantungan Fisik adalah keadaan bila seseorang mengurangi atau menghentikan penggunaan NAPZA tertentu yang biasa ia gunakan, ia akan mengalami gejala putus NAPZA. Seisin clitandai dengan gejala putus NAPZA, ketergantungan fisik juga dapat ditandai dengan adanya toleransi.
19. Ketergantungan Psikis adalah suatu keadaan bila berhenti menggunakan NAPZA psikoaktif tertentu, seseorang akan mengalami kerinduan yang sangat kuat untuk menggunakan NAPZA tersebut walaupun ia tidak mengalami gejala fisik.
20. Penyakit adiktif (Addictive Disease) adalah sebuah penyakit dengan kategori kronik, progresif, dan secara potensial fatal mencakup penggunaan NAPZA atau alkohol.
21. Alcoholism adalah sebuah penyakit adiktif ditandai oleh penggunaan alkohol dan menggambarkan berbagai simtom termasuk toleransi, gejala putus, deteriorasi organ, kompulsi, kehilangan kontrol, dan penggunaan terus walaupun ada konsekuensi yang merugikan.
22. Blackout adalah satu periode waktu ketika minum alkohol, yang tidak dapat diingat kembali oleh peminum alkhol itu ketika sober.
23. Kompulsi (Compulsion) adalah sebuah dorongan kuat untuk terus menerus menggunakan NAPZA.
24. Nagih (Craving) adalah keinginan untuk menggunakan NAPZA yang menetap dan berulang. Secara teknis, nagih adalah satu keadaan kognitif, dimana individu mulai berpikir tentang bagaimana mereka merasa sementara di bawah pengaruh NAPZA dan betapa nikmatnya merasakan perasaan itu lagi.
25. Abstinensia: keadaan bebas dari NAPZA dalam suatu kurun waktu tertentu
26. Treatment atau terapi, adalah dukungan untuk abstinen dari zat ilegal. Unit detoksifikasi mendukung abstinen dengan menolong mengelola simtom putus NAPZA. Program rehabilitasi mendukung abstinen melalui psikoterapi individual dan kelompok. Kelompok anonimous mendukung abstinen dengan memberikan kelompok teman sebaya yang waras (sober).
27. Kambuh (Relapse): kembali menggunakan NAPZA setelah sebuah periode abstinensia. Beberapa ahli menganggap kambuh harus mencakup hanya orang-orang yang telah menyelesaikan atau melengkapi episode terapi formal dan kemudian kembali menggunakan NAPZA dengan pola yang serupa atau lebih buruk dari penggunaan sebelum abstinensia.
28. Waras (sober) adalah suatu kondisi dirnana pasien gangguan penggunaan NAPZA telah bebas dari penggunaan NAPZA, berfungsi penuh dalam fungsi sosial dan pekerjaannya, serta menjalankan pola hidup dan pola pikir sehat.
29. Komorbiditas adalah satu penyakit atau lebih berada secara bersama-sama pada seorang individu pada suatu saat. Biasanya merujuk pada adanya gangguan penggunaan NAPZA sekaligus dengan gangguan mental.

30. Dual Diagnosis/Diagnosis Ganda: kombinasi adiksi dan masalah psikiatris; pasien yang menderita satu bentuk gangguan mental, dan yang juga menyalahgunakan NAPZA, sering disebut pasien dual diagnosis. Seseorang mempunyai masalah gangguan penggunaan NAPZA dan dapat didiagnosa juga masalah psikiatris yang signifikan. Istilah ini telah diterapkan pada masalah yang muncul bersama (*coexisting problems*), termasuk kombinasi gangguan penggunaan NAPZA dan anorexia, bulimia, berjudi, penyalahgunaan pasangan, dan AIDS.
31. Deteriorasi Organ adalah kerusakan yang terukur melalui pemeriksaan medis pada hati atau organ lain karena penggunaan alkohol atau NAPZA yang berlebihan.

II MASALAH KLINIS GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA

A. Tembakau

Tembakau digunakan dalam bentuk rokok, cerutu, tembakau pipa, tembakau kunyah, dan susur. Paling umum adalah penggunaan rokok baik rokok putih, kretek maupun cerutu.

Zat berbahaya bagi kesehatan yang dikandung rokok adalah nikotin, carbon monoksida, dan hydrogen sianida yang diserap tubuh melalui paru. Nikotin, merupakan zat adiktif dalam tembakau, karena efek toksiknya, digunakan juga sebagai insektisida.

Tembakau bersifat stimulan dan depresan. Perokok pemula akan mengalami euforia, kepala terasa melayang, pusing, pening, debar jantung dan pernafasan meningkat, dan sensasi tingling pada tangan dan kaki. Perokok kronis akan kurang peka terhadap cita rasa dan pembauan.

Tak semua perokok pemula menjadi adiksi di kemudian hari, banyak yang berhenti merokok karena berbagai alasan. Perokok ketergantungan mengalami masa tak nyaman ketika ia menghentikan rokok, terjadi gejala putus rokok seperti gelisah, anxietas, sulit tidur, berkeringat, debar jantung dan tekanan darah menurun, tak bisa konsentrasi, nafsu makan yang kompulsif, sakit kepala dan sensitif, dapat terjadi. Simtom fisik putus nikotin terjadi selama satu sampai tiga minggu.

Masalah medik terkait pengguna tembakau dirokok dalam jangka panjang adalah gangguan pada sistim pernafasan, jantung dan pembuluh darah, kanker, sistem digestif, gangguan makan, dan reaksi alergi. Penggunaan tembakau tanpa dirokok seperti tembakau kunyah dan hidu, juga mengganggu kesehatan seperti lesi mulut dan kanker.

B. Alkohol

Pengguna alkohol dengan ketergantungan disebut juga alkoholisme

Alkohol adalah zat yang memproduksi efek ganda pada tubuh: pertama adalah efek depresan yang singkat dan kedua adalah efek agitasi pada susunan saraf pusat yang berlangsung enam kali lebih lama dari efek depresannya.Kesadaran atas kedua efek ini sangat tergantung pada kondisi susunan saraf pusat pada saat penggunaan alkohol berlangsung. Dengan demikian efek penggunaan alkohol juga tergantung pada seting lingkungan penggunaan dan kepribadian orang yang bersangkutan.

Masalah alkohol menyolok dibeberapa wilayah Indonesia. Media massa memuat berita beberapa orang meninggal dalam acara pesta alkohol akibat penggunaan alkohol lokal, atau didapatkan dalam populasi tertentu penggunaan alkohol yang sulit dihentikan. Alkoholisme merupakan penyakit dengan empat gambaran utama:

a. Craving - keinginan kuat untuk minum
b. Kehilangan kendali diri -tak mampu menghentikan kebiasaan minum
c. Ketergantungan fisik - simtom putus alkohol seperti nausea, berkeringat atau gemetar setelah berhenti minum
d. Toleran - kebutuhan untuk meningkatkan jumlah minum untuk mendapatkan efek "high"

Alkoholisme mempunyai dampak bahaya serius;. Peminum berat mempunyai risiko kanker, gangguan hati, otak dan organ lainnya lebih besar daripada bukan peminum. Bayi yang dilahirkan dari ibu pengguna alkohol dapat mengalami kecacatan sejak lahir- Mabuk ketika mengemudi mempunyai risiko besar kecelakaan lalu lintas, juga risiko membunuh orang lain atau diri sendiri.

1. Intoksikasi Alkohol Akut

   Intoksikasi dapat dikenali dengan gejala-gejala :

   a. Ataksia dan bicara cadel/tak jelas
   b. Emosi labil dan disinhibisi
   c. Napas berbau alkohol
   d. Mood yang bervariasi

2. Komplikasi akut pada intoksikasi atau overdosis :

   a. paralisis pernapasan, biasanya bila muntahan masuk saluran pernapasan
   b. obstructive sleep apnoea
   c. aritmia jantung fatal ketika kadar alkohol darah lebih dari 0,4 mg/ml

3. Gejala klinis sehubungan dengan overdosis alkohol dapat meliputi :

   a. penurunan kesadaran, koma atau stupor
   b. perubahan status mental
   c. kulit dingin dan lembab, suhu tubuh rendah

4. Gejala putus zat alkohol:

Biasa terjadi 6-24 jam sesudah konsumsi alkohol yang terakhir:

a. Putus zat ringan :
   1). Tremor
   2). Khawatir dan agitasi.
   3). Berkeringat
   4). Mual dan muntah
   5). Sakit kepala
   6). Takikardia
   7). Hipertensi
   8). Gangguan tidur
   9). Suhu tubuh meningkat

b. Putus zat berat:
   1). Muntah
   2). Agitasi berat
   3). Disorientasi
   4). Kebingungan
   5). Paranoia
   6). Hiperventilasi
   7). Delirium tremens (DTs) adalah suatu kondisi emergensi pada putus zat alkohol yang tidak ditangani, muncul 3-4 hari setelah berhenti minum alkohol. DTs mencakup gejala agitasi, *restlessness*,tremor kasar, disorientasi, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, berkeringat dan demam tinggi, halusinasi lihat dan paranoia.

c. Indikator untuk kecurigaan putus zat alkohol
   1). ≥ 80 gram per hari untuk pria
   2). ≥ 60 gram per hari untuk wanita
   3). Riwayat peminum berat untuk jangka lama
   4). Penggunaan depresan CNS lainnya
   5). Episode putus zat sebelumnya
   6). Adakah gambaran yang berkaitan dengan alkohol?
   7). Riwayat penyakit sebelumnya yang berkaitan alkohol
   8). Indikasi patologis dari pengguna alkohol berat
   9). Gejala (anxietas, berkeringat, tremor, nausea) atau hal lainnya?
   10). kelainan fisik atau psikologis, cedera, kehamilan, pembedahan terakhir.dll.

5. *Fetal Alcohol Syndrome* (FAS)

a. Perempuan hamil yang meminum alkohol akan membuat janinnya juga mengkonsumsi alkohol. Dengan demikian alkohol membuat perkembangannya terhambat, sehingga mengakibatkan gangguan fisik dan perilaku sepanjang hidupnya. Gangguan utama berat akibat penggunaan alkohol pada janin yaitu fetal alcohol syndrome (FAS). FAS merupakan kelompok masalah dengan gangguan:

   1). Retardasi mental

   2). Cacat bawaan

   3). Bentuk wajah abnormal

   4). Masalah pertumbuhan

   5). Gangguan sistem syaraf pusat

   6). Gangguan memori dan belajar

   7). Gangguan penglihatan dan pendengaran

   8). Gangguan perilaku

b. FAS menetap selama kehidupan, tidak dapat diperbaiki. Penderita FAS memerlukan sekolah khusus untuk mengatasi hendayanya.

c. Gambaran Umum Pada Peminum Berat

<table>
<tr><td>Fisik</td><td>Psikososial</td></tr>
<tr><td>Pemeriksaan fisik
Nafas berbau alkohol
Hepatomegali/hepatitis akut
Tanda lain dari peny.hati kronik
Kekuningan
palmar erythema
parotid swelling
jaundiced sclera
telangiektasis wajah (pelebaran kapiler waja)</td><td>Sosial
problem perkawinan/pasangan
kekerasan dalam keluarga (fisik/emosi)
absen kerja/sekolah
prestasi sekolah/kerja buruk
rnengemudi sambil mabuk
kesulitan keuangan
depresi/problem perilaku pada suami istri/anak/anggota keluarga</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nerlogical
Tremor
ataxia</td></tr>
<tr><td>Musculoskeletal dan alat gerak
trauma
keseleo dan tegang
cedera jaringan lunak ketika</td><td>Psikologis
insomnia
fatigue
depresi</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>jatuh
cedera/luka yang diakibatkan tindak kekerasan fisik (termasuk kekerasan dim rumah tangga)
jaringan parut yang tidak berkaitan dengan pembedahan</td><td>anxietas/agitasi
blackouts
pikiran paranoid/cemburu
pikiran bunuh diri</td></tr>
<tr><td colspan="2">Reproduksi
impotensi
menstruasi tidak teratur
infertilitas
polyuria</td></tr>
<tr><td>Gastrointestinal
gastritis
mual muntah pagi hari
dyspepsia non spesifik
diare berulang
pancreatitis
nafsu makan berkurang</td><td>Perilaku/kebiasaan
ingkarjanji
tidak menepati kesepakatan rencana perawatan
penyalahgunaan resep obat</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kardiovaskular
hipertensi
stroke hemoragik
tachyarrhythmias/palpitations
berkeringat malam
cardiomyopathy</td></tr>
</table>

C. Metamfetamin

Disebut juga: Chalk, Crystal, Glass, Ice, Met, Speed, Tina, SS, crank

Metamfetamin memiliki lama kerja lebih panjang di banding MDMA (Methylene-dioxy methamphetamine), yaitu dapat mencapai 12 jam dan efek halusinasinya lebih kuat.

Cara penggunaan:

1. Dalam bentuk pil diminum per oral
2. Dalam bentuk kristal, dibakar dengan menggunakan kertas aluminium foil dan asapnya diihisap (intra nasal) atau dibakar dengan menggunakan botol kaca yang dirancang khusus (bong). Metamphetamine hydrochloride, berbentuk kristal diinhalasi dengan dibakar, karenanya disebut ice, crystal, glass dan tina.
3. Dalam bentuk kristal yang dilarutkan, dapat juga melalui intravena.

Metamfetamine mempengaruhi otak dan membuat rasa nikmat, meningkatkan energi dan meningkatkan mood. Kecanduannya begitu cepat, sehingga peningkatan dosis terjadi dalam jangka pendek. Gangguan kesehatannya meliputi irregularitas detak jantung, kenaikan tekanan darah, dan berbagai masalah psikososial. Penggunaan jangka panjang akan membuat seseorang terganggu mentalnya secara serius, mengalami gangguan memori dan masalah kesehatan mulut yang berat. Metamfetamin lebih bersifat adiktif dan cenderung mempunyai dampak yang lebih buruk dibandingkan amfetamin. Pengguna metamfetamin dilaporkan menunjakkan gejala ansietas, agresif, paranoia dan psikosis dibandingkan pengguna amfetamin. Efek psikologis yang ditimbulkan mirip seperti pada pengguna kokain, 1api berlangsung lebih lama.

Amfetamin dan metamfetamin termasuk dalam jenis NAPZA yang digolongkan sebagai club drug:

1. Club drug terdiri dari bermacam - macam zat. Biasanya digunakan anak muda untuk pesta semalam suntuk pada klub dansa dan bar. Yang termasuk dalam golongan ini adalah:
    a. Methylenedioxymethamphetamine (MDMA), juga dikenal sebagai Ecstasy, XTC, X, Adam, Clarity dan Lover's Speed
    b. Gamma-hydroxybutyrate (GHB), juga disebut Grievous Bodily Harm, G, liquid Ecstasy dan Georgia Home Boy
    c. Ketamine, nama lainnya Special K, K, Vitamin K, Cat Valium
    d. Metamfetamin, disebut juga Speed, Ice, Chalk, Meth, Crystal, Crank, Fire, Glass
    e. Lysergic Acid Diethylamide (LSD), atau Add, Boomers, Yellow Sunshines
2. Club drugs menjadi popular dan sering menjadi pemicu terjadinya tindak perkosaan. Zat ini dikatakan lebih membawa dampak serius dibanding alkohol.

D. Amfetamin

Merupakan golongan stimulansia. Nama generik amfetamin adalah D-pseudo epinefrin yang di sintesa tahun 1887 dan dipasarkan tahun 1932 sebagai dekongestan. Nama jalanannya adalah speed, meth crystal, uppers, whizz dan sulphate. Bentuknya berupa bubuk warna putih dan keabu-abuan.

Ada dua jenis amfetamin :

1. MDMA (Methylene-dioxy-methamphetamine), mulai di kenal sekitar tahun 1980 dengan nama Ecstacy atau Ekstasi yang berbentuk pil atau kapsul.

   Nama lain : xtc, fantasy pils, inex, cece, cein, i. Saat ini Ekstasi tidak selalu berisi MDMA karena merupakan NAPZA yang dicampur zat lain (designer drugs) untuk mendapatkan efek yang diharapkan / dikehendaki.

2. Metamfetamin.yang telah di bahas lebih detail pada butir C di atas.

Efek Amfetamin :

1. Efek Psikologis dan Fisik akut :

	Dosis rendah	Dosis tinggi
Susunan Saraf Pusat, neurologi, perilaku	▪ Peningkatan stimulasi, insomnia, dizziness, tremor ringan ▪ Euforia/disforia, bicara berlebihan ▪ Meningkatkan rasa percaya diri dan kewaspadaan diri ▪ Cemas, panik ▪ Supresi nafsu makan ▪ Dilatasi pupil ▪ Peningkatan energi, stamina dan penurunan rasa lelah ▪ Dengan penambahan dosis.dapat meningkatkan libido ▪ Sakit kepala ▪ Gemerutuk gigi	▪ Stereotipi atau perilaku yang sukar ditebak ▪ Perilaku kasar atau irasional, mood yang berubah-ubah, termasuk kejam dan agresif ▪ Bicara tak jelas ▪ Paranoid, kebingungan dan gangguan persepsi ▪ Sakit kepala, pandangan kabur, dizziness ▪ Psikosis (halusinasi. delusi, paranoia) ▪ Gangguan cerebrovas kular ▪ Kejang ▪ Koma ▪ Gemerutuk gigi ▪ Distorsi bentuk tubuh secara keseluruhan
Kardiovaskular	▪ Takikardia (mungkin juga bradikardi .hipertensi) ▪ Palpitasi, aritmia	▪ Stimulasi kardiak (takikardia, angina, Ml) ▪ vasokonstriksi/hipertensi ▪ kolaps kardiovaskuler
Pernapasan	▪ Peningkatan frekwensi napas dan kedalaman pernapasan	▪ Kesulitan bernapas/gagal napas
Gastrointestinal	▪ Mual dan muntah ▪ Konstipasi, diare atau kram abdominal	▪ Mulut kering ▪ Mual dan muntah ▪ kram abdominal
Kulit	▪ kulit berkeringat, pucat	▪ kemerahan atau flushing

	▪ hiperpireksia	• hiperpireksia, disforesis
Otot	▪ peningkatan refleks tendon	

2. Efek fisik dan psikologis jangka panjang :
   a. Berat badan menurun, malnutrisi, penurunan kekebalan
   b. Gangguan makan, anoreksia atau defisiensi gizi
   c. Kemungkinan atrofi otak dan cacat fungsi neuropsikologis
   d. Daerah injeksi: bengkak, skar, abses
   e. Kerusakan pembuluh darah dan organ akibat sumbatan partikel amfetamin pada pembuluh darah yang kecil.
   f. Disfungsi seksual
   g. Gejala kardiovaskular
   h. Delirium dan beberapa gejala psikosis seperti paranoia, ansietas akut dan halusinasi. Gejala psikosis akibat penggunaan amfetamin ini (amphetamines induced psychosis) akan berkurang bila penggunaan zat dihentikan, bersamaan dengan diberikan medikasi jangka pendek.
   i. Depresi, gangguan mood yang lain (misal distimia), atau adanya gangguan makan pada kondisi gejala putus zat yang berkepanjangan (protracted withdrawal).
   j. Penurunan fungsi kognitif, terutama daya ingat dan konsentrasi.
3. Gejala Intoksikasi:
   a. Agitasi
   b. Kehilangan berat badan
   c. Takikardia
   d. Dehidrasi
   e. Hipertermi
   f. Imunitas rendah
   g. Paranoia
   h. Delusi
   i. Halusinasi
   j Kehilangan rasa lelah
   k. Tidak dapat tidur
   I. Kejang
   m. Gigi gemerutuk, rahang atas dan bawah beradu
   n. Stroke
   o. Masalah kardiovaskular

p. Kematian

4. Perilaku sehubungan dengan kondisi intoksikasi:
   a. Agresif/ perkelahian
   b. Penggunaan alkohol
   c. Berani mengambil risiko
   d. Kecelakaan
   e. Sex tidak aman
   f. Menghindar dari hubungan sosial dengan sekitarnya
   g. Penggunaan obat-obatan lain
   h. Problem hubungan dengan orang lain
5. Gejala putus zat:
   a. Depresi
   b. Tidak dapat beristirahat
   c. Craving
   d. Ide bunuh diri
   e. Penggunaan obat-obatan
   f. Masalah pekerjaan
   g. Pikiran-pikiran yang bizzare
   h. Mood yang datar
   i. Ketergantungan
   j. Fungsi sosial yang buruk

E. Heroin

Merupakan golongan opoida semi sintetik, disebut juga: putau, ptw, etep, pete ,H, Junk, Skag, Smack. Heroin dibuat dari getah buah poppy. Dijual dalam bentuk bubuk putih atau coklat. Digunakan dengan cara disuntik, di rokok ataupun dihidu . Pengguna heroin di Indonesia menjadi ancaman besar penyebaran HIV/AIDS, hepatitis C dan B.

Penggunaan heroin secara terus menerus berkesinambungan mendorong terjadinya toleransi dan ketergantungan. Dosis yang terus meningkat membuat penggunanya masuk dalam overdosis, meskipun overdosis juga merupakan dorongan dari keinginan bunuh diri. Jika pengguna dengan ketergantungan mengurangi atau menghentikan

penggunaannya akan mengalami gejala putus zat yakni gelisah, rasa nyeri otot dan tulang, diare, muntah dan merinding.

1. Efek Opioid

Sistim organ	Efek
Sistim saraf	▪ analgesi ▪ euforia ▪ sedasi, mengantuk, depresi pernapasan ▪ penekanan refleks batuk ▪ pupil konstriksi
Gastroitestinal	▪ mual dan muntah ▪ konstipasi ▪ spasme bilier (peningkatan tonus sfingter)
Endokrin	▪ perubahan hormon sex pada wanita (kadar FSH dan LH rendah, peningkatan kadar prolaktin) berdampak pada gangguan siklus menstruasi , penurunan libido, galaktorrhea ▪ penurunan kadar testosteron pada laki-laki,penurunan libido ▪ meningkatnya hormon anti diuretik (ADH), penurunan kadar ACTH
Lainnya	▪ gatal-gatal, berkeringat, kulit kemerahan (reaksi histamin) ▪ kekeringan pada daerah mulut.mata dan kulit ▪ pengeluaran urin yang sulit ▪ tekanan darah rendah

2. Simtom putus zat opioid dengan kerangka waktu

Jarak waktu dari suntikan terakhir	Gejala umum
6 - 12 jam	▪ mata dan hidung berair, menguap ▪ berkeringat
12 -24 jam	▪ agitasi dan iritebel ▪ goosebumps ▪ berkeringat, perasaan panas dan dingin ▪ kehilangan nafsu makan

Lebih dari 24 jam	▪ keinginan kuat untuk menggunakan heroin (craving) ▪ kram perut, diare ▪ kehilangan nafsu makan, mual, muntah ▪ nyeri punggung, nyeri persendian, tangan atau kaki, sakit kepala ▪ sulit tidur ▪ letargi, fatigue ▪ tidak dapat istirahat, iritabel, agitasi ▪ sulit konsentrasi ▪ perasaan panas dan dingin, keringat meningkat
Hari ke 2 sampai 4	▪ semua gejala mencapai puncaknya
Hari ke 5 sampai 7	▪ kebanyakan gejala fisik mulai berkurang ▪ nafsu makan mulai kembali
Minggu ke 2	▪ gangguan fisik mulai menghilang. Dapat muncul keluhan lain seperti tidak dapat tidur, rasa lelah, iritabel, craving
Beberapa minggu sampai beberapa bulan	▪ kembali ke pola tidur, level aktivitas dan mood normal. Meningkatnya kesehatan secara umum dan penurunan craving

Gangguan kesehatan yang disebabkan oleh penggunaan heroin overdosis yang dapatberakibat fatal, aborsi spontan, kolaps vena, gangguan akibat penyuntikan heroin sesama pengguna yakni infeksi virus yang disebarkan lewat darah seperti HIV/AIDS dan hepatitis.

Pada ibu hamil pengguna heroin akan memberikan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah dan gangguan perkembangan pada anak.

F. Ganja

Nama lain: Mariyuana, Grass, Hash, Herb, Pot, Weed , Bubble Gum, Northern Lights, Fruity Juice, Afghani #1, dan Skunk

Ganja merupakan kumpulan daun, tangkai, buah kanabis sativa yang dikeringkan dan dirajang. Ganja dapat pula diolah dalam bentuk minyak hashish yang merupakan cairan pekat berwarna coklat. Penggunaannya adalah dengan cara dirokok dengan atau tanpa tembakau (dilinting), dengan pipa, atau digunakan dalam campuran dengan zat lainnya. Penggunaan dengan cara dicampur makanan dan diseduh seperti teh juga ditemukan di beberapa tempat, namun demikian pengolahan ganja dengan cara dimasak seperti ini

melarutkan sebagian besar zat aktif ganja. Zat aktif dalam ganja adalah THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Membran sel syaraf tertentu dalam otak yang mengandung reseptor protein akan mengikat erat THC. Baunya menyengat asam-manis.

Penggunaan terus menerus dalam waktu yang lama akan mengakibatkan kerusakan memori, proses belajar dan perilaku sosial sehingga penggunanya meninggalkan berbagai aktivitas sekolah/kerja dan interaksi sosial. Karena reaksi terhadap rangsang melambat, maka pengguna sering mengalami kecelakaan, juga dapat terlibat pada berbagai masalah hukum.

Penggunaan dirokok akan memberikan risiko kanker paru, dan risiko infeksi dalam jangka panjang. Karena jumlah zat kimia serta tar pada ganja lebih banyak dari tembakau, maka risiko penggunaannya lebih besar dari penggunaan rokok tembakau itu sendiri. Kanabis tidak menyebabkan overdosis yang fatal.

a. Ganja akan memberikan dampak sebagai berikut:
   1. Sulit mengingat sesuatu
   2. Waktu reaksi melambat
   3. Sulit konsentrasi
   4. Mengantuk dan tidur
   5. Anxietas
   6. Paranoia
   7. Mempengaruhi persepsi seseorang atas waktu
   8. Mata merah

b. Dampak bagi fisik adalah sebagai berikut:
   1. Tremor
   2. Nausea
   3. Sakit kepala
   4. Menurunnya koordinasi
   5. Gangguan pernafasan
   6. Nafsu makan meningkat
   7. Menurunkan aliran darah ke otak
   8. Menurunkan aktivitas organ reproduksi

c. Komplikasi fisik dan psikososial

   1) Efekakut

      Seperti umumnya dengan zat psikoaktif, efek dari kanabis tergantung dengan dosis yang digunakan, karakteristik individu dan kondisi situasi saat penggunaan zat tersebut. Beberapa hal dibawah ini dianggap sebagai efek positif bagi pengguna, yaitu:

      1.1. Perasaan tenang (relaksasi)
      1.2. Euforia
      1.3. Disinhibisi
      1.4. Persepsi penglihatan dan pendengaran
      1.5. Nafsu makan meningkat

2) Sedangkan efek akut negatif adalah:
   2.1. Ansietas dan panik
   2.2. Paranoia
   2.3. Halusinasi pendengaran dan penglihatan
   2.4. Gangguan koordinasi
   2.5. Kehilangan memori jangka pendek
   2.6. Takikardia dan aritmia supraventrikuler
   2.7. Persepsi waktu yang salah
   2.8. Gangguan konsentrasi

d. Kondisi gejala putus zat kanabis adalah:
   1. ansietas, tidak dapat beristirahat dan mudah tersinggung
   2. anoreksia
   3. tidur terganggu dan sering mengalami mimpi buruk
   4. gangguan gastrointestinal
   5. keringat malam hari
   6. tremor

Simtom-simtom yang terjadi biasanya ringan dan berakhir setelah satu atau dua minggu. Pasien dengan putus zat kanabis hanya memerlukan manajemen simtomatis jangka pendek.

G. Inhalan

Inhalan merupakan zat kimiawi yang mudah menguap dan berefek psikoaktif. Inhalan terkandung dalam barang yang lazim digunakan dalam rumah tangga sehari-hari seperti lem, hair sprays, cat, gas pemantik, bisa digunakan oleh anak-anak agar cepat high. Kebanyakan anak-anak tidak mengetahui risiko menghirup gas yang mudah menguap ini. Meski hanya dihirup dalam satu waktu pendek, penggunaan inhalan dapat mengganggu irama jantung dan menurunkan kadar oksigen, yang keduanya dapat menyebabkan kematian. Penggunaan regular akan mengakibatkan gangguan pada otak, jantung, ginjal dan hepar.

1. Inhalan digolongkan atas 4 kategori:

   a. Volatile Solvents

      1). Zat kimia rnudah menguap dalam barang industri dan rumah tangga atau produk mengandung solven, masuk dalam golongan ini minyak cat (thinners), larutan pembersih cat kuku, degreasers, cairan untuk dry-cleaning, gas, lem

      2). Solven dalam peralatan kantor dan seni, masuk didalamnya cairan untuk koreksi tulisan yang salah, cairan penanda dan pembersih alat elektronik

   b. Aerosol

      Aerosol rumah tangga dan cairan penyemprot lainnya seperti semprotan tata rambut, deodoran, peiapis barang rumah tangga, pembersih komputer, dan penyemprot minyak sayur

c. Gas

1). Gas, termasuk gas pemantik api, propane tanks, whipping cream aerosols dan gas yang dipergunakan mesin pendingin

2). Gas medik anestesi seperti ether, chloroform, halothane, dan nitrous oxide ("gas ketawa ")

d. Nitrit

Nitrit organik yang rnudah menguap termasuk cyclohexyl, butyl, dan amyl nitrites, biasa disebut "poppers." Amyl nitrite digunakan dalam prosedur-prosedur pemeriksaan medik. Nitrit volatil biasanya dijual dalam botol gelas berwarna coklat gelap dan diberi label "video head cleaner," "room odorizer," "leather cleaner," atau "liquid aroma."

2. Efek bagi Kesehatan

a. Jika terhirup dalam konsentrasi yang cukup, inhalan akan membuat intoksikasi dalam waktu beberapa menit saja dan tidak lama. Menghirup dengan sengaja untuk beberapa jam, menyebabkan perasaan terstimulasi, jika digunakan dalam jangka panjang akan membuat penggunanya kehilangan kesadaran. Pengguna solven kronis akan mengalami kerusakan otak, hati dan ginjal yang berat Menghirup semprotan aerosol dalam konsentrasi yang tinggi akan langsung menyebabkan kegagalan jantung dalam beberapa menit sampai kematian. Sindroma ini dikenal sebagai "sudden sniffing death", dapat terjadi pada satu kali penghiduan yang dalam . Biasanya digunakan gas butane, propane, dan zat aerosol kimia.

Konsentrasi yang tinggi dapat menyebabkan sufokasi dan kematian karena menurunnya muatan oksigen dalam paru dan udara pernafasan. Pengguna biasanya sengaja menutup wajah dan hidungnya dengan plastic diatas kaleng aerosol, atau menutup pintu ruangan dan ventilasi dalam upaya meningkatkan konsentrasi zat volatile.

b. Dampak merugikan yang bersifat menetap karena penggunaan solven adalah:

1). Tuli—toluene (cat semprot, lem, dewaxers) dan trichloroethylene (zat kimiawi untuk dry-cleaning, cairan koreksi)

2). Peripheral neuropathi, atau spasme tungkai—hexane (lem, gas) dan nitrous oxide (whipped cream dispensers, gas cylinders)

3). Kerusakan susunan syaraf pusat—toluene (cat semprot, lem, dewaxers)

4). Kerusakan sumsum tulang —benzene (gas)

c. Gangguan serius yang masih potensial dapat dipulihkan:

1). Kerusakan hati dan ginjal—toluene-berisi zat dan chlorinated hydrocarbons (cairan koreksi, cairan untuk dry-cleaning)

2). Deplesi oksigen darah—aliphatic nitrites (dikenal dengan sebutan jalanan: poppers, bold, dan rush) dan methylene chloride (varnish removers, thinners)

3. Tanda -Tanda Untuk Mendeteksi Penggunaan Yang Terakhir
    a. Mata merah dan berair
    b. Bersin dan batuk
    c. Nafas berbau zat kimia
    d. Lem, solvent, bekas cat tertinggal pada baju, jari tangan, hidung, atau mulut
    e. Intoksikasi terlihat jelas/ perilaku menyimpang/ berani mengambil resiko
    f. Kebingungan
    g. Koordinasi yang lemah
    h. Mengeluarkan keringat yang berlebihan
    i. Ada tanda-tanda tidak biasa/rash, iritasi kulit di sekitar mulut dan hidung
    j. Sekresi nasal yang berlebihan, secara langsung menghirup
4. Efek yang diharapkan :
    a. Euforia
    b. Rasa girang
    c. Rasa melambung
    d. Rasa tidak dapat dilukai/disakiti
    e. Disinhibisi
5. Efekjangka pendek/efek negative :
    1. Mengantuk
    2. "Flu-like" symptoms
    3. Mual dan muntah
    4. Sakit kepala
    5. Diare, nyeri abdominal
    6. Pernapasan tidak nyaman
    7. Perdarahan hidung dan tenggorokan
    8. Perilaku berisiko.
6. Efek Volatile pada dosis tinggi:
    a. Berbicara tidak jelas
    b. Koordinasi lemah
    c. Disorientasi, kebingungan
    d. Tremor
    e. Sakit kepala
    f. Delusi
    g. Gangguan penglihatan atau halusinasi
    h. Perilaku yang tidak dapat diprediksi
        1). ataxia
        2). stupor
        3). final stages (seizures, coma cardiopulrnonary arrest, death).
7. Volatile - Overdosis

    Dosis tinggi dapat menyebabkan pasien mengalami:
    a. Convulsions, seizures, coma

b. Gangguan pernafasan
c. Cardiac arrhythmias

8. Gangguan atau kematian dapat terjadi karena:
   a. Perilaku yang beresiko (tenggelam, jatuh, dll)
   b. Suffocation
   c. Aspirasi muntahan
   d. Terbakar, ledakan
   e. Keracunan, kegagalan organ tubuh (pengguna kronis)
   f. Laryngeal Spasm (Butane) Respiratory Arrest
   g. Keracunan logam (bensin/solar)
9. Putus zat:

   Permulaan dan lamanya Tidak diklasifikasikan dalam DSM IV tapi sifat dari gejala putus zat yang memungkinkan dapat terjadi pada 24-48 jam sesudah penggunaan berakhir

   Gejala Putus zat :
   a. Gangguan tidur
   b. Tremor
   c. Mudah tersinggung dan depresi
   d. Mual
   e. Diaforesis
   f. llusi hilang dengan cepat

H. LSD

LSD (lysergic acid diethylamide) bentuknya dapat cair, kertas, pil dan ditelan. LSD merupakan halusinogen kuat yang popular tahun '60 dan sekarang popular lagi. Bahan kimia tak berbau, tak berwarna dan dibuat oleh laboratorium gelap. Nama jalanan acid, blotter acid, microdot, dan white lightning, berefek halusinogen atau high seperti "trip."

Biasanya digunakan dalam dosis kecil, karena efeknya sangat kuat. Tetesan kecil diatas kertas, atau di agar-agar atau benda lain yang dapat meresap cairan lalu ditelan. Semua benda yang dapat ditelan dan menyerap air dapat digunkan untuk menelan LSD.

Efek halusinogenik dari LSD dapat bertahan 2-12 jam. Selama masa ini kemampuan pengguna dalam mengambil atau menilai suatu keputusan dapat terganggu, persepsi visual mengalami distorsi dan dapat mengalami halusinasi (daya nilai realita terganggu).

Dampak fisik LSD adalah dilatasi pupil, suhu tubuh meningkat, tekanan darah naik, halusinasi, dan disorientasi arah-jarak-dan waktu. Penderita juga dapat mengalami kondisi yang disebut sebagai bad trip, yaitu timbulnya reaksi panik, paranoia, anxietas, hilangnya kendali, kekacauan dan psikosis. Pengguna LSD dapat melukai diri dan orang lain karena simtom psikosisnya.

Efek samping LSD juga disebut "flashback1. Penghentian zat ini dalam beberapa tahun masih dapat memunculkan efek halusinogen secara tidak menetap dan tanpa tanda-tanda pendahulu.

I. KOKAIN

Disebut juga: Blow, C, Coke, Crack, Flake, Snow

Kokain merupakan stimulan yang kuat dan mengakibatkan ketergantungan kuat pada penggunanya. Dalam upaya mendapatkan efek high, mereka menggunakan dosis yang makin lama rnakin meningkat. Dalam peredarannya, kokain merupakan bubuk berwarna putih, sebagai bentuk garam kokain hidroklorida atau freebase. Kokain hidroklorida larut dalam air , digunakan dengan disuntikan atau dihidu. Bentuk freebase digunakan dengan cara dibakar seperti rokok. Crack adalah nama jalanan untuk kokain yang dapat dirokok, bentuknya seperti kristal batu karang.

Karena cara penggunaannya kokain menimbulkan efek fisik pada tubuh sebagai berikut:

- Masalah jantung, termasuk serangan jantung
- Gangguan respirasi sampai kegagalan pernafasan
- Gangguan sistem syaraf, termasuk stroke
- Gangguan pencernaan , penurunan nafsu makan

Menggunakan kokain bercampur alkohol akan membentuk komponen berbahaya yang dikenal sebagai KOKAETILEN. Yang membuat efek euforia menjadi kuat dan kemungkinan fatalitas dengan kematian mendadak

Kokain dalam sistem syaraf pusat akan mengganggu proses reabsorbsi dopamine, suatu chemical messenger terkait rasa nyaman dan gerakan. Dengan mekanisme dopamine ini sistem syaraf dirangsang untuk euforia. Peningkatan perasaan nyaman membuat penggunanya tidak merasa lelah, dan kesiagaan meningkat , tergantung rute penggunaan. Makin cepat diabsorbsi tubuh , makin kencang perasaan high. Makin cepat absorbsi, makin pendek aksi durasinya. Dengan snorting durasinya 15-30 menit, sementara dirokok durasi efeknya 5-10 menit. Penggunaan yang meningkat membuat perasaan high makin tinggi dan meningkatkan risiko adiksi

1. Efek yang diharapkan :
   a. euforia

b. banyak bicara
c. bertambahnya percaya diri
d. energi
e. berkurang keinginan untuk tidur
f. meningkatnya nafsu makan

2. Efek akut pada dosis rendah :
   a. anastesi lokal
   b. dilatasi pupil
   c. vasokonstriksi
   d. peningkatan pernapasan
   e. peningkatan denyutjantung
   f. peningkatan tekanan darah
   g. peningkatan suhu tubuh
3. Efek akut pada dosis tinggi (reaksi toksik):
   a. stereotiphy, perilaku repetitif
   b. ansietas/ agitasi berat/ panik
   c. agresif/buas
   d. kedutan otot/tremor/hilang koordinasi
   e. peningkatan refleks
   f. gagal napas
   g. peningkatan tekanan darah yang bermakna
   h. nyeri dada/angina
   i. edema paru
   j. gagal ginjal akut
   k. konvulsi
   I. penglihatan kabur
   m. stroke akut
   n. kebingungan/delirium
   o. halusinasi, lebih sering halusinasi dengar
   p. dizziness
   q. kekakuan otot
   r. lemah, nadi cepat
   s. aritmia jantung
   t. iskemi miokardial dan infark
   u. berkeringat/suhu tubuh sangat tinggi (suhu rektal bisa mencapai 41°C)
   v. sakit kepala
   w. nyeri perut/mual/muntah
4. Efek pada penggunaan kronis :
   a. insomnia

b. depresi
c. agresif atau liar
d. kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan
e. kedutan otot
f. ansietas
g. psikosis - delusi paranoid, halusinasi
h. hilang libido dan/atau impotensi
i. peningkatan refleks
j. peningkatan denyut nadi

5. Gejala Putus zat Kokain (terjadi setelah beberapa hari penggunaan kokain) Menurut DSM-IV:

   a. Mood disforia (anhedonia atau kesedihan mirip depresi) dan paling sedikit mencakup dua dari gejala di bawah ini:
      1). fatigue
      2). insomnia atau hipersomnia
      3). agitasi psikomotor atau retardasi
      4). craving
      5). peningkatan nafsu makan
      6). mimpi buruk

   b. Gejala putus zat mencapai puncaknya dalam 2-4 hari

      Gejala disforia bisa berlangsung sampai 10 minggu. Rute penggunaan yang berbeda membuat dampak merugikan yang berbeda pula. Penggunaan dengan cara dihidu berulang akan membuat perdarahan di hidung, kerusakan syaraf penciuman, kesulitan menelan, suara serak, dan pilek kronis. Menelan kokain akan dapat membuat gangrene usus karena reduksi aliran darah ke usus. Penggunaan lewat suntikan dapat membuat alergi berat, dan risiko infeksi yang ditularkan melalui darah seperti HIV.

J. BENZODIAZEPIN

Benzodiazepin sering disebut sebagai pil koplo. Benzodiazepin yang sering disalahgunakan adalah lexotan (lexo), BK, rohypnol (rohip), dumolit (dum), mogadon (MG) dan lain-lain. Semua benzodiazepin bersifat sedatif, ansiolitik dan anti konvulsan.

1. Efek jangka pendek
   a. mengantuk, letargi, fatigue
   b. gerakan yang tidak terkoordinasi, penurunan reaksi terhadap waktu dan ataksia
   c. penurunan fungsi kognisi dan memori (terutama amnesia anterograde)
   d. Kebingungan
   e. kelemahan otot atau hipotoni
   f. depresi
   g. nistagmus, vertigo
   h. disarthria, bicara cadel/tidakjelas

i. pandangan kabur, mulut kering
j. sakit kepala
k. euforia paradoksal, rasa girang, tidak dapat beristirahat, hipomania dan perilaku inhibisi yang ekstrim (terutama pengguna dosis tinggi dapat merasa tidak dapat dilukai, kebal terhadap serangan atau pukulan dan dirinya tidak dapat dilihat orang sekitarnya)
l. efek potensiasi dengan zat depresan SSP kainnya, misal alkohol dan opioid yang dapat meningkatkan risiko penekanan pernapasan

2. Efek jangka panjang

Mirip dengan efek jangka pendek, ditambah dengan :

a. toleransi terhadap efek sedatif/hipnotik dan psikomotor
b. emosi yang "tumpul" (ketidakmampuan merasa bahagia atau duka sehubungan dengan hambatan terhadap emosi)
c. siklus menstruasi tidak teratur, pembesaran payudara
d. ketergantungan (dapat terjadi setelah 3 sampai 6 bulan dalam dosis terapi)

3. Gejala putus zat

Umumnya mencakup :

a. insomnia
b. ansietas
c. iritabel
d. tidak dapat beristirahat
e. agitasi
f depresi
g. tremor
h. dizziness

4. Jarang terjadi, tapi perlu penanganan serius :

a. kejang (dosis tinggi ± alkohol)
b. delirium

5. Gejala lain mencakup :

a. kedutan otot dan nyeri
b. anoreksia, mual
c. fatigue
d. tinnitus
e. hiperakusis, fotofobia, gangguan persepsi
f. depersonalisasi, derealisasi
g. pandangan kabur

K. PCP

PCP (phencyclidine) dikenal dengan jalanan sebagai angel dust, supergrass, killer weed, K J, embalming fluid, rocket fuel dan sherms, kristal (jangan keliru dengan metamfetamin). Biasanya digunakan bersama rokok atau marijuana dengan cara dirokok. PCP adalah zat halusinogenik. Di jalanan mempunyai 50 nama alias yang menggambarkan efek bizarre sampai efek volatilnya. PCP seringkali menggantikan mescaline, LSD, THC, atau kokain.

Dalam bentuk yang murni, PCP berbentuk kristal warna putih, mudah larut dalam air. Kebanyakan PCP dibuat di pabrik gelap sehingga kontaminannya mengubah warna dan warna kulit terbakar matahari sampai coklat dan konsistensinya dari bentuk bubuk sampai seperti permen karet. Lazimnya terlihat dalam bentuk bubuk atau liquid, dan biasanya dibentuk rokok warna coklat atau dalam bentuk potongan kecil-kecil daun seperti bumbu, mint, oregano, marijuana, atau tembakau, dan kemudian dirokok. Dalam bentuk liquid, PCP dibungkus dalam vial kecil atau botol gelas kecil.

Tanda dan gejala penggunaan PCP: lepas dari realita, merasa aneh diseputar dirinya. Gerak bola mata cepat dan tak terkoordinasi, mondar-mandir, numbness, bicara cadel, bicara terhambat, kehilangan koordinasi gerak.

PCP membuat seseorang mengalami psikosis seperti skizofrenia. Merasa diri kuat, tak peka, percaya diri sekali, distorsi imej sangat ekstrim. Penggunanya dapat melakukan tindak kekerasan yang dapat melukai diri sendiri atau orang lain. Psikosis dapat terjadi pada penggunaan sekali ataupun berulang. Pengawasan ketat pada pengguna PCP sangat diperlukan karena gejala psikosis dengan kekerasannya membahayakan diri dan orang lain.

Episode PCP, atau flashbacks, dapat terjadi lama setelah PCP tak lagi dikandung tubuh.

L. ANABOLIK STEROID

Merupakan zat buatan manusia yang berkaitan dengan hormon seks laki-laki. Anabolik steorid digunakan dalam dunia medik untuk beberapa masalah hormonal laki-laki atau penyakit terkait dengannya. Binaragawan atau atlet sering menggunakan anabolic steroid untuk mendapatkan bentuk otot yang 'jantan'. Penyalahgunaan anabolik steroid memberikan masalah kesehatan:

1. Jerawat dan kista
2. Pembesaran buah dada dan pengkerutan testis
3. Suara besar dan berat, tumbuhnya bulu-bulu badan pada perempuan
4. Gangguan jantung, termasuk serangan jantung
5. Penyakit hati, termasuk hepatoma

6. Perilaku agresif

III PROSEDUR PENATALAKSANAAN GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA

3.1 Prinsip Dasar Penatalaksanaan Umum

Pada bab ini akan dibahas mengenai beberapa prinsip-prinsip yang diterapkan dalam identifikasi, penatalaksanaan dan intervensi pada pengguna NAPZA. Beberapa isu yang sangat terkait dengan hal ini meliputi:

- Intoksikasi
- Penyalahgunaan
- Ketergantungan

Tidak semua gangguan penggunaan NAPZA terkait dengan masalah ketergantungan atau adiksi. Banyak masalah gangguan penggunaan NAPZA berkaitan dengan pola penggunaan yang tidak berada dalam taraf ketergantungan tetapi mempunyai risiko untuk menjadi ketergantungan. Intervensi yang diberikan harus disesuaikan dengan masalah, pengalaman dan faktor risiko yang ada pada seseorang.

A Pengenalan Dan Skrining

1. Pengenalan Awal

Pengenalan awal sangat penting karena dapat mencegah seseorang menjadi ketergantungan atau terjadi perkembangan kerusakan yang menetap. Akan tetapi masalah penggunaan NAPZA sangat sulit untuk dideteksi secara dini, khususnya pada penggunaan tahap awal. Beberapa alasan mengenai hal ini antara lain:

a. Tidak memahami apa yang terlihat
b. Kurang waspada
c. Malu untuk menanyakan masalah ini
d. Tidak tahu apa yang mesti dilakukai i ketika mengenali masalah ini
e. Individu menyangkal atau mengelak

2. Deteksi Dini Dapat Ditingkatkan Dengan Melakukan :

a. Melakukan penyelidikan/wawancara rutin tentang penggunaan NAPZA
b. Skrining dengan kuesioner
c. Skrining biologi (pemeriksaan laboratorium)
d. Seringkali melakukan presentasi klinis tentang penggunaan NAPZA

3. Wawancara Rutin Tentang Penggunaan NAPZA

Dokter mempunyai kesempatan yang sangat bervariasi untuk melakukan wawancara mengenai penggunaan NAPZA, seperti dibawah ini:

a. Pasien baru, merupakan bagian dan pengambilan data awal
b. Pengobatan pasien dengan gangguan kronis, misalnya pengguna alkohol dengan keluhan gangguan jantung, diabetes, depresi
c. Pengobatan pasien dengan kondisi akut, misalnya: trauma, gangguan pencernaan, stress/kecemasan, masalah psikologis

d. Asesmen sebelum tindakan pembedahan

e. Klinik ibu dan anak serta antenatal care

f. Orang yang akan mengikuti asuransi kesehatan

4. Kuesioner-Skrining

Penggunaan kuesioner secara umum meliputi: isu-isu tentang gaya hidup seperti merokok, diet, olahraga, penggunaan NAPZA mungkin bukan ancaman bagi mereka.

Banyak alat yang dapat digunakan untuk melakukan skrining penggunaan NAPZA pada individu seperti ASSIST (Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test.)

5. Skrining Biologik

a. Beberapa Jenis Pemeriksaan Darah

Beberapa jenis pemeriksaan darah dapat digunakan untuk skrining penggunaan NAPZA. Namun demikian hal ini sering kurang sensitif maupun spesifik daripada penggunaan kuesioner. Tes untuk skrining biologik termasuk:

1). Pemeriksaan darah perifer lengkap termasuk MCV

2). Tes Fungsi Hati termasuk gamma GT

3). Trigliserid

b. Tes Urin

Tes urin dapat mendeteksi adanya penggunaan berbagai jenis NAPZA (alkohol, kokain, kanabis, benzodiazepin, barbiturat dll.) berdasarkan sisa metabolitnya. Namun demikian pemeriksaan urin harus disertai dengan wawancara untuk mendeteksi adanya penggunaan zat lain yang akan mempengaruhi hasil tes urin (misal: obat batuk yang mengandung kodein, obat maag yang mengandung benzodiazepin, obat flu yang mengandung fenilpropanolamin/efedrin).

c. Skrining Etiologik Untuk Pengguna NAPZA Termasuk :

1) Pemeriksaan darah perifer lengkap termasuk hitung lekosit

2) Tes Fungsi hati

3) Hepatitis B, C dan HIV/AIDS

B. Asesmen

1. Asesmen secara khusus mempunyai beberapa tujuan :

a. mengidentifikasi perilaku penggunaan NAPZA awal

b. menemukan batas-batas masalah kesehatan akibat efek NAPZA

c. untuk menilai konteks sosial penggunaan NAPZA baik terhadap pasien maupun orang lain yang bermakna

d. untuk menentukan intervensi yang akan diberikan

2. Fase asesmen

   Ada empat fase penting dalam melakukan asesmen yang harus terpenuhi:

   a. mengembangkan hubungan berdasarkan saling percaya, empati dan sikap yang tidak menghakimi

   b. membantu pasien secara akurat untuk menilai kembali penggunaan NAPZA mereka, yang mungkin akan menfasilitasi mereka untuk berubah

   c. menfasilitasi untuk mengingat kembali kejadian masa lalu dan masa kini dan menghubungkan dengan penggunaan NAPZAnya saat ini

   d. mendorong pasien untuk merefleksi pilihan menggunakan NAPZA dan konsekuensi dari perilaku penggunaan NAPZAnya.

3. Secara tradisional pengobatan berhasil dapat diukur dengan kondisi abstinensia (bebas NAPZA), saat ini lebih ditekankan pada:

a. Kesejahteraan

b. Pemahaman tentang minum minuman keras dan penggunaan NAPZA lain

c. Kesiapan untuk berubah

d. Harapan yang terkait dengan penggunaan NAPZA (penghentian)

e. Fungsi sosial dan dukungan sosial

Semua hal diatas merupakan prediktor keberhasilan dalam pengobatan penggunaan NAPZA.

C. Penatalaksanaan Gangguan Penggunaan NAPZA Pada Kondisi Non Gawat Darurat

Individu dengan masalah penggunaan NAPZA pada kondisi tidak gawat darurat perlu menerima intervensi singkat ataupun intervensi psikososial, tergantung dari derajat penggunaan yang dilakukan indivdu tersebut. Bila diperlukan, pasien dengan ketergantungan NAPZA tertentu juga dapat menerima farmakoterapi rumatan ataupun simtomatik.

1. Intervensi Singkat

a. Intervensi singkat ditujukan untuk mencoba merubah penggunaan NAPZA atau setidaknya mengajak pasien berpikir ulang mengenai pola penggunaan NAPZAnya. Waktu yang dibutuhkan untuk intervensi biasanya antara 10 menit hingga 1.5 jam.

b. Intervensi singkat khususnya dapat dipergunakan untuk pelayanan dasar di puskesmas dan dapat juga digunakan di ruang emergensi, bangsal rumah sakit, dan berbagai kondisi layanan kesehatan lain. Intervensi direkomendasikan untuk beberapa kondisi seseorang seperti dibawah ini:

   1). Penggunaan alkohol yang membahayakan tetapi belum ketergantungan

   2). Ketergantungan alkohol ringan sampai sedang

   3). Ketergantungan nikotin/perokok

   4). Ketergantungan ringan sampai sedang kanabis

c. Intervensi singkat tidak direkomendasikan untuk kondisi dibawah ini:

   1). Pasien yang kompleks dengan isu-isu masalah psikologis/psikiatrik

2). Pasien dengan ketergantungan berat

3). Pasien dengan kemampuan membaca yang rendah

4). Pasien dengan kesulitan terkait dengan gangguan fungsi kognitif

Pada kondisi ini direkomendasikan untuk melakukan wawancara mendalam.

d. Intervensi singkat dapat mengambil berbagai bentuk format tetapi seringkali termasuk:

1). asesmen singkat

2). materi self - help (materi yang membantu pemahaman NAPZA pada pasien, contoh : leaflet tentang penanganan overdosis.cara menyuntik yang benar pada program harm reduction)

3). informasi tingkat penggunaan yang aman

4). anjuran untuk mengurangi konsumsi

5). pengurangan dampak buruk

6). pencegahan kekambuhan

7). asesmen untuk kesiapan berubah termasuk wawancara memotivasi

8). konseling singkat termasuk pemecahan masalah dan tujuan

9). follow – up

2. Intervensi Psikososial

Intervensi psikologik merupakan komponen penting dalam pengobatan yang komprehensif. Dapat diberikan konseling baik secara individu maupun dalam kelompok.

a. Konseling merupakan pendekatan melalui suatu kolaborasi antara konselor dengan pasien dalam perencanaan pengobatan yang didiskusikan dan disetujui bersama. Tidak ada satu pendekatan psikososial yang superior, program pengobatan harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien secara individu dengan mempertimbangkan Ludaya, jender dan komorbiditas yang ada.

b. Konseling secara umum harus meliputi:

1). menghubungkan pasien dengen layanan yang sesuai dengan kebutuhan

2). mengantisipasi dan mengembangkan strategi bersama pasien untuk menghadapi berbagai kesulitan

3). memberikan intervensi yang spesifik berdasarkan fakta

4). fokus pada sumberdaya yang positif baik secara internal maupun eksternal dan berhasil mengatasi masalah maupun ketidakmampuan pasien

5). mempertimbangkan secara lebih luas untuk membantu pasien dalam hal lain seperti makanan, tempat tinggal, keuangan

6). bila sesuai, libatkan dukungan lain untuk mengembangkan kemungkinan perubahan perilaku melalui lingkungan dalam layanan pengobatan maupun lingkungan luar pengobatan

c. Kelompok mutual lainnya seperti Alcoholic Anonymous, Narcotic Anonymous,, AI-Anon (keluarga pengguna NAPZA) dengan menerapkan terapi 12 Langkah akan sangat membantu pasien dalam melakukan perubahan perilaku.

3.2. Penatalaksanaan Medik Kegawatdaruratan Akibat Gangguan Penggunaan NAPZA

A. Pedoman Umum :

Pasien harus dibedakan sesuai dengan kondisi klinis, apakah dalam kondisi emergensi, non ernergensi, akut atau kronis. Secara rinci kondisi klinis pasien NAPZA dibagi menjadi:

a. Kondisi Intoksikasi Akut /Overdosis

b. Kondisi Putus Zat /Putus zat

c. Kondisi Komorbiditas Fisik/Psikiatrik

1. Penatalaksanaan Umum Kondisi Kegawatdaruratan Penggunaan NAPZA:

a. Tindakan terfokus pada masalah penyelamatan hidup (life threatening) melalui prosedur ABC (Airway, Breathing, Circulation) dan menjaga tanda-tanda vital

b. Bila memungkinkan hindari pemberian obat-obatan, karena dikhawatirkan akan ada interaksi dengan zat yang digunakan pasien. Apabila zat yang digunakan pasien sudah diketahui, obat dapat diberikan dengan dosis yang adekuat.

c. Merupakan hal yang selalu penting untuk memperoleh riwayat penggunaan zat sebelumnya baik melalui auto maupun alloanamnesa (terutama dengan pasangannya). Bila pasien tidak sadar perhatikan alat-alat atau barang yang ada pada pasien.

d. Sikap dan tata cara petugas membawakan diri merupakan hal yang penting khususnya bila berhadapan dengan pasien panik, kebingungan atau psikotik

e. Terakhir, penting untuk menentukan atau meninjau kembali besaran masalah penggunaan zat pasien berdasar kategori dibawah ini:

1). Pasien dengan penggunaan zat dalam jumlah banyak dan tanda-tanda vital yang membahayakan berkaitan dengan kondisi intoksikasi. Kemungkinan akan disertai dengan gejala-gejala halusinasi, waham dan kebingungan akan tetapi kondisi ini akan kembali normal setelah gejala-gejala intoksikasi mereda.

2). Tanda-tanda vital pasien pada dasarnya stabil tetapi ada gejala-gejala putus zat yang diperlihatkan pasien maka bila ada gejala-gejala kebingungan atau psikotik hal itu merupakan bagian dari gejala putus zat.

3). Pasien dengan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak memperlihatkan gejala putus zat yang jelas tetapi secara klinis menunjukkan adanya gejala kebingungan seperti pada kondisi delirium atau demensia. Dalam perjalanannya mungkin timbul gejala halusinasi atau waham, tetapi gejala ini akan menghilang bilamana kondisi klinis delirium atau

dementia sudah diterapi dengan adekuat.

4). Bilamana tanda-tanda vital pasien stabil dan secara klinis tidak ada gejala-gejala kebingungan atau putus zat secara bermakna, tetapi menunjukkan adanya halusinasi atau waham dan tidak memiliki insight maka pasien menderita psikosis.

2. Asesmen/Pengkajian

Informasi yang diperlukan dalam melakukan asesmen pada pasien yang diduga mengalami gangguan penggunaan zat antara lain :

a. Tujuan Asesmen :

1). Mengidentifikasi secara jelas dan akurat gambaran klinis individu dengan adiksi

2). Menginisiasi interaksi dan dialog terapeutik

3). Meningkatkan kesadaran individu terhadap gambaran masalah-masalah yang terjadi

4). Memberikan umpan balik yang obyektif

5). Menegakkan diagnosis

6). Melakukan kolaborasi dalam terapi yang sesuai dengan maksud dan tujuan

7). Mendorong perubahan yang positif

8). Meningkatkan motivasi individu

b. Informasi yang diperlukan dalam asesmen :

1). Identitas pasien

2). Riwayat penyakit saat ini

3). Riwayat penyakit terdahulu

4). Riwayat penggunaan NAPZA terrnasuk pengobatan yang penah diperoleh

5). Riwayat keluarga baik penyakit fisik, psikiatrik maupun penggunaan NAPZA

c. Pertanyaan dalam asesmen :

1). apa yarig diidentifikasi oleh klien sebagai suatu masalah?

2). apa yang menjadi tujuan/harapan klien?

3). apa yang secara umum tersedia untuk membantu klien mencapai tujuan/harapannya?

4). apa yang menjadi hambatan untuk kemajuan klien?

5). sumber daya dan metode apa yang dapat melindungi, meminimalkan atau menghindarkan hambatan itu?

6). apakah pasien pernah mengalami krisis kehidupan, dan bagaimana pengalaman itu dapat membuat dirinya lebih yakin?

d. Pemeriksaan yang perlu dilakukan :

1). Pemeriksaan fisik, terrnasuk pemeriksaan neurologik

2). Pemeriksaan psikiatrik

3). Pemeriksaan psikologis

4). Evaluasi sosial

5). Pemeriksaan laboratorium ; Darah perifer lengkap, Kimia Darah, LFT, Fungsi ginjal dan tes urin

6). Pemeriksaan penunjang lain sesuai kondisi klinis

7). Pemeriksaan khusus : tes nalokson

B. Terapi Kondisi Intoksikasi

1. Intoksikasi/Overdosis Opioida :

a. Merupakan kondisi gawat darurat yang memerlukan penanganan secara cepat

b. Atasi tanda vital (Tekanan Darah, Pernafasan, Denyut Nadi, Temperatur suhu badan)

c. Berikan antidotum Naloxon HCL (Narcan, Nokoba) dengan dosis 0,01 mg/kg.BB secara iv, im, sc

d. Kemungkinan perlu perawatan ICU, khususnya bila terjadi penurunan kesadaran

e. Observasi selama 24 jam untuk menilai stabilitas tanda-tanda vital

2. Intoksikasi Amfetamin atau Zat yang monyerupai

a. Simtomatik tergantung kondisi klinis, untuk penggunaan oral ; merangsang muntah dengan activated charcoal atau kuras lambung adalah penting

b. Antipsikotik ; Haloperidol 2-5 mg per kali pemberian atau Chlorpromazine 1 mg/kg BB Oral setiap 4-6 jam

c. Antihipertensi bila perlu, TD diatas 140/100 mHg

d. Kontrol temperature dengan selimut dingin atau Chlorpromazine untuk mencegah temperature tubuh meningkat

e. Aritmia cordis, lakukan Cardiac monitoring; contoh untuk palpitasi diberikan Propanolol 20-80 mg/hari (perhatikan kontraindikasinya)

f. Bila ada gejala ansietas berikan ansiolitik golongan Benzodiazepin ; Diazepam 3x5 mg atau Chlordiazepox de 3x25 mg

g. Asamkan urin dengan Amonium Chlorida 2,75 mEq/kg atau Ascorbic Acid 8 mg/hari sampai pH urin < 5 akan mempercepat ekskresi zat

3. Intoksikasi Kanabis

a. Umumnya tidak perlu farmakoterapi dapat diberikan terapi supportif dengan 'talking down'

b. Bila ada gejala ansietas berat:

1). Lorazepam 1-2 mg oral

2). Alprazolam 0.5 - 1 mg oral

3). Chlordiazepoxide 10-50 mg oral

c. Bila terdapat gejala psikotik menonjol dapat diberikan Haloperidol 1-2 mg oral atau i.m ulangi setiap 20-30 menit

4. Intoksikasi Alkohol

a. Bila terdapat kondisi Hipoglikemia injeksi 50 ml Dextrose 40%

b. Kondisi Koma :

1). Posisi menunduk untuk cegah aspirasi

2). Observasi ketat tanda vital setiap 15 menit

3). Injeksi Thiamine 100 mg i.v untuk profilaksis terjadinya Wernicke Encephalopathy. Lalu 50 ml Dextrose 40% iv (berurutan jangan sampai terbalik)

c. Problem Perlaku (gaduh/gelisah):

1). Petugas keamanan dan perawat siap bila pasien agresif

2). Terapis harus toleran dan tidak membuat pasien takut atau merasa terancam

3). Buat suasana tenang dan bila perlu tawarkan makan

4). Beri dosis rendah sedatif; Lorazepam 1-2 mg atau Haloperidol 5 mg oral, bila gaduh gelisah berikan secara parenteral (i.m)

Kadar alkohol dalam darah yang berhubungan dengan gejala sistem saraf pusat

Konsentrasi (g/dl)	Peminum Sporadik	Peminum Kronik
0.050-0.075 (taraf pesta)	Euforia, Suka berkumpul gregarious), suka mengomel (garroulous]	- Tak tampak gejala - Sering masih terlihat segar
0.100 (intoksikasi secara hukum*)	Tidak terkoordinasi	Gejala Minimal
0.125-0.150	Perilaku tak terkontrol	Menyenangkan, mulai euforia, kurang koordinasi
0.200-0.250	Hilang kewaspadaan, lethargy	Membutuhkan usaha untuk mempertahan-kan emosi/kontrol motorik
0.300-0.350	Stupor sampai koma	Mengantuk, lamban
Lebih dari 0.500	Fatal, mungkin membutuhkan hemodialisis	Koma

*) Di beberapa negara, konsentrasi alkohol dengan kadar 0.080 secara hukum sudah ditetapkan sebagai intoksikasi.

5. Intoksikasi Sedatif-Hipnotik (Benzodiazepin)

a. Diperlukan terapi kombinasi yang bertujuan :

1). Mengurangi efek obat dalam tubuh

2). Mengurangi absorbsi obat lebih lanjut

3). Mencegah komplikasi jangka panjang

b. Langkah I: Mengurangi efek Sedatif - Hipnotik :

1) Pemberian Flumazenil (hanya bila diperlukan berhubungan dengan dr. Anestasi) (Antagonis Benzodiazepine) bila tersedia, dengan dosis 0.2 mg i.v kemudian setelah 30 detik diikuti dengan 0.3 mg dosis tunggal, setelah 60 detik diberikan lagi 0.5 mg sampai total kumulatif 3.0 mg. Pada pasien yang ketergantungan akan menimbulkan gejala putus zat.

2) Untuk tingkat serum sedatif - hipnotik yang sangat tinggi dan gejala - gejala sangat berat, pikirkan untuk atau haemoperfusion dengan Charcoal resin/Norit. Cara ini juga berguna bila ada intoksikasi berat dari barbiturat yang lebih short acting.

3) Tindakan suportif termasuk :

a) pertahankan jalan nafas, pernafasan buatan bila diperlukan

b) perbaiki gangguan asam basa

4). Alkalinisasi urin sampai pH 8 untuk memperbaiki pengeluaran obat dan untuk diuresis berikan Furosemide 20-40 mg atau Manitol 12,5 - 25 mg untuk mempertahankan pengeluaran urin

c. Langkah II : Mengurangi absorbsi lebih lanjut:

Rangsang muntah, bila baru terjadi pemakaian. Kalau tidak, berikan Activated Charcoal. Perhatian selama perawatan harus diberikan supaya tidak terjadi aspirasi

d. Langkah III: Mencegah komplikasi:

1). Perhatikan tanda-tanda vital dan depresi pernafasan, aspirasi dan edema paru

2). Bila sudah terjadi aspirasi, berikan antibiotik

3). Bila pasien ada usaha bunuh diri, maka dia harus segera ditangani di tempat khusus yang aman dan perlu pengawasan selama 24 jam, bila perlu dirujuk untuk masalah kejiwaannya

6. Intoksikasi Halusinogen

a. Intervensi Non Farmakologik :

1). Lingkungan yang tenang, aman dan mendukung

2). Reassurance : bahwa obat tersebut menimbulkan gejala-gejala itu ; dan ini akan hilang dengan bertambahnya waktu (talking down)

b. Intervensi Farmakologik:

1). Pilihan untuk *bad trip* (rasa tidak nyaman) atau serangan panik

2). Pemberian anti ansietas ; Diazepam 10-30 mg oral /im/iv pelan atau Lorazepam 1-2 mg oral

7. Intoksikasi Inhalansia

a. Pertahankan Oksigenasi

b. Tidak ada antidotum yang spesifik

c. Simtomatik

d. Pasien dengan gangguan neurologik bermakna, misalnya neuropati atau persistent ataxia, harus mendapatkan evaluasi formal dan follow up yang ketat.

C. Terapi Kondisi Putus Zat

1. Putus Zat Opioida

a. Putus zat seketika (Abrupt Withdrawal)

b. Simtomatik sesuai gejala klinis; Analgetika (Tramadol, Asam Mefenamic, Paracetamol), Spasmolitik (Papaverin), Decongestan, Sedatif - Hipnotik, Antidiare

c. Subtitusi Golongan Opioida; Codein, Metadon, Bufrenorfin yang diberikan secara tapering off. Untuk Metadon dan Buprenorfin terapi dapat dilanjutkan untuk jangka panjang (Rumatan)

d. Subtitusi nori opioida; Klonidin dengan dosis 17mcg/Kg.BB dibagi dalam 3-4 dosis diberikan selama 10 hari dengan tapering of 10%/hari, perlu pengawasan tekanan darah bila systole kurang dari 100 mmHg atau diastole kurang 70 mmHg HARUS DIHENTIKAN

e. Pemberian Sedatif-Hipnotika, Neuroleptika (yang memberi efek sedative, misal; Clozapine 25 mg, atau Chlorpromazine 100 mg) dapat dikombinasikan dengan obat - obat lain

2. Putus Zat Amfetamin atau Zat yang menyerupai

a. Observasi 24 jam untuk menilai kondisi fisik dan psikiatrik

b. Rawat inap diperlukan apabila gejala psikotik berat, gejala depresi berat atau kecenderungan bunuh diri, dan komplikasi fisik lain

c. Terapi: Antipsikotik (Haloperidol 3 x 1,5-5mg, atau Risperidon 2 x 1,5-3 mg), Antiansietas (Alprazolam 2 x 0,25-0,5 mg, atau Diazepam 3x5-10 mg, atau Clobazam 2 x 10 mg) atau Antidepresi golongan SSRI atau Trisiklik/Tetrasiklik sesuai kondisi kiinis

3. Putus Alkohol

a. Pemberian cairan atas dasar hasil pemeriksaan elektrolit dan keadaan umum

b. Atasi kondisi gelisah dan agitasinya dengan golongan Benzodiazepin atau Barbiturat

c. Pemberian vitamin B dosis besar (mis : Vitamin neurotropik) kemudian dilanjutkan dengan vitamin B1, multivitamin dan Asam Folat 1 mg oral

d. Bila ada riwayat kejang putus zat atasi dengan Benzodiazepine (Diazepam 10 mg iv perlahan)

e. Dapat juga diberikan Thiamine 100 mg ditambah 4 mg Magnesium Sulfat dalam 1 liter dari 5% Dextrose/normal saline selama 1-2 jam

f. Bila terjadi Delirium Tremens HARUS ADA ORANG YANG SELALU MENGAWASI.

4. Putus Zat Sedatif-Hipnotik

a. Abrupt withdrawal (pelepasan mendadak) dapat berakibat fatal karena

itu tidak dianjurkan.

b. Gradual withdrawal (pelepasan bertahap) dianggap lebih rasional, dimulai dengan memastikan dosis toleransi, disusul dengan pemberian suatu sedatif Benzodiazepin atau Barbiturat (Pentotal, Luminal) dalam jumlah cukup banyak sampai terjadi gejala-gejala intoksikasi ringan, atau sampai kondisi pasien tenang. Ini diteruskan selama beberapa hari sampai keadaan pasien stabil, kemudian baru dimulai dengan penurunan dengan kecepatan maksimal 10 % per 24 jam sampai dosis sedatif nol. Bila penurunan dosis menyebabkan pasien gelisah /imsomnia/agutatif atau kejang, ditunda sampai keadaan pasien stabil, setelah itu penurunan dosis dilanjutkan.

c. Untuk keadaan putus Barbiturat, dapat diberikan obat yang biasa digunakan oleh pasien. Penurunan dosis total 10 % per hari, maksimal 100 mg/hari.

d. Teknik substitusi Fenobarbital (Luminal):

Digunakan Luminal sebagai substituent, atau Barbiturat masa kerja lama yang lain. Sifat long acting akan mengurangi fluktuasi pada serum yang terlalu besar, memungkinkan digunakannya dosis kecil yang lebih aman. Waktu paruhnya antara 12-24 jam , dosis tunggal sudah cukup. Dosis lethal 5 kali lebih besar daripada dosis toksis dan tanda-tanda toksisitasnya lebih mudah diamati (sustained nystagmus, slurred speech dan ataxia). Intoksikasi Luminal biasanya tidak menimbulkan disinhibisi, karenanya jarang menimbulkan problema tingkah laku yang umum dijumpai pada Barbiturat short acting. Kadang-kadang pasien tidak bersedia dberikan Luminal. Dosis Luminal tidak boleh melebihi 500 gram sehari !!! Berapa besarnya sekalipun dosis Barbiturat yang diakui pasien dalam anmnesa. Rumus yang dipakai:

Satu dosis sedatif = satu dosis hipnotik (short acting Barbiturat yang dipakai)

Kalau timbul toksisitas, 1-2 dosis Luminal berikut dihapus, lalu dosis harian dihitung kembali

Daftar dosis ekivalen = (untuk detoksifikasi sedatif hipnotik lain)

30 mg Luminal kira-kira setara dengan :

- 100 mg Phentonal
- 400-600 mg Meprobamate
- 100 mg Chlordiazepoxide
- 50 mg Diazepam
- 500 mg Chloralhydrate
- 250-300 mg Methaqualone
- 50 mg Chlorazepate
- 60 mg Flurazepam

e. Penatalaksanaan dengan Benzodiazepine tapering off:

1). Berikan salah satu Benzodiazepine (Diazepam, Klobazam Lorazepam) dalam jumlah cukup.

2). Lakukan penurunan dosis (kira-kira 5 mg) setiap 2 hari

3). Berikan hipnotika malam saja (misalnya ; Clozapine 25 mg, Estazolam 1-2 mg)

4). Berikan vitamin B complex.

5). Injeksi Diazepam intramuskuler/iritravena 1 ampul (10 mg) bila pasien kejang/agitasi : dapat diulangi beberapa kali dengan selang waktu 30-60 menit.

D. Penatalaksanaan Komorbiditas

Kasus ini cukup banyak di lapangan mencapai 10-30% dari populasi penyalahguna NAPZA. Kelainan yang ada sangat bervariasi. Komorbiditas sangat berhubungan dengan hasil terapi yang tidak optimal dan angka kekambuhan yang cukup tinggi. Pengobatan seringkali melibatkan layanan yang sangat berbeda, tetapi hasil yang baik akan diperoleh dengan terapi yang terintegrasi dan komprehensif

Tabel 1: Masalah gangguan kesehatan mental yang paling sering terkait dengan gangguan penggunaan NAPZA

Jenis NAPZA	Ggn. Amnesis	Ggn. Cemas	Delirium	Ggn. Mood	Ggn. Psikotik	Ggn.Fs. Seksual	Ggn. Tidur
CNS Depresan							
Opioids			X	X		X	X
Sedatif-Hipnotik	X	X	X	X		X	X
Solvent-Inhalansia	X	X	X	X			X
CNS Stimulant							
Amfetamin		X	X	X	X	X	X
Kafein		X					X
Kokain		X	X	X	X	X	X
Nikotin		X					X
Halusinogen	X	X	X	X			

1. Komorbiditas Pada Gangguan Penggunaan NAPZA

a. Alkohol dan Gangguan Mood

Seringkali berhubungan dengan gejala gangguan depresi, depresi biasanya timbul setelah beberapa minggu abstinen/berhenti dari alkohol. Gangguan Bipolar juga cukup banyak dan relaps seringkali terjadi pada saat Episode Manik

b. Alkohol dan Psikosis

1). Masalah penggunaan alkohol sangat terkait dengan meningkatnya risiko terjadinya halusinasi dan waham sebagai gangguan psikotik.

2). Penggunaan alkohol diantara penderita Skizofrenia memberikan kontribusi dalam ketidakpatuhan dalam pengobatan, meningkatkan gejala-gejala, meningkatnya problem medik dan angka gangguan perilaku

c. Kanabis/Ganja dan Psikosis

1). Pengalaman yang paling sering pada pengguna kanabis adalah gejala psikotik ringan seperti Paranoia.

2). Kanabis dapat menginduksi terjadinya episode psikotik setelah beberapa hari setelah gejala intoksikasi menurun

3). Kanabis dapat memancing timbulnya gejala skizofrenia pada individu yang yang mempunyai faktor predisposisi gangguan ini

d. Opioid dan gangguan kesehatan jiwa

Laju gangguan jiwa pada pengguna opioid sangat tinggi, khususnya terkait dengan gangguan depresi, fobia sosial dan gangguan cemas lain

e. Stimulan dan gangguan kesehatan jiwa

1). Kondisi intoksikasi stimulan akan menimbulkan beberapa gejala psikotik, beberapa hari sampai beberapa minggu setelah periode intoksikasi

2). Kadangkala kondisi menyerupai Skizofrenia kronik dapat timbul setelah penggunaan Amfetamin kronik yang berat

2. Komorbiditas Pada Kesehatan Mental

a. Gangguan Cemas dan Penggunaan NAPZA:

1). Individu dengan penggunaan alkohol akan mempunyai risiko tinggi untuk menderita gangguan cemas, dan gangguan cemas juga dapat timbul sebagai bagian dari sindroma penggunaan alkohol

2). Gangguan panik dan fobia sosial merupakan gangguan yang paling sering pada pasien ketergantungan alkohol

3). Menurunkan jumlah penggunaan alkohol akan mengoptimalkan pengobatan gangguan cemas pasien

4). Pertimbangkan penyalahgunaan Benzodiazepine pada pengobatan gangguan cemas, apabila :

a). Giejala-gejala masih menetap meskipun sudah dalam pengobatan

b). Pasien menolak untuk mendapatkan intervensi dan terapi

c). Tetap menggunakan benzodiazepine untuk mengatasi setiap situasi yang memprovokasi timbulnya gangguan cemas

b. Gangguan Kepribadian dan penggunaan NAPZA

1). gangguan kepribadian yang paling banyak berkaitan adalah Gangguan kepribadian antisosial

2). gangguan kepribadian lain yang banyak terkait antara lain Histrionik, Borderline, Narsisistik, Avoidant, dan Obsesive Compulsive

c Gangguan Psikotik dan Penggunaan NAPZA

1). Pasien dengan gangguan psikotik akan meningkatkan tindak kekerasan, tidak memiliki rumah (Tunawisma), psikosis yang memburuk, pemulihan penggunaan NAPZA akan berjalan dengan lambat dan relaps tinggi

2). Penggunaan alkohol dan Kanabis dengan gangguan psikotik kronis

tiga sampai lima kali lebih tinggi akan menjadi ketergantungan NAPZA

3). Kanabis akan menginduksi gejala psikotik akut bila digunakan dalam dosis tinggi tetapi tidak menimbulkan Gangguan Psikotik Kronis. Kanabis dapat menjadi faktor presipitasi pada individu yang mempunyai kerentanan untuk psikotik dan akan mengeksaserbasi gejala-gejala psikotik yang sudah ada

4). Stimulan dan halusinogen lebih disukai pasien gangguan psikotik, tetapi zat tersebut akan mengeksaserbasi gejala-gejala psikotik yang ada

d. Bunuh diri dengan penggunaan NAPZA

1). Bunuh diri lebih disebabkan karena kondisi penggunan zat yang memburuk dan tidak menemukan jalan keluar untuk abstinen

2). Memburuknya mood akibat psikosis yang diderita pasien

3. Penatalaksanaan Komorbiditas:

a. Penatalaksanaan

1) Pendekatan terintegrasi dalam suatu layanan yang dilakukan oleh terapis yang mempunyai ketrampilan dan pengetahuan pada ke dua area (penyalahgunaan NAPZA dan kesehatan mental) akan lebih efektif dan dapat diterima

2) Tidak ada pendekatan konfrontatif, diperlukan penatalaksanaan yang asertif dan sukarela

b. Prinsip-Prinsip Perawatan

1) Keamanan baik bagi petugas maupun pasien

2) Stabilisasi, untuk pasien dengan kondisi intoksikasi, putus zat, gejala-gejala psikotik, krisis psikososial, gejala-gejala kecemasan atau depresi berat

3) Asesemen komprehensif, sangat penting dan dilakukan selama dalam perawatan

4) Manajemen kasus klinis, umumnya diinisiasi oleh tim kesehatan jiwa tetapi membutuhkan koordinasi dan kesinambungan perawatan selanjutnya

5) Pengobatan yang terintegrasi, melibatkan terapis yang mempunyai ketrampilan dalam area kesehatan jiwa dan gangguan penggunaan NAPZA

c. Asesmen dan Penatalaksanaan

1) Melakukan skrining untuk kedua area gangguan

2) Kajian:

a) Diperoleh melalui asesmen yang seksama

b) Penatalaksanaan gejala putus zat dan asesmen ulang bila diperlukan

c) Tinjauan ulang diperlukan dalam waktu tertentu

d). Tanyakan : mana yang lebih dahulu timbul?, apakah gejala-gejala psikotik timbul selama beberapa waktu setelah periode abtinens?

e). Observasi kondisi mental sebagai efek setelah melewati fase intoksikasi, bilamana gejala gangguan mental akibat "drug induced" akan hilang dengan sendirinya

3) Libatkan untuk pengobatan jangka panjang

Penting tetapi tidak mudah. Kekambuhan penggunaan NAPZA dan gangguan kesehatan jiwa sangat sering

4) Pengobatan

a) Bangun motivasi untuk berubah, tujuan dan hasil pengobatan harus bersifat realistik. Misalnya ; pasien dengan Skizofrenia yang tidak terkontrol akan sulit untuk merubah kehidupan mereka dan bebas dari penggunaan NAPZA

b) Motivational Enchancement (dimodifikasi untuk pendekatan pasien gangguan psikotik)

c) Terapkan strategi minimalisasi dampak buruk (Harm Minimisation)

d) Gunakan tujuan jangka panjang

5) Memperbaiki kedua gangguan

a) Bila gangguan kesehatan mental membaik, maka gangguan penggunaan zat akan berkurang

b) Pemberian farmakoterapi untuk kedua kondisi tergantung dari jenis zat yang digunakan, misalnya antidepresan trisiklik (Amiltriptilin) dan penggunaan alkohol sebaiknya dihindari. Perhatikan interaksi obat yang diberikan dengan zat yang digunakan.

c) Umumnya penggunaan psikofarmaka seperti antidepresan kurang efektif bila pasien masih tetap menggunakan NAPZA seperti; Alkohol, Benzodiazepin

6) Psikofarmakoterapi

a) Pemberian antidepresan golongan Trisklik dan SSRI dapat dipertimbangkan bila gejala depresi cukup signifikan

b) Ansiolitik golongan Benzodizepin (Diazepam, Clobazam, Alprazolam, Lorazepam) untuk jangka pendek dapat diberikan khususnya pada awal kondisi akut

c) Kombinasi antara antipsikotik tipikal (generasi baru) maupun atipikal dengan ansiolitik maupun antidepresan dapat diberikan untuk jangka panjang apabila gangguan mental pasca intoksikasi maupun putus zat masih menetap.

IV PROSEDUR RUJUKAN GANGGUAN PENGGUNAAN NAPZA

1) Tujuan

Rumah Sakit Umum dan Puskesmas dapat memberikan pelayanan untuk gangguan penggunaan NAPZA dengan kondisi klinis tertentu sesuai sarana dan prasarana yang

tersedia.

2) Ruang Lingkup

Layanan yang dapat dilakukan di Rumah Sakit Umum atau Puskesmas sangat tergantung dengan kemampuan sumber daya yang ada pada fasilitas layanan tersebut. Beberapa kondisi klinis, psikologis maupun sosial harus diperhatikan oleh setiap petugas rumah sakit dan puskesmas.

Beberapa kondisi klinis yang berkaitan dengan penyalahgunaan NAPZA antara lain :

1. Kondisi awal: pendidikan masalah NAPZA/KIE bagi remaja yang mempunyai risiko tinggi dan pemakaian coba-coba
2. Kondisi emergensi/akut : putus zat yang berat, intoksikasi (mabuk), overdosis, gaduh-gelisah
3. Kondisi kronis : kondisi ketergantungan dengan berbagai komplikasi fisik maupun psikiatrik

3) Sumber Daya Manusia

Jumlah dan jenis sumber daya manusia yang dibutuhkan sangat tergantung dari jenis layanan yang akan diberikan atau disediakan. Beberapa kriteria dari petugas yang akan memberikan layanan NAPZA di RSU/RSJ/Puskesmas idealnya antara lain adalah :

1. Mendapatkan pelatihan di bidang NAPZA baik untuk masalah prevensi, terapi maupun rehabilitasi yang telah mendapat sertifikasi Diklat (terakreditasi)
2. Melakukan magang di pusat layanan NAPZA baik rawat inap maupun rawat jalan
3. Mempunyai latar belakang pendidikan terkait masalah medik, keperawatan, psikologis maupun sosial
4. Mempunyai motivasi untuk memberikan layanan bagi pengguna NAPZA
5. Berkeinginan terus menerus mengembangkan ilmu dan ketrampilan penatalaksanaan gangguan penggunaan NAPZA

4) Layanan Yang Dapat Diberikan di Rumah Sakit Umum Provinsi atau Kabupaten/Kotamadya pada Gangguan Penggunaan NAPZA antara lain:

1. Rawat Jalan
   a. Sarana : ruang konsultasi, alat medis minimal, status catatan medik khusus NAPZA
   b. SDM : 1 orang dokter umum terlatih NAPZA, 2 orang perawat terlatih, 1 orang petugas administrasi
   c. Jenis layanan : pemberian farmakoterapi untuk kondisi intoksikasi ringan maupun gejala putus zat, rumatan, layanan dasar terkait kondisi penyalahgunaan NAPZA, serta intervensi psikososial (termasuk VCT).
2. Rawat Inap - Kondisi Akut Dan Detoksifikasi
   a. Sarana : ruangan untuk 5-10 tempat tidur, 1 tempat tidur untuk fiksasi, alat fiksasi (manset), Tensimeter, Stetoskop, Obat-obat untuk kondisi emergensi fisik dan psikiatris (Nalokson inj, Haloperidol inj, Diazepam inj, beberapa jenis larutan infus, Oksigen, dsb.)
   b. SDM : 1 orang psikiater (optional), 2 orang dokter umum terlatih, 8 orang perawat terlatih, 1 orang psikolog, 1 orang pekerja sosial

5) Layanan Yang Dapat Diberikan di Puskesmas pada Gangguan Penggunaan NAPZA antara lain:

    1. Rawat Jalan

        a. Sarana : ruang konsultasi, alat medis minimal, status catatan medik khusus NAPZA

        b. SDM : 1 orang dokter umum terlatih NAPZA, 2 orang perawat terlatih, 1 orang petugas administrasi

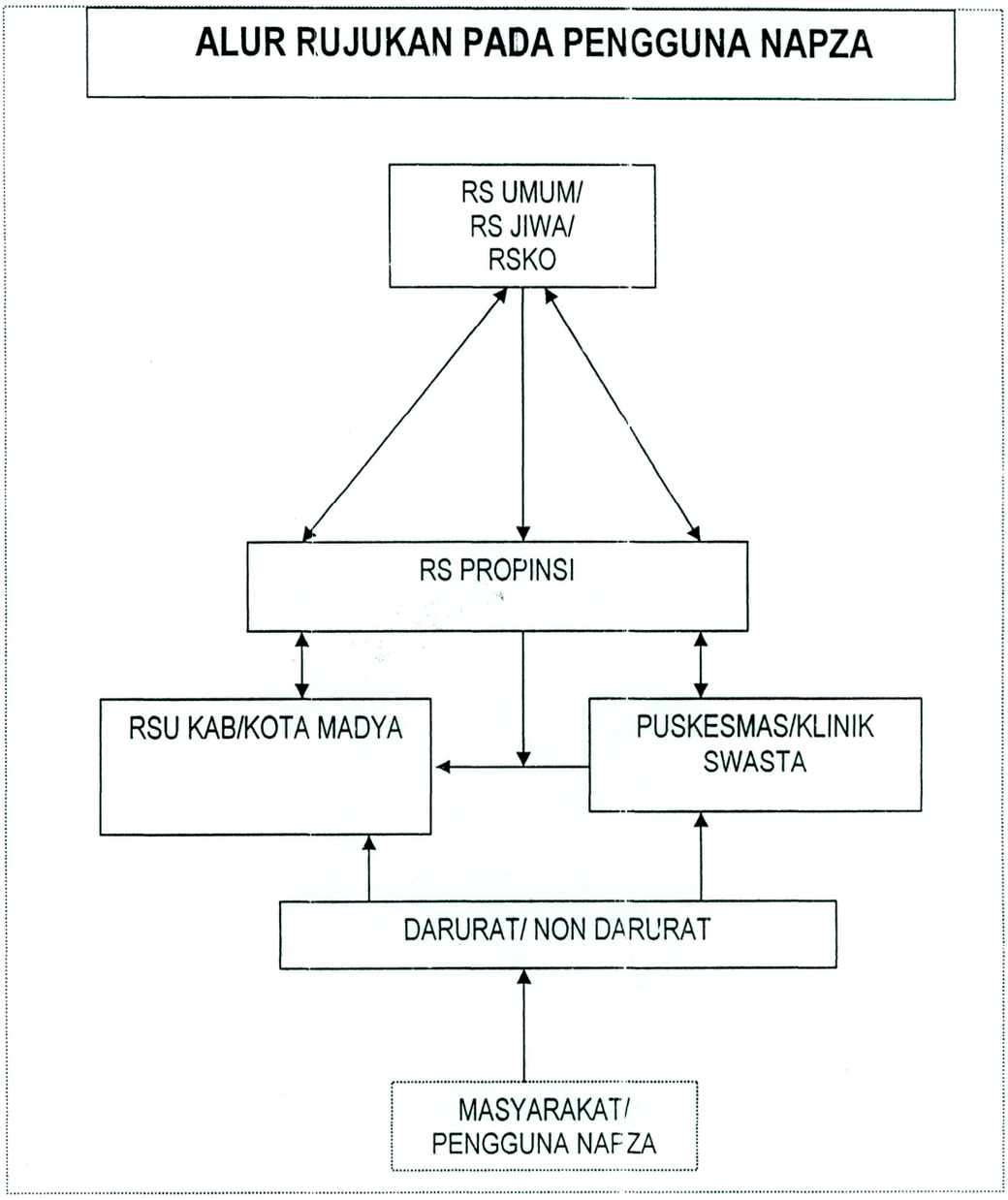
        c. Jenis layanan : pemberian farmakoterapi untuk kondisi intoksikasi ringan maupun gejala putus zat, rumatan, layanan dasar terkait kondisi penyalahgunaan NAPZA, serta intervensi psikososial (termasuk VCT).

6) Pasien Gangguan Penggunaan NAPZA Yang Dapat Dirawat di Puskesmas :
    1. Kondisi pasien dalam keadaan intoksikasi
    2. Kondisi pasien putus zat ringan maupun sedang
    3. Tidak memiliki kondisi komorbiditas fisik dan atau psikiatrik yang berat
    4. Tidak mengalami penurunan kesadaran yang berat
7) Pasien Gangguan Penggunaan NAPZA Yang Dapat Dirawat di RSU:
    1. Kondisi pasien dalam keadaan intoksikasi
    2. Kondisi pasien putus zat ringan sampai berat
    3. Memiliki kondisi komorbiditas fisik dan atau psikiatrik yang berat
    4. Mengalami penurunan kesadaran yang berat (bila tersedia fasilitas ICU)
8) Sistem Rujukan :

    1. Pasien perlu dirujuk apabila terdapat kondisi klinis yang sulit diatasi baik secara fisik maupun psikiatris. Sistem rujukan untuk pengguna NAPZA lebih kepada fasilitas yang tersedia di suatu layanan bukan karena pasien memerlukan tindakan atau intervensi yang lebih canggih. Sebagai contoh bilamana pasien dikirim oleh puskesmas ke rumah sakit, pengiriman atau rujukan bukan untuk tindakan terapi terhadap NAPZA tetapi karena ada kondisi fisik lain yang memerlukan sarana yang lebih lengkap misalnya karena ada penurunan kesadaran akibat gangguan mental organik sehingga memerlukan ruang intensif atau pemeriksaan penunjang lain yang tidak tersedia di puskesmas atau RSU tipe C.

    2. Dalam merujuk pasien yang perlu diperhatikan adalah rumah sakit yang kita jadikan rujukan memang menyediakan layanan untuk kasus NAPZA karena kadangkala rumah sakit menolak bila mengetahui pasien yang dikirim adalah pengguna NAPZA. Untuk itu setiap rumah sakit maupun puskesmas sebaiknya mempunyai informasi mengenai layanan kesehatan yang bersedia menerima pasien dengan penggunaan NAPZA seperti misalnya Rumah Sakit Jiwa (RSJ) atau Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO).

    3. Apabila pasien yang dirujuk sudah mendapatkan perawatan di RSU atau RSJ/RSKO dan kondisi klinis sudah stabil maka RS yang menjadi rujukan dapat mengirim kembali ke rumah sakit awal/puskesmas yang mengirim agar pengobatan bisa berlanjut. Dengan kata lain sistem rujukan ini dapat terjadi secara timbal balik.


ALUR RUJUKAN PADA PENGGUNA NAPZA
RS UMUM/
RS JIWA/
RSKO
RS PROPINSI
RSU KAB/KOTA MADYA
PUSKESMAS/KLINIK
SWASTA
DARURAT/ NON DARURAT
MASYARAKAT/
PENGGUNA NAPZA

V. PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Pencatatan

a. Pencatatan

Pencatatan adalah cara yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk mencatat data yang penting mengenai pelayanan kesehatan atau pelayanan penggunaan Narkotik, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), dan selanjutnya disimpan sebagai arsip baik di Puskesmas, RS/RSJ maupun di klinik layanan penggunaan NAPZA.

b. Macam-macarn pencatatan dalam pelayanan kesehatan:

1). Pencatatan rawat jalan untuk mencatat data pengunjung atau pasien

2). Pencatatan harian rutin untuk mencatat data pengunjung atau pasien yang dikumpulkan selama sehari.

3). Pencatatan rawat inap untuk mencatat perhitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap

2. Pelaporan

a. Pelaporan

Pelaporan adalah mekanisme yang digunakan oleh petugas kesehatan untuk melaporkan kegiatan pelayanan yang dilakukannya kepada institusi yang lebih tinggi (dalam hal ini Kementerian Kesehatan)

b. Jenis-Jenis Pelaporan

1). Pelaporan bulanan

(a). Pelaporan bulanan rutin dari Puskesmas, RS/RSJ maupun klinik ke Kementerian Kesehatan merupakan laporan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas, RS/RSJ maupun di klinik selama satu bulan, sebagai hasil kompilasi atau pengolahan dari kumpulan pencatatan harian selama satu bulan, kemudian dibuat laporan bulanan seperti pada lampiran

(b). bulanan dari Dinas Kesehatan (Dinkes) baik Kabupaten/Kota maupun Dinkes Propinsi ke Pusat atau Kementerian Kesehatan, yang merupakan hasil rekapitulasi yang dilakukan oleh Dinkes baik Kabupaten/Kota maupun Dinkes Propinsi sebagai hasil pelaporan dari kumpulan pelaporan bulanan rutin setiap Puskesmas, RS/RSJ maupun klinik di wilayahnya.

(c). Pelaporan bulanan dikirim ke Kementerian Kesehatan cq: Direktorat Bina Pelayanan Medik ~~dan Gigi~~ Spesialistik, Direktorat Pelayanan Komunitas dan Program Informasi Dirjen Bina Pelayanan Medik.

2). Laporan tiga bulanan

Pelaporan tiga bulanan dikirim ke Kementerian Kesehatan cq: Direktorat Bina Pelayanan Medik ~~dan Gigi~~ Spesialistik, Direktorat Pelayanan Komunitas dan Program Informasi Dirjen Bina Pelayanan Medik.

3). Laporan enam bulanan

Pelaporan enam bulanan dikirim ke Kementerian Kesehatan cq: Direktorat

Bina Pelayanan Medik ~~dan Gigi~~ Spesialistik, Direktorat Pelayanan Komunitas dan Program Informasi Dirjen Bina Pelayanan Medik.

4). Laporan tahunan

Pelaporan tahunan dikirim ke Kementerian Kesehatan cq: Direktorat Bina Pelayanan Medik ~~dan Gigi~~ Spesialistik, Direktorat Pelayanan Komunitas dan Program Informasi Dirjen Bina Pelayanan Medik, Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa (Subdit P2 NAPZA)

B. TUJUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan di instansi kesehatan Puskesmas, RSU/RSJ maupun Klinik Layanan penggunaan NAPZA merupakan suatu alat untuk memantau pelayanan kesehatan, baik bagi kepentingan pasien yang bersangkutan, maupun petugas kesehatan yang melayani serta pihak perencana dan penyusun kebijakan.
2. Untuk memperoleh informasi semua pasien pengguna NAPZA yang masuk dan keluar rumah sakit selama 24 jam.
3. Untuk mengetahui jumlah pasien pengguna NAPZA masuk/keluar/meninggal di Rumah Sakit sebulan, triwulan, semester dan setahun.

C. BATASAN OPERASIONAL

1. Pencatatan dan pelaporan pelayanan gangguan penggunaan NAPZA di RSU/RSJ memakai formulir RL2a (suatu sistem pencatatan dan pelaporan terpadu di RSU/RSJ yang seragam untuk seluruh RSU/RSJ di Indonesia) dan formulir data pasien penyalahgunaan NAPZA
2. Diagnosis gangguan penggunaan NAPZA yang dipergunakan adalah seperti yang tercantum dalam formulir RL2a khusus untuk penggolongan diagnosis gangguan penggunaan NAPZA meliputi:

F 10	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol
F 11	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan opioid
F 12	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kanabis
F 13	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Sedatif Hipnotik
F 14	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan kokain
F 15	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulansia lainnya
F 16	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Halosinogenik
F 17	:	Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan tembakau
F 18, F 19	:	Gangguan mental dan perilaku akibat zat pelarut yang mudah menguap, atau zat multipel dan zat psiko aktif lainnya

3. Formulir Data Pasien Penyalahgunaan NAPZA yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, Ditjen Bina Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan Rl dilaporkan satu kali dalam setahun meliputi nama, jenis kelamin, umur, kasus baru/lama, pendidikan, pekerjaan, pekerjaan orangtua, status perkawinan, zat yang sering digunakan, cara penggunaan zat, mulai penggunaan, cara masuk institbsi, cara keluar institusi, sumber zat dan motivasi penggunaan NAPZA.

4. Yang dimaksud dengan kasus baru adalah kasus gangguan penggunaan NAPZA yang pertama kali datang berobat ke RSU/RSJ
5. Yang dimaksud dengan kasus lama adalah kunjungan kedua dari kasus gangguan penggunaan NAPZA yang belum pulih, sedangkan kunjungan selanjutnya dari kasus tersebut pada tahun yang sama selama pasien itu belum pulih sama dihitung sebagai kunjungan kasus. Apabila ternyata pasien itu belum sembuh dan berobat lagi pada tahun berikutnya, maka ia diperhitungkan sebagai kasus lama dan kunjungan selanjutnya disebut kunjungan kasus

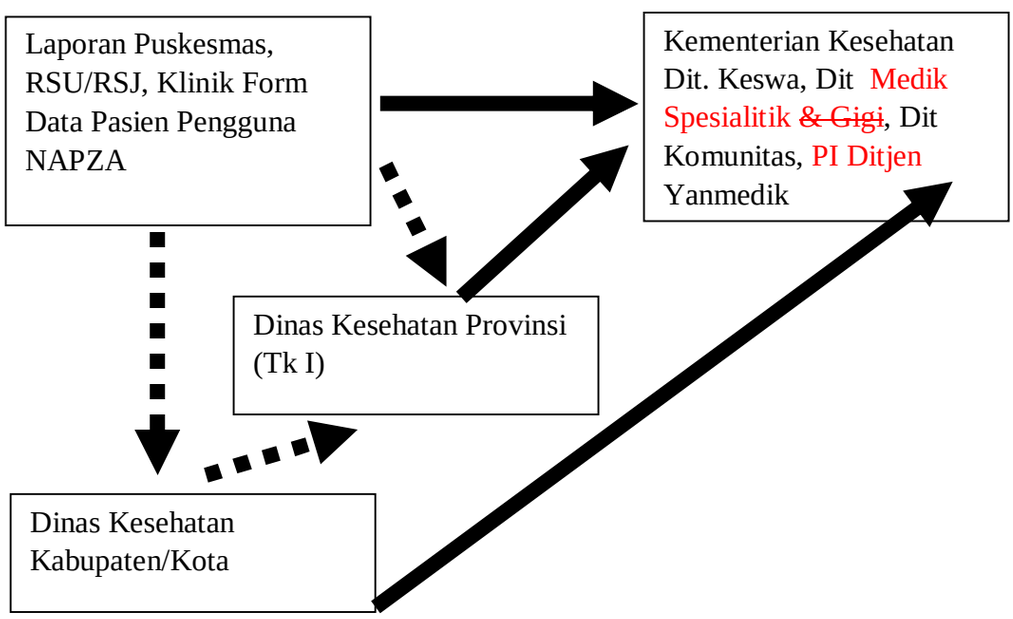
Sistem Pencatatan dan Pelaporan (berjenjang dari Puskesmas→ Kementerian Kesehatan, Format disiapkan, dari puskesmas ke dinkes kabupaten/kota tembusan ke prov dan pusat / Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan.

D. JEJARING

1. Dalam pelaksanaan program penanggulangan gangguan penggunaan NAPZA diperlukan kerjasama lintas program maupun sektoral. Berbagai sumber daya yang tersedia pada sektor dan program terkait dapat dikoordinasikan sehingga hasil yang dicapai dapat optimal.
2. Instansi dan organisasi yang terkait dalam pelaksanaan program penanggulangan gangguan penggunaan NAPZA, antara lain : Badan Narkotika Propinsi/Badan Narkotika Kabupaten, Komite Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD), Lembaga Swadaya Masyarakat yang bekerja di bidang NAPZA dan HIV/AIDS, Dinas Pendidikan, Kanwil Kementerian Agama, Dinas Sosial, Tokoh Masyarakat dan Organisasi Pemuda.

E. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Sistem pencatatan dan pelaporan berjenjang dengan alur dari pelayanan kesehatan/pengguna NAPZA di Puskesmas, RSU/RSJ dan Klinik ke Kementerian Kesehatan/ Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa. Format disiapkan, dari puskesmas ke dinkes kabupaten/kota tembusan ke prov dan pusat / Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan.
2. Alur Pelaporan Tahunan Penggun NAPZA :



Penjelasan :

Garis panah hitam merupakan pelaporan asli langsung dikirim ke Kementerian Kesehatan

Garis panah putus-putus merupakan tembusan dari pelaporan asli

Dikirim ke Dinkes Kabupaten/Kota/propinsi

F PELAPORAN FORMULIR DATA KEGIATAN / DATA PASIEN PENYALAH-GUNAAN NAPZA

1. Pelaporan Formulir Data Kegiatan Subdit P2NAPZA, Rokok dan Alkohol, Dit Bina Yankeswa, Dirjen Bina Yanmedik Kementerian Kesehatan Rl, dengan Formulir Data Pasien Penyalahgunaan NAPZA Laporan Tahunan terlampir.
2. Pelaporan Formulir Data Kegiatan Rumah sakit Dirjen Bina Yanmedik, Kementerian Kesehatan Rl dengan Formulir RL Laporan Triwulan, ada pada:
   a. Formulir RL1 merupakan data kegiatan Rumah sakit, pada:
      1). Halaman 1 nomor 1. Pelayanan Rawat Inap pada item 26 penatalaksana penyalahguna NAPZA.
      2). Halaman 2 nomor 3 Kunjungan Rawat Jalan pada item 8 Jiwa NAPZA
      3). Halaman 3 nomor 11 Pemeriksaan Laboratorium bagian C. Toksikologi, jenis pemeriksaan Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif untuk skrining dan konfirmasi (item 1, 2 dan 3).
      4). Halaman 4 nomor 15 Kegiatan Penyuluhan Kesehatan pada item 10 NAPZA.
      5). Halaman 5 nomor 21 Penanganan Penyalahgunaan NAPZA.
      6). Halaman 6 nomor 24 Kegiatan Rujukan pada item 7 jiwa.
   b. Formulir RL2a merupakan data keadaan morbiditas pasien rawat inap Rumah Sakit, pada:
      1). Halaman 4 F10 - F19 pada item 167 - 175 gangguan mental dan perilaku akibat NAPZA.
      2). Halaman 7 K70 pada item 311 penyakit hati alkohol
      3). Halaman Z50 pada item 494 pelayanan melibatkan gangguan prosedur rehabilitasi.
      4). Halaman 13 Penyebab Kecelakaan X45 pada item 8 keracunan akibat pemaparan alkohol dan pada item 10 keracunan akibat pemaparan gas-gas dan uap-uap lainnya.
   c. Formulir RL2b merupakan data keadaan morbiditas pasien rawat jalan Rumah Sakit, pada:
      1) Halaman 4 F10 - F19 pada item 167 - 175 gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan NAPZA.
      2) Halaman 7 K70 pada item 311 penyakit hati alkohol.
   d. Formulir RL3 merupakan data dasar Rumah Sakit, pada:
      1) Halaman 1 nomor 11 fasilitas tempat tidur rawat inap, jenis pelayanan rawat

inap pada item 26 penatalaksana penyalahguna NAPZA.

2) Halaman 2 nomor 12 Fasilitas Unit Rawat Jalan pada item 20 rehabilitasi medik.

3. Pelaporan Formulir Satelit PTRM, Dit Bina Medik Spesialistik ~~& Gigi~~, Dirjen Bina Yanmedik, Kementerian Kesehatan Rl dengan Formulir I - VIII Laporan Harian dan Bulanan (lihat/baca Buku Kep. Menkes Rl, Nomor 494/Menkes/SK/VII/2006, Tentang Penetapan Rumah Sakit Dan Satelit Uji Coba Pelayanan Terapi Rumatan Metadon serta Pedoman Program Terapi Rumatan Metadon), Ada Pada:

   a. Formulir II Lembar Kunjungan Harian dan Penggunaan Metadon harian.

   b. Formulir III Surat Persetujuan Peraturan Program Terapi Rumatan Metadon.

   c. Formulir IV Program Terapi Metadon Rumah Sakit.

   d. Formulir V Laporan Bulanan Metadon Cair Apotik/Rumah Sakit/Puskesmas/ Satelit.

   e. Formulir VI Laporan Bulanan Rumah Sakit Jumlah Pasien dan Laporan triwulan Rincian Penyebab Kematian.

   f. Formulir VII Laporan Bulanan Rumah Sakit Rekapitulasi Pelayanan Penunjang Terapi Metadon.

   g. Formulir VIII Pelaporan Insiden Rumah Sakit.

4. Pelaporan Formulir Data Kegiatan Puskesmas Direktorat Bina Komunitas, Dirjen Bina Kesmas, Kementerian Kesehatan Rl (Petunjuk Pengisian Formulir Pelaporan SP2TP, Dtijen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Rl, tahun 1997), tidak ada laporan baik Bulanan, Triwulan, Semester maupun Tahunan tidak ada disinggung laporan tentang Penyalahgunaan NAPZA.

VI. MONITORING DAN EVALUASI

A. Prinsip :

Tujuan dari monitoring dan evaluasi tidak fokus pada kesalahan dan keterbatasan tetapi terhadap aspek-aspek lain yang positif. Sistem ini dapat melakukannya seperti mengidentifikasi kapan kesalahan itu dilakukan dasar pengembangan sistem (monitoring dan evaluasi)

B. Pengertian

- Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi (berdasarkan indikator yg ditetapkan) secara sistematis dan kontinyu tentang kegiatan program/proyek sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program/proyek itu selanjutnya.
- Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program/proyek untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program/proyek.

C. Pertanyaan kunci monitoring

Masalah-masalah apa yang timbul ?

1. Apakah proyek berjalan sesuai jadwal ?
2. Apakah proyek menghasilkan Output yang direncanakan ?
3. Apakah anggarannya sesuai dengan rencana ?

4. Apakah strateginya berjalan sesuai dengan rencana?
5. Apakah kelompok sasaran (target group) terlibat dalam aktivitas proyek ?

D. Tujuan Monitoring

1. Mengkaji apakah kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai dengan rencana
2. Mengidentifikasi masalah yang timbul agar langsung dapat diatasi
3. Melakukan penilaian apakah pola kerja dan manajemen yang digunakan sudah tepat untuk mencapai tujuan proyek.
4. Mengetahui kaitan antara kegiatan dengan tujuan untuk memperoleh ukuran kemajuan,
5. Menyesuaikan kegiatan dengan lingkungan yang berubah, tanpa menyimpang dari tujuan.

1) Bagi pihak Penanggung Jawab Program :

- Salah satu fungsi manajemen yaitu pengendalian atau supervisi.
- Sebagai bentuk pertanggungjawaban (akuntabilitas) kinerja
- Untuk meyakinkan pihak-pihak yang berkepentingan
- Membantu penentuan langkah-langkah yang berkaitan dengan kegiatan proyek selanjutnya.
- Sebagai dasar untuk melakukan monitoring dan evaluasi selanjutnya.

2) Bagi pihak Pengelola Proyek, yaitu :

- Membantu untuk mempersiapkan laporan dalam waktu yang singkat
- Mengetahui kekurangan-kekurangan yang perlu diperbaiki dan menjaga kinerja yang sudah baik.
- Sebagai dasar (informasi) yang penting untuk melakukan evaluasi proyek

E. Tipe dan Jenis Monitoring

1. Aspek masukan (input) proyek antara lain mencakup : tenaga manusia, dana, bahan, peralatan, jam kerja, data, kebijakan, manajemen dsb. yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan proyek.
2. Aspek proses / aktivitas yaitu aspek dari proyek yang mencerminkan suatu proses kegiatan, seperti penelitian, pelatihan, proses produksi, pemberian bantuan dsb.
3. Aspek keluaran (output), yaitu aspek proyek yang mencakup hasil dari proses yang terutama berkaitan dengan kuantitas (jumlah)

F. Pentingnya Evaluasi

1. Memperlihatkan keberhasilan atau kegagalan proyek
2. Menunjukkan di mana dan bagaimana perlu dilakukan perubahan-perubahan
3. Menentukan bagaimana kekuatan atau potensi dapat ditingkatkan.
4. Memberikan informasi untuk membuat perencanaan dan pengambilan keputusan.
5. Membantu untuk dapat melihat konteks dengan lebih luas serta implikasinya terhadap kinerja pembangunan.

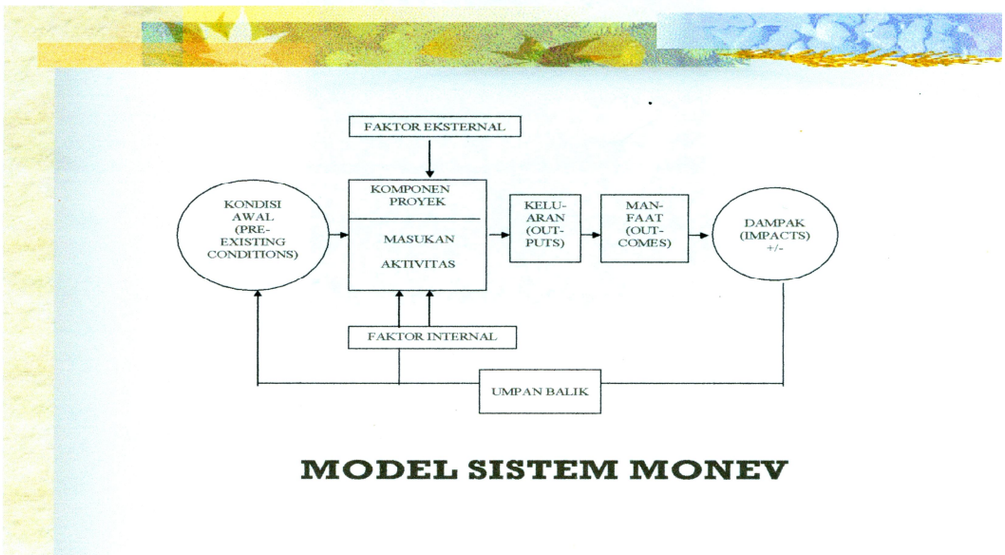
G. Tujuan evaluasi

Untuk mendapatkan informasi dan menarik pelajaran dari pengalaman mengenai pengelolaan proyek, keluaran, manfaat, dan dampak dari proyek pembangunan yang baru selesai dilaksanakan, maupun yang sudah berfungsi, sebagai umpan balik bagi pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian proyek selanjutnya.

H. Jenis evaluasi

1. Evaluasi awal kegiatan, yaitu penilaian terhadap kesiapan proyek atau mendeteksi kelayakan proyek.
2. Evaluasi formatif, yaitu penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai selama proses kegiatan proyek dilaksanakan. Waktu pelaksanaan dilaksanakan secara rutin (per bulan, triwulan, semester dan atau tahunan) sesuai dengan kebutuhan informasi hasil penilaian.

1. Evaluasi sumatif, yaitu penilaian hasil-hasil yang telah dicapai secara keseluruhan dari awal kegiatan sampai akhir kegiatan. Waktu pelaksanaan pada saat akhir proyek sesuai dengan jangka waktu proyek dilaksanakan. Untuk proyek yang memiliki jangka waktu enam bulan, maka evaluasi sumatif dilaksanakan menjelang akhir bulan keenam. Untuk evaluasi yang menilai dampak proyek, dapat dilaksanakan setelah proyek berakhir dan diperhitungkan dampaknya sudah terlihat nyata.



MODEL SISTEM MONEV

VII PENUTUP

Masalah gangguan penggunaan NAPZA adalah penyakit otak yang menimbulkan dampak fisik, psikologis dan sosial. Gangguan penggunaan NAPZA tergolong sebagai penyakit kronis kambuhan, dimana untuk proses pemulihannya memakan waktu relatif cukup lama dan melibatkan berbagai pendekatan dan latar belakang profesi. Pedoman Penatalaksanaan Medik Gangguan Penggunaan NAPZA ini memfokuskan pembahasan pada penatalaksanaan medik-kedokteran.

Tiap jenis NAPZA memberikan efek yang khas pada tubuh manusia, sehingga penatalaksanaan mediknya pun bervariasi. Pedoman ini memberikan gambaran cukup detil tentang penatalaksanaan medik masing-masing jenis zat. Juga penatalaksanaan yang harus

dilakukan terhadap pasien gangguan penggunaan NAPZA dengan komorbiditas kejiwaan atau lebih dikenal dengan istilah diagnosis ganda (dual diagnosis). Penggunaan pedoman ini disasarkan pada petugas medik dari berbagai seting layanan, baik rumah sakit, puskesmas, praktek swasta atau lembaga kesehatan lainnya.

Pedoman penatalaksanaan medik ini mencakup prosedur rujukan bilamana pasien tidak dapat ditangani pada suatu tempat layanan karena berbagai sebab. Yang tidak kalah penting, pedoman ini juga mencakup petunjuk dalam hal pencatatan dan pelaporan kasus yang perlu dilakukan oleh pihak pemberi layanan terapi NAPZA, serta petunjuk monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program yang perlu dilakukan oleh pihak pemangku kepentingan.

Menyadari bahwa berbagai penelitian terkait gangguan penggunaan NAPZA berkembang dengan sangat cepat, pedoman ini akan senantiasa diperbaharui sehingga dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan yang terkait dan dapat menyajikan petunjuk penatalaksanaan yang selalu berbasis bukti (*evidence based practices*)

MENTERI KESEHATAN,

dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr.PH

MENTERI KESEHATAN
REPUBLI K INDONESIA

CATATAN PASIEN PENYALAHGUNAAN NAPZA

TAHUN :
BULAN :
INSTITUSI : RSUD/ RS SWASTA/ RUMAH SAKIT JIWA/ PUSKESMAS/ RSKO (*
NAMA INSTITUSI :
ALAMAT :
DAERAH/KOTA :
PROPINSI :

NO	NO. REG PASIEN	STATUS PASIEN							JENIS KELAMIN		USIA					STATUS PERNIKAHAN			PENDIDIKAN					
		PASIEN BARU	PASIEN LAMA	MODALITAS TERAPI																				
				DETOKSIFIKASI	RAWAT JALAN	RUMATAN METADON	RUMATAN BUPRENORPHIN/ NALOKSON	REHABILITASI RAWAT INAP	L	P	<12	12-18	19-24	25-40	>40	Kawin	Belum Kawin	Duda/ Janda	Tdk sekolah	SD	SLTP	SMU/ SMK	Akadem	PT
1	2	3	4	5	6	7	8	9	19	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Catatan :

1 (* pilih salah satu
2 IV : Intra Vaskular, Non IV : Non Intra Vaskular
3 Setiap Pasien agar diisi sesuai dengan variabel data sesuai format di atas
4 Pada bulan pertama pelaporan, data yang dikirim adalah semua data pasien pada bulan tersebut
5 Bulan kedua pelaporan dan seterusnya data yang dikirim adalah mutasi pasien (pasien baru dan pasien keluar
6 Data pasien baru dimasukkan ke dalam FORM 1, dan Data mutasi pasien (pasien keluar) ke dalam FORM 2
7 Setiap bulan data pasien tersebut agar dikirim ke Badan Narkotika Provinsi (BNP) setempat
8 (** rumus sidik jari diisi bila ada

MENTERI KESEHATAN
REPUBLI K INDONESIA

NO	PEKERJAAN										NAPZA YANG DIGUNAKAN								
	PNS	TNI/POLRI	Swasta	Wiraswasta	Pelajar	Mahasiswa	Buruh	Pekerja Seks	Anak Jalanan	Lain-lain	Kanabis (ganja/ hashis)	Opiod (heroin/ morphin)	Kokain	Shabu	Extacy	Sedatif/ Hipnotik	Ketamin	Alkohol	dll
1	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

MENTERI KESEHATAN
REPUBLI K INDONESIA

NO	USIA PERTAMA KALI PAKAI NAPZA					DIAGNOSA											CARA PAKAI NAPZA					
	<12	12-18	19-24	25-40	>40	Akibat Alkohol	Akibat Opioid	Akibat Canabis	Akibat Sedatif, Hipnotik	Akibat Kokain	Akibat Amfetamin	Akibat Halusinogen	Akibat nikotin	Akibat Inhalasia	Akibat zat yg tak diketahui	Campuran	Lain-Lain/ tdk jelas	IV Injection	Non IV Injection	Oral	Hisap	Nasal	Berbagi jarum
1	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67