Standar internasional untuk rawatan gangguan penggunaan napza

EDISI REVISI

MELIPUTI HASIL

UJI LAPANGAN

World Health Organization

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

ISBN 978-92-4-000219-7 (versi elektronik) ISBN 978-92-4-000220-3 (versi cetak)

© World Health Organization and United Nations Ofice on Drugs and Crime, 2020

Beberapa hak dipertahankan. Karya ini tersedia berdasarkan Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons. org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Berdasarkan ketentuan lisensi ini, Anda dapat menyalin, menyebarkan kembali dan mengadaptasi karya ini untuk tujuan-tujuan non-komersil sepanjang karya ini dikutip secara tepat, seperti yang diindikasikan di bawah. Dalam semua bentuk penggunaan karya ini tidak boleh mengindikasikan bahwa WHO atau UNODC mendukung organisasi, produk atau layanan khusus tertentu. Penggunaan nama atau logo WHO atau UNODC tanpa otorisasi tidak diizinkan. Apabila Anda menyadur karya ini, maka anda harus menempatkan karya Anda di bawah lisensi yang sama atau setara dengan Creative Commons license. Apabila Anda membuat terjemahan dari karya ini, Anda harus menambahkan sanggahan berikut bersama kutipan: "Terjemahan ini tidak dibuat oleh World Health Organization (WHO) atau United Nations Ofice on Drugs and Crime (UNODC). Baik WHO ataupun UNODC tidak bertanggungjawab atas isi atau akurasi dari terjemahan ini. Edisi Bahasa Inggris asli bersifat mengikat dan merupaka edisi otentik".

Semua mediasi yang terkait dengan sengketa yang muncul sebagai akibat penggunaan lisensi akan dilakukan sesuai dengan aturan mediasi World Intellectual Property Organization (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules).

Saran kutipan. *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Ofice on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

Materi pihak ketiga. Apabila Anda ingin menggunakan ulang materi dari karya ini yang diatribusikan kepada pihak ketiga, seperti misalnya tabel, diagram atau gambar, merupakan tanggungjawab Anda untuk menentukan apakah izin diperlukan untuk penggunaan ulang itu dan untuk mendapatkan izin dari pemegang hak cipta. Risiko tuntutan yang diakibatkan oleh pelanggaran komponen yang sebagian dimiliki oleh pihak ketiga dalam karya ini sepenuhnya merupakan tanggungjawab pengguna.

Penafian umum. Rujukan yang digunakan dan paparan materi dalam publikasi ini tidak mewakili pernyataan opini apapun dari WHO atau UNODC terkait status hukum negara, teritori, kota, atau wilayah manapun atau otoritasnya, terkait batas-batas wilayahnya. Garis putus-putus pada peta mewakili perkiraan garis perbatasan yang mungkin belum disepakati sepenuhnya.

Penyebutan organisasi, perusahaan atau produk atau program khusus tidak berarti bahwa mereka didukung atau direkomendasikan oleh WHO atau UNODC lebih daripada yang lain dengan sifat serupa yang tidak disebutkan. Kecuali terdapat kesalahan dan kelalaian, nama-nama produk dengan hal cipta dibedakan dengan huruf besar di awal.

Semua langkah yang masuk akal telah diambil oleh WHO dan UNODC untuk memverifikasi informasi yang terdapat dalam publikasi ini. Namun, materi yang dipublikasikan disebarkan tanpa ada jaminan apapun secara tersurat dan tersirat. Tanggungjawab interpretasi dan penggunaan materi sepenuhnya berada pada pembaca. WHO dan UNODC tidak akan dapat dimintai pertanggungjawaban atas kerugian yang diakibatkan oleh penggunaan karya ini.

Desain dan tata letak oleh L'IV Com Sàrl

Dicetak di Swiss

Unofficial Translation

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih 5

BAB 1 7

Pendahuluan 7

1.1 Tujuan dan audiens sasaran dari Standar Internasional Ini 7

1.2 Pembuatan Standar ini 7

1.3 Penggunaan napza, gangguan penggunaan napza dan kebutuhan rawatan 9

BAB 2 13

Prinsip utama dan standar rawatan gangguan penggunaan napza 13

Prinsip 1. Perawatan harus tersedia, dapat diakses, menarik, dan sesuai 13

Prinsip 2: Memastikan standar etika pengobatan dalam layanan perawatan 14

Prinsip 3: Mempromosikan perawatan gangguan penggunaan napza dengan koordinasi yang efektif antara sistem peradilan pidana dan layanan kesehatan dan sosial 15

Prinsip 4: Perawatan harus didasarkan pada bukti ilmiah dan menanggapi kebutuhan spesifik individu dengan gangguan penggunaan napza 17

Prinsip 5: Menanggapi kebutuhan perawatan dan pengobatan khusus dari populasi tertentu 18

Prinsip 6: Memastikan tata kelola klinis layanan dan program perawatan yang baik untuk gangguan penggunaan napza 19

Prinsip 7. Kebijakan, layanan, dan prosedur perawatan harus mendukung pendekatan perawatan terintegrasi dan hubungan dengan layanan pelengkap harus terus dipantau dan dievaluasi 20

BAB 3 22

Sistem rawatan untuk gangguan penggunaan napza 22

3.1 Tingkatan sistem penyediaan layanan 22

3.2 Organisasi sistem rawatan 23

3.2.1 Intervensi yang disarankan di tingkatan sistem yang berbeda-beda 25

3.3 Sistem perencanaan dan pendanaan rawatan 26

3.4 Model organisasi layanan 27

3.4.1 Pendekatan satu pintu 27

3.4.2 Pendekatan jejaring berbasis masyarakat 27

3.4.3 Manajemen pemulihan berkelanjutan 30

3.5 Sistem rawatan efektif: kesimpulan 31

BAB 4 33

4.1 Pengaturan/*setting* rawatan 34

4.1.1 Penjangkauan berbasis masyarakat 34

4.1.2 Pengaturan/*setting* yang tidak dikhususkan untuk rawatan orang dengan gangguan penggunaan zat 38

4.1.3 Rawatan rawat jalan khusus 40

Unofficial Translation

4.1.4 Rawatan rawat inap jangka pendek khusus 44
4.1.5 Rawatan jangka panjang atau residensial khusus 48
4.2 Modalitas dan intervensi rawatan 56
4.2.1 Skrining, intervensi singkat, dan rujukan ke rawatan 56
4.2.2 Intervensi psikososial berbasis bukti 58
4.2.3 Intervensi farmakologis berbasis bukti 60
4.2.4 Identifikasi dan tata laksana overdosis 66
4.2.5 Pengobatan kondisi kesehatan jiwa dan fisik yang terjadi secara bersamaan 67
4.2.6 Tata laksana pemulihan 71
BAB 5 76
5.1 Ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza 76
5.1.1 Deskripsi 76
5.1.2 Model dan komponen 77
5.1.3 Tata laksana bayi baru lahir yang secara pasif terpajan opioid dalam rahim 81
5.1.4 Pelatihan dan dokumentasi staf 82
5.2 Anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza 83
5.2.1 Deskripsi 83
5.2.2 Model dan komponen 84
5.3 Gangguan penggunaan napza di kalangan orang yang berhadapatan dengan sistem peradilan pidana 87
5.3.1 Deskripsi 87
5.3.2 Model dan komponen 87
5.3.3 Rawatan sebagai alternatif vonis atau hukuman 90
5.3.4 Rawatan di penjara 91
Daftar Pustaka 93

Unofficial Translation

Ucapan Terima Kasih

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak berikut ini atas kontribusi mereka yang tak ternilai dalam proses penerbitan standar ini:

Kelompok para ahli internasional yang telah memberikan bukti ilmiah terkait, saran secara teknis, serta menyusun konsep utama standar, termasuk (sesuai urutan abjad):

Dr. David Basangwa, Uganda; Dr. Adam Bisaga, Amerika Serikat; Dr. Sandra Brown, Amerika Serikat; Mr. Thom Browne, Amerika Serikat; Dr. Kathleen Carroll, Amerika Serikat; Michael Clark, Amerika Serikat; Dr. Loretta Finnegan, Amerika Serikat; Dr. Gabriele Fischer, Austria; Dr. Hendree Jones, Amerika Serikat; Dr. Martien Kooyman, Belanda; Dr. Evgeny Krupitsky, Rusia; Dr. Otto Lesch, Austria; Dr. Icro Maremmani, Italia; Dr. Douglas Marlowe, Amerika Serikat; Dr. Andrew Thomas McLellan, Amerika Serikat; Dr. Edward Nunes, Amerika Serikat; Dr. Isidore Obot, Nigeria; Dr. John Strang, Inggris Raya; Dr. Emilis Subata, Lithuania; Dr. Marta Torrens, Spanyol; Dr. Roberto Tykanori Kinoshita, Brasil; Dr. Riza Sarasvita, Indonesia; Dr. Willem Van Den Brink dan Dr. Lucas George Wiessing, Belanda. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), khususnya Dr. Marica Ferri; National Institute of Drug Abuse (NIDA) khususnya Dr. Steve Gust; Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD),), khususnya Ibu Alexandra Hill; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), AS khususnya Mr. Humberto Carvelho; the Colombo Plan, khususnya Ibu Veronica Felipe, Bapak Bian How Tay. dan Ibu. Winona Pandan.

Ucapan terima kasih khusus untuk Dr. Gilberto Gerra, UNODC, dan Dr. Vladimir Poznyak, WHO yang mengoordinasikan upaya bersama UNODC dan WHO ini dalam kerangka Program UNODC-WHO mengenai Perawatan dan Perawatan Ketergantungan Napza.

Ucapan terima kasih khusus juga ditujukan kepada Staf dan konsultan WHO, khususnya Dr Shekhar Saxena dan Dr. Nicolas Clark atas kontribusi luar biasa mereka dalam pembuatan draft Standar untuk uji-lapangan, Dr Dzmitry Krupchanka atas peran pentingnya dalam perencanaan dan pelaksanaan uji lapangan Standar ini, analisis hasil uji lapangan dan revisi dokumen yang mengikuti.; Dr Andrew Ball, Dr Gilles Forte and Ibu Anette Verster atas kontribusi mereka untuk memfinalisasi dokumen ini dan Dr Devora Kestel atas pedoman dan dukungan menyeluruh dalam tahap akhir pembuatan dokumen ini; Dr Luis Alfonso (Pan American Health Organization -PAHO) dan Dr Khalid Saeed (Kantor Regional WHO di Wilayah Mediterania Timur) atas dukungan mereka dalam uji lapangan di Wilayah WHO Amerika dan MEditerania Timur; dan konsultan dan pemagang WHO di bawah ini atas kontribusi mereka dalam analisis data (sesuai urutan abjad): Ms Elise Gehring, Ms Aikaterini Georgopoulou, Ms Eloise Harrison, Ms Ruchika Jain, Mr Cesar Leos-Toro and Dr Nirvana Morgan.

Staf UNODC yang disebutkan di bawah ini telah memberikan komitmen dan kontribusi bermakna dalam penulisan, pengembangan dan finalisasi dokumen ini (sesuai urutan abjad): Ms Anja Busse, Ms Giovanna Campello, Dr Igor Koutsenok, Ms Elizabeth Mattfeld, Dr Elizabeth Saenz, and Dr Wataru Kashino. Konsultan UNODC, Ms Christina Gamboa, Mr Jan-Christopher Gumm and Ms Olga Parakkal mendukung pengembangan draft pertama Standar dan proses uji-lapangan. Ms Annette Dale-Perera memberikan kontribusi tak ternilai untuk mengkaji dan merevisi Standar ini.

Individu-individu di bawah ini memberikan umpan balik tambahan terhadap draft Standar: Dr Oleg Aizberg and Dr Alexey Alexandrov (Belarusian Academy for Postgraduate Education, Belarus); Dr Kathleen T. Brady and Dr Khan Riaz Ahmad (the Board of the International Society of Addiction Medicine); Dr Geert Dom (European Federation of Addiction Societies); Dr Yasser Khazaal (Geneva University Hospital, Switzerland); Dr Michael P. Schaub (Swiss Research Institute for Public Health and Addiction, Switzerland); Dr Tuukka Tammi (National Institute for Health and Welfare, Finland).

Unofficial Translation

Ucapan terima kasih khusus juga ditujukan kepada ratusan klinisi, manajer layanan, spesialis kesehatan masyarakat, peneliti, pengguna layanan, perwakilan akademisi dan kelompok dan kelompok masyarakat sipil yang terlibat dalam uji-lapangan di lokasi-lokasi yang disebutkan di atas atau memberikan impan balik terhadap versi awal dari dokumen ini.

Staf administratif UNODC dan WHO yang memberikan dukungan organisasional dengan berdedikasi selama seluruh proses penyusunan Standar Internasional ini: Ms Caecilia Handayani-Hassmann, Ms Emilie Finkelstein, Ms Nataliya Graninger, Ms Divina Maramba and Mr Bojan Misosavljevic.

Staf UNODC di kantor lapangan dan staff WHO di kantor negara yang memberikan dukungan substantif selama uji-lapangan dari Standar ini dan pelaksanaan proyek secara keseluruhan.

Ms. Dorothy Lusweti (Swiss) yang melakukan copy-editing untuk dokumen ini.

Terakhir tetapi tidak kalah pentingnya, WHO dan UNODC berterima kasih atas dukungan finansial yang diberikan oleh Program International Narcotics and Law Enforcement (INL), United States Department of State untuk pembuatan, uji-lapangan dan finalisasi Standar ini.

Unofficial Translation

BAB 1

Pendahuluan

1.1 Tujuan dan audiens sasaran dari Standar Internasional Ini

Dokumen ini, " Standar Internasional untuk Perawatan Gangguan Penggunaan Napza" (yang selanjutnya disebut Standar), adalah hasil kerja UNODC dan WHO untuk membantu Negara-Negara Anggota dalam upaya mereka untuk mengembangkan dan memperluas perawatan gangguan penggunaan napza yang efektif, berbasis bukti dan etis.

Standar ini dimaksudkan untuk semua pihak yang terlibat dalam pengembangan, perencanaan, pendanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi kebijakan untuk layanan dan intervensi perawatan gangguan penggunaan napza.

Standar ini bersifat aspirasional, dan karnanya, layanan atau sistem rawataan di tingkat nasional dan lokal tidak perlu berusaha untuk memenuhi semua standar dan rekomendasi yang disebutkan dalam dokumen ini sekaligus. Namun, seiiring dengan waktu, perbaikan mutu progresif, dengan praktik berbasis bukti dan etis sebagai tujuan, dapat dan seharusnya diharapkan unutk mencapai sistem dan layanan yang lebih terorganisir, efektif dan etis untuk orang-orang dengan gangguan penggunaan napza.

UNODC dan WHO mengundang semua pihak yang bertanggungjawab untuk pengembangan kebijakan, perencanaan, alokasi anggaran, pelaksanaan dan pemantauan dan evaluasi rawatan gangguan penggunaan napza di tingkat lokal dan nasional, untuk mengukur sistem dan layanan setempat berdasarkan Standar ini. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi kesenjangan dan bidang-bidang yang masih belum memenuhi Standar dan bekerja dengan para pemangku kepentingan terkait untuk memperbaiki sistem dan layanan. Walaupun banyak prinsip dan bagian dari Standar ini juga berlaku unutk perawatan gangguan mental dan penggunaan zat lainnya (seperti misalnya penggunaan alkohol dan nikotin), area fokus utama Standar ini adalah gangguan penggunaan napza.

Dokumen ini memberikan gambaran menyeluruh tetapi tidak berusaha untuk memberikan semua detail yang diperlukan untuk pengorganisasian, berjalannya dan pengembangan layanan. Alat-alat tambahan lainnya seperti misalnya panduan perawatan, materi-materi dan alat pengembangan kapasitas untuk pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dapat digunakan untuk tujuan ini. Standar ini bersifat fleksible untuk memastikan penerapannya dapat dilakukan dalam berbagai kerangka sosial, budaya dan hukum.

1.2 Pembuatan Standar ini

Pada tahun 2009, masyarakat internasional meminta UNODC dan WHO untuk mengembangkan standar untuk rawatan gangguan penggunaan napza. Permintaan ini datang dalam bentuk Deklarasi Politik dan Rencana Aksi untuk Kerjasama Internasional menuju Strategi yang Terintegrasi dan Berimbang untuk Penanganan Permasalahan Napza Dunia, yang diadopsi pada segmen tingkat tinggi Komisi Narkotika dan Obat-Obatan ke 52. UNDOC dan WHO bersama-sama membentuk suatu Program Global untuk Perawatan dan Pengobatan Ketergantungan Napza untuk mendukung kebijakan, strategi dan intervensi perawatan yang berbasis bukti dan etis untuk mengurangi beban kesehatan dan sosial yang disebabkan oleh gangguan penggunaan napza. Untuk tujuan ini, kedua organisasi juga berusaha untuk menyebarluaskan praktik-praktik perawatan yang baik dan mendorong kesetaraan mutu, ketersediaan dan keterjangkauan rawatan gangguan penggunaan napza seperti yang disediakan oleh sistem kesehatan untuk penyakit-penyakit kronis.

Unofficial Translation

UNODC dan WHO mengembangnkan elemen-elemen awal dari Standar ini berdasarkan kajian atas standar-standar, pedoman dan rekomendasi untuk praktik terbaik dalam rawatan gangguan penggunaan napza yang sudah ada. Semua standar, pedoman dan rekomendasi tersebut diidentifikasi berdasarkan kajian literatur dan dengan mempertimbangkan hasil-hasil inisiatif dan publikasi UNODC dan WHO sebelumnya yang terkait dengan gangguan penggunaan napza, seperti musalnya Prinsip-Prinsip Rawatan Ketergantungan Napza (UNODC dan WHO, 2008), proyek TreatNet UNODC (UNODC, 2012), pedoman-pedoman, kegiatan dan alat teknis WHO terkait.

UNODC dan WHO mematuhi peraturan dan prosedurnya dalam mengidentifikasi kelompok pakar internasional dengan keahlian uang sudah terdokumentasi baik dalam berbagai bidang layanan rawatan untuk gangguan penggunaan napza, mereka yang mengkaji elemen-elemen yang diusulkan untuk standar ini, mengidentifikasi kesenjangan dan menyepakati komponen-komponen yang membentuk dasar untuk draf dokumen ini. Para pakar mengkahi draf awal dan memfinalisasikannya, dengan mempertimbangkan hasil yang disepakati mengenai proses konsultasi dan umpan balik yang didapatkan dari kajian sebaya.

Standar Internasional untuk Perawatan Gangguan Penggunaan Napza (2016) diluncurkan sebagai draf untuk uji lapangan pada Komisi Narkotika dan Obat-Obatan (CND) tahun 2016. Dokumen Hasil Sesi Khusus Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk Napza (UNGASS) (UN, 2016), dan juga Resolusi 59/4 (CND, 2016) mengenai "Pembuatan dan diseminasi standar internasional untuk perawatan gangguan penggunaan napza" menegaskan pentingnya menyebarluaskan Standar ini untuk mendorong pendekatan berimbang dan berpusat pada kesehatan untuk gangguan penggunaan napza.

WHO, bekerjsama dengan UNODC, melakukan uji lapangan terhadap Standar ini untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kegunaaan, kelayakan dan kemampuan evaluasi dokumen ini dan mengindentifikasi bidang-bidang untuk perbaikan. Metode-metode yang digunakan dalam uji lapangan meliputi survei, kelompok terarah, kajian pakar dan pengujian kepatuhan layanan dengan Standar. Uji lapangan dilakukan di negara-negara dengan sistem kesehatan yang berbeda, termasuk Australia, Brazil, Chile, Cina, India, Indonesia, Iran, Meksiko dan Thailan. Lebih dari 1200 profesional kesehatan yang berpartifipasi dalam survei uji lapangan, sementara 43 pakar dari negara-negara yang berpartisipasi memberikan umpan balik terperinci mengenai draf Standar. Selain itu 43 diskusi kelompok terarah yang terdiri dari 300 peserta mendiskusikan mengenai Standar ini, yang juga dipaparkan dan didiskusikan dalam forum-forum internasional, termasuk lokakarya pengembangan kapasitas regional WHO untuk pengelolaan dan pengobatan gangguan penggunaan zat, dengan tuan ruam Pusat Rehabilitasi Nasional Abu Dhabi (Uni Emirat Arab), pertemuan antar lembanga mengenai standar pengibatan untuk pengguna narpza bermasalah di wilayah WHO Amerika dengan tuan rumah Pan American Health Organization di Washington D.C., Forum WHO mengenai Alkohol, Narkoba dan Perilaku Adiktif Pertama dan Kedua, dan pertemuan kelompok pakar di Wina pada Konferensi Internasional tentang Pencegahan, Perawatan dan Pengobatan Napza - International Society of Substance Use Professional. Lebih lanjut lagi, beberapa profesional dan organisasi masyarakat sipil, termasuk organisasi pengguna layanan diundang unutk memberikan umpan balik mengenai Standar selama uji lapangan. Setelah analisis hasil awal uji lapangan, UNODC dan WHO menyelenggarakan pertemuan kelompok ahli di Wina pada Februari 2018 untuk mendiskusikan proses revisi dan perubahan-perubahan utama yang akan dilakukan terhadap dokumen setelah uji lapangan selesai. Termasuk perbahan dalam struktur keseluruhan dokumen, elaborasi beberapa bagian seperti misalnya penjangkauan berbasis masyarakat dan memastikan konsistensi dan imparsialitas istilah-istilah yang digunakan di sepanjang dokumen. Pejabat WHO dan UNODC mempelajari formulir laporan kepentingan yang diserahkan oleh peserta pertemuan sebelumnya dan menjadikannya sebagai pertimbangan dalam diskusi, sejalan dengan peraturan dan prosedur WHO. Edisi Standar ini adalah versi revisi yang memasukkan hasil uji lapangan.

Tujuan utama dari pembuatan Standar ini adalah untuk membantu dalam pengorganisasian dan pelaksanaan layanan perawatan. Standar ini berupaya unutk memberikan pedoman mengenai **bagaimana** mengorganisir pelaksanaan intervensi, tetapi bukan intervensi **apa** yang digunakan untuk merawat gangguan penggunaan napza. Namun demikian, rekomendasi -rekomendasi WHO yang tersedia mengenai intervensi-intervensi perawatan dimasukkan ke Bab 4, dengan rujukan pada pedoman-pedoman WHO yang ada, yang menjalani peninjauan dan pemuktahiran secara berkala.

Unofficial Translation

Standar ini akan bermanfaat bagi pembuat kebijakan, manajer kesehatan dan layanan sosial dan para praktisi yang bekerja dengan orang-orang dengan gangguan penggunaan napza di seluruh dunia. Standar ini berupaya untuk membantu mencapai target kesehatan 3.5 dari Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030 Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk "memperkuat pencegahan dan perawatan penyalahgunaan zat" dan juga cakupan kesehatan semesta untuk orang-orang dengan gangguan penggunaan zat (WHO, 2019b, 2019c). Standar ini juga akan mendukung evaluasi dan perbaikan sistem secara terus-menerus dan juga pengembangan kebijakan-kebijakan dan sistem-sistem perawatan baru. Standar ini adalah investasi yang efektif bagi masa depan orang-orang dengan gangguan penggunaan napza dan juga keluarga dan komunitas mereka.

Diperkirakan bahwa sejumlah total 250 juta orang, atau 1 dari 20 orang yang berusia antara 15 sampai 64 tahun menggunakan obat terlarang pada tahun 2014 (World Drug Report, 2016). Sekitar satu dari sepuluh orang yang menggunakan obat-obatan terlarang menderita dari bentuk gangguan penggunaan napza, termasuk ketergantungan napza. Hampir setengah dari seluruh orang dengan ketergantungan napza menyuntikkan napza dan lebih dari 10% di antaranya hidup dengan HIV, serta sebagian besar di antara mereka telah terinfeksi hepatitis C. Gangguan penggunaan napza merupakan masalah kesehatan yang besar di dunia.

1.3 Penggunaan napza, gangguan penggunaan napza dan kebutuhan rawatan

Penggunaan zat psikoaktif dan psikotropika tanpa pengawasan medis dikaitkan dengan risiko kesehatan yang signifikan. Berdasarkan alasan ini, perjanjian-perjanjian internasional (seperti misalnya Single Convention on Narcotic Drugs tahun 1961; Convention on Psychotropic Substances tahun 1971; dan Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances tahun1988, Perserikatan Bangsa-Bangsa) mengatur produksi, penjualan, distribusi, dan penggunaan zat-zat ini dengan tujuan untuk menghindari konsekuensi negatif yang secara signifikan dapat merusak kesehatan dan keamanan (PBB, 1961, 1971, 1988).

Secara tradisional, zat psikoaktif terutama yang berasal dari tumbuhan seperti kokain, heroin dan ganja, dikonsumsi di wilayah tempat tanaman itu tumbuh atau sepanjang rute perdagangan ke pasar akhir narkotika tersebut. Peningkatan perdagangan global dan perjalanan antar negara telah mengglobalisasi pasar zat-zat narkotika nabati yang sebelumnya hanya terfokus di sejumlah area. Dalam beberapa dekade terakhir, lebih banyak zat psikoaktif sintetik (NPS) termasuk amfetamin dan stimulan terkait yang disintesis di laboratorium terlarang yang tersedia dan diproduksi dan dikonsumsi di setiap wilayah.

UNODC World Drug Report 2019 memperkirakan bahwa sekitar 271 juta jiwa, atau 5,5% orang berusia 15 sampai 64 tahun di seluruh dunia, menggunakan obat-obatan terlarang setidaknya sekali dalam tahun 2017. Sekitar 35 juta yang orang menggunakan napza (0,7% dari populasi dewasa) memiliki gangguan penggunaan napza. Proporsi gangguan karena penggunaan napza dikaitkan dengan penggunaan non-medis obat-obatan beresep seperti misalnya analgesik opioid sintetis (obat-obatan untuk manajemen rasa sakit), ansiolitik (obat-obatan untuk manajemen gangguan kecemasan dan kondisi kesehatan terkait), hipnotik (obat-obatan untuk manajemen gangguan tidur) atau psikostimulan (seringkali digunakan untuk mengelola gangguan hiperaktifitas defisit perhatian). Peningkatan ketersediaan opioid kuat dan penggunaannya dalam manajemen rasa sakit kronis dalam 10 tahun terakhir di beberapa bagian dunia telah mengakibatkan peningkatan dramatis kematian akibat overdosis opioid. Dari 11 juta orang di seluruh dunia yang menggunakan napza suntik pada tahun 2017, hampir satu dari delapan di antaranya hidup dengan human immunodeficiency virus (HIV) dan lebih dari separuh hidup dengan virus hepatitis C (HCV). Sekitar setengah juta kematian di seluruh dunia dapat dikaitkan dengan penggunaan napza pada tahun 2017 (UNODC, 2019).

Walaupun banyak negara di dunia melaporkan peningkatan pengggunaan zat psikoaktif, mereka tidak menggantikan penggunaan skala besar napza tradisional (UNODC, 2019). Walaupun secara global opioid masih terus menjadi ancaman utama bagi kesehatan masyarakat di dunia yang diikuti dengan ketat oleh stimulan tipe amfetamin.

Sedikitnya 8% individu yang mulai menggunakan zat psikoaktif akan memiliki gangguan penggunaan napza seiiring dengan waktu, dengan variasi besar untuk berbagai kelas zat psikoaktif (Wagner dan Anthony, 2002; Lopez-Quintero et al., 2011). Berdasarkan revisi ke 11 dari International Classification of Diseases (ICD) (WHO,

Unofficial Translation

2019a), isitlah "gangguan penggunaan napza" terdiri dari dua kondisi kesehatan besar: "pola penggunaan napza yang membahayakan" dan "ketergantungan napza". Pola berbahaya dari penggunaan napza didefinisikan sebagai pola penggunaan suatu zat secara terus-menerus, berulang dan sporadis yang menyebabkan kerusakan secara signifikan secara klinis terhadap kesehatan fisik (termasuk penyakit yang ditularkan lewat darah karena penyuntikan intra vena yang dilakukan sendiri) atau mental (seperti misalnya gangguan mood yang diakibatkan oleh zat), atau menyebabkan perilaku yang mengakibatkan bahaya bagi kesehatan orang lain. Ketergantungan zat didefinisikan dalam ICD-11 sebagai suatu pola penggunaan berulang atau terus-menerus dari zat psikoaktif dengan bukti adanya masalah dalam mengatur penggunaan zat tersebut yang dimanifestasikan oleh dua atau lebih gejala berikut: (a) Masalah pengendalian penggunaan zat (termasuk mulai, frekuensi, intensitas, durasi, penghentian dan konteks); (b) Peningkatan preseden penggunaan zat dibanding aspek-aspek lain kehidupan, termasuk menjaga kesehatan dan kegiatan dan tanggung jawab sehari-hari, sehingga penggunaan napza berlanjut atau semakin parah walaupun terjadi konsekuensi berbahaya atau negatif (termasuk gangguan hubungan berulang, konsekuensi terhadap pekerjaan atau studi dan dampak negatif terhadap kesehatan); dan (c) Karakteristik fisiologis yang mengindikasikan neuroadaptasi terhadap zat, termasuk: 1) toleransi terhadap efek dari zat atau kebutuhan untuk meningkatkan jumalh zat untuk mencapai efek yang sama; 2) gejala putus obat yang mengikuti penghentian atau pengurangan penggunaan zat; atau 3) penggunaan berulang zat tertentu atau zat dengan farmakologi serupa untuk mencegah atau meringankan gejala putus obat.

“Gangguan-gangguan karena penggunaan zat" membentuk kategori yang lebih luas dari kondisi kesehatan yang meliputi intoksikasi zat, gejala putus obat dan serangkaian gangguan mental yang disebabkan oleh napza. Gangguan penggunaan zat seringkali beriringan dengan desakan untuk menggunakan zat psikoaktif, yang dapat bertahan, atau dengan mudah aktif kembali, bahkan setelah periode abstinen panjang. Seringkali gangguan penggunaan napza dikaitkan dengan penggunaan penggunaan berbahaya atau merugikan zat-zat psikoaktif lainnya seperti alkohol, nikotin, atau dengan ketergantungan alkohol dan nikotin.

Sifat ketergantungan zat seringkali berakar pada interaksi kompleks dan dinamis antara faktor-faktor biologis, psikologis dan sosial. Mekanisme neurobiologis mulai dari kerentana genetik bawaan sampai gangguan jalur neuronal di area otak yang mengatur fungsi seperti motivasi, pengalaman rasa senang, memori dan pembelajaran (WHO, 2004; Koob and Volkow, 2016). Berbagai faktor psikososial dapat meningkatkan risiko penggunaan pertama napza dan terjadinya gangguan penggunaan napza. Faktor-faktor terkait keluarga seperti pengabaian di masa kecil, kekerasan sebagai anak dan contoh penggunaan zat dari orang tua dapat berkontribusi pada pola berbahaya penggunaan zat dan ketergantungan zat. Di tingkat masyarakat dengan kemiskinan ekstrim, pengungsian, norma dan media yang mendukung penggunaan napza peningkatan kerentanan terhadap penggunaan napza terbukti meningkat (UNODC, 2015).

Selain gangguan penggunaan zat ini, sebagian individu dengan gangguan penggunaan napza juga mengalami masalah medis atau kejiwaan tambahan yang seringkali dikaitkan dengan risiko dan perilaku kesehatan terkait napza. Mereka yang menyuntikkan napza kemungkinan akan terpapar infeksi yang ditularkan melalui darah HIV atau HCV dan juga TB - Tuberkulosis. Terdapat peningkatan risiko overdosis fatal, kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan lain, permasalahan kardiovaskular dan liver, kekerasan dan bunuh diri. Ketergantungan napza memiliki keterkaitan dengan penurunan angka harapan hidup, angka kematian orang dengan ketergantungan opioid secara signifikan lebih tinggi daripada angka yang ditemui pada populasi umum dan kematian lebih sering terjadi pada usia muda (Degenhardt et al. 2018); GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

Hubungan antara gangguan penggunaan napza dan gangguan kesehatan mental lainnya sangat kompleks. Seringkali gangguan kesehatan mental mendahului dimulainya penggunaan napza, sehingga menempatkan individu dalam risiko lebih besar untuk mengalami gangguan penggunaan zat (WHO, 2004). Gangguan kesehatan mental lainnya dapat mengakibatkan gangguan penggunaan zat sekunder, sebagian karena perubahan biologis otak yang diakibatkan oleh penggunaan napza. Risiko ketergantuangan zat dan komplikasi psikiatri terutama tinggi pada saat anak-anak dan pemuda secara terus-menerus terpapar efek napza sebelum otak mereka dapat matang sepenuhnya, suatu proses yang biasanya terjadi pada pertengan usia 20-an (J. Conrod dan Nikolaou, 2016; Silveri et al., 2016).

Penelitian medis selama bertahun-tahun menghasilkan kesimpulan bahwa ketergantungan zat adalah

Unofficial Translation

gangguan kesehatan multi-faktor kompleks dengan mekanisme perubahan biologis dan psikososial yang terdokumentasi dengan baik. Kemajuan ilmu pengetahuan juga memungkinkan pengembangan intervensi perawatan dan pengobatan efektif yang mendukung individu dengan gangguan penggunaan zat untuk mengubah perilaku mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka. Pendekatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan terhadap penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza menimbulkan kebutuhan untuk intervensi yang mengurangi bahaya jangka pendek dan panjang bagi pengguna napza. Hal ini terutama terbukti berguna untuk pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV bagi para pengguna napza suntik (WHO, 2012b).

Persepsi para pembuat kebijakan, profesional kesehatan dan masyarakat umum telah berubah. Mereka semakin menyadari bahwa gangguan penggunaan napza adalah kondisi kesehatan kompleks yang diakibatkan oleh dari serangkaian faktor psikososial, biologis dan lingkungan yang mememrikukan respons multi-disiplin, komprehensif dan berorientasi kesehatan masyarakat dari berbagai lembaga dan organisasi yang bekerja bersama-sama. Semakin banyak pemahamana bahwa ketergantungan napza bukan "kebiasaan buruk akibat kesalahan sendiri" melainkan hasil dari interaksi faktor-faktir biologis dan lingkungan termasuk kerugian dan kesulitan sosial, yang dapat dicegah dan ditangani dengan baik untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan keselamatan publik.

Sayangnya, pandangan usang tentang gangguan penggunaan napza masih banyak di temui di berbagai belahan dunia. Stigma dan diskriminasi yang biasa diterapkan pada orang-orang yang dengan ketergantungan napza, keluarga mereka dan kepada para profesional yang bekerja dengan mereka. Semua ini secara signifikan mengganggu pelaksanaan intervensi perawatan berkualitas di bidang ini, menghalangi pengembangan fasilitas perawatan, pelatihan profesional kesehatan, dan investasi dalam program pemulihan. Meskipun bukti yang ada dengan jelas menunjukkan bahwa gangguan penggunaan napza akan paling baik dikelola dalam sistem kesehatan masyarakat yang sama dengan masalah medis kronis lainnya seperti infeksi HIV atau hipertensi. Namun gagasan untuk memasukkan perawatan gangguan penggunaan napza dalam dalam sistem kesehatan masyarakat masih menghadapi tantangan, sebagian diakibatkan oleh kesenjangan dalam mentransfer sains ke kebijakan, dan pada akhirnya pelaksanaan praktik klinis yang berbasis bukti.

Di beberapa negara, gangguan penggunaan napza masih dipandang sebagai masalah keamanan publik dan peradilan pidana dan lembaga-lembaga di bawah Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Kehakiman, atau Kementerian Pertahanan masih menangani respon terhadap gangguan penggunaan napza dengan memberikan layanan, seringkali tanpa pengawasan atau keterlibatan Kementerian Kesehatan atau badan dan lembaga kesehatan masyarakat lainnya. Penggunaan strategi dan metode penegakan hukum saja bukan merupakan respon yang efektif bagi gangguan penggunaan napza atau zat lain dan juga tidak efektif dari segi penggunaan anggaran publik. Strategi rawatan biopsikososial yang mengakui ketergantungan napza sebagai gangguan kesehatan multifactorial yang dapat dirawat dengan menggunakan pendekatan medis dan psikososial dapat mengurangi dampak buruk terkait penggunaan napza. Hal ini pada gilirannya akan meningkatan kesehatan, kesejahteraan dan pemulihan individu-individu terdampak sambil mengurangi kejahatan terkait napza dan meningkatkan keselamatan publik dan manfaat bagi masyarakat (seperti mengurangi tuna wisma, kebutuhan tunjangan sosial dan pengangguran).

Gangguan penggunaan napza pada umumnya bersifat kronis dan melibatkan risiko kambuh. Hal ini berarti bahwa layanan rawatan harus bekerja dengan pasien dalam jangka panjang- seringkali selama bertahun-tahun dan terkadang seumur hidup pasien - mempertahankan kontak, dan menawarkan intervensi dan dukungan krisis pada saat diperlukan dan dalam berbagai tingkatan intensitas. Sistem semacam ini mirip dengan sistem perawatan untuk pasien dengan penyakit kronis lainnya (diabetes, asma, tekanan darah tinggi). Sistem seperti ini dirancang untuk mengelola periode remisi gejala, juga pemburukan, dengan memberikan intensitas intervensi sesuai dengan keparahan masalah yang ada tanpa berharap bahwa kondisi tersebut dapat sepenuhnya disembuhkan setelah episode perawatan jangka pendek. Dengan menyadari sifat kronis dan kekambuhan pengguna napza dan penggunaan napza yang terus berlanjut tidak menyiratkan bahwa perawatan akan menjadi tidak efektif dan tidak berguna. Sebaliknya, perawatan yang tepat diberikan berulang kali (meskipun penggunaan napza terus dilakukan atau kambuh sesekali) sangatlah penting untuk menghindarkan dari kematian terkait napza. Perawatan seperti ini membantu meningkatkan kualitas keehatan dan dan hidup di tengah masalah kesehatan yang persisten dan masalah sosial yang sering muncul. Pendekatan-pendekatan efektif untuk pencegahan dan perawatan penggunaan napza dan konsekuensi-

Unofficial Translation

konsekuensinya dapat meminimalkan efek berbahaya bagi pengguna napza dan masyarakat serta memaksimalkan peluang hidup yang panjang dan sehat (UNODC dan WHO, 2018).

Banyak kawasan dan negara di dunia mengalami peningkatan jumlah orang-orang yang memiliki kebuthan perawatan dan pengobatan khusus, seperti misalnya: anak-anak dan remaja; orang lanjut usia; perempuan dan ibu hamil; kelompok-kelompok dengan berbagai identitas seksual dan orientasi gender; masyarakat adat; migran; orang-orang buta aksara dan mereka yang memiliki latar belakang pendidikan terbatas; orang-orang dengan kondisi kesehatan penyerta termasuk gangguan menta, HIV, TB and HCV; orang-orang yang berhadapan dengan hukum dan mereka yang tidak memiliki tempat tinggal atau terpinggirkan secara sosial.

Perubahan pola-pola penggunaan napza dan zat psikoaktif lainnya beserta perubahan profil pengguna napza dan mereka yang mengalami gangguan penggunaan napza menghadirkan tantangan baru bagi sistem kesehatan yang harus beradaptasi dengan realita baru secara tepat waktu, efektif dan efisien. Hal ini mungkin memerlukan investasi tambahan dalam program pencegahan dan perawatan, termasuk sumber daya manusia terkait. Sistem kesehatan seringkali berjuang untuk merespons dengan tepat permasalahan-permasaahan kesehatan baru di kalangan pengguna napza. Sebagai contoh, di beberapa bagian dunia di mana opiod sebelumnya jarang ditemukan, sistem kesehatan mungkin tidak memiliki kapasitas untuk memberikan perawatan medis seperti misalnya terapi rumatan agonis opioid untuk gangguan penggunaan opioid. Demikian pula, di beberapa bagian dunia di mana sistem perawatan sebelumnya berfokus pada gangguan penggunaan opioid mengalami peningkatan besar prevalensi gangguan karena penggunaan psikostimulan.

Menurut perkiraan global UNODC dan WHO, hanya 1 dari 6 orang yang membutuhkan perawatan ketergantungan napza yang memiliki akses ke program perawatan. Proporsi ini menurun di Amerika Latin dan Afrika di mana hanya 1 dari 11 orang di Amerika Latin dan 1 dari 18 orang di Afrika yang mendapatkannya (UNODC, 2018). Perawatan di banyak negara hanya tersedia di kota-kota besar. Konsep cakupan kesehatan semesta seharusnya juga berlaku untuk gangguan penggunaan napza sama seperti kondisi kesehatan lainnya. Hal ini akan memberikan akses bagi orang-orang dengan gangguan penggunaan napza dan komunitas mereka terhadap layanan kesehatan pencegahan dan perawatan yang mereka butuhkan, memastikan mutu memadai tersedia untuk mencapai efek yang diinginkan dan juga melindungi pengguna layanan dari paparan kesulitan keuangan (WHO, 2019c, 2019b).

Gangguan penggunaan napza merupakan masalah kesehatan yang serius, dengan beban signifikan bagi individu yang terkena dampak dan keluarga serta komunitas mereka. Gangguan penggunaan napza yang tidak ditangani juga memunculkan biaya yang signifikan bagi masyarakat termasuk hilangnya produktivitas, peningkatan biaya layanan kesehatan, biaya-biaya yang terkait penanganan pidana dan kesejahteraan sosail dan berbaggai konsekuensi sosial lainnya. Biaya sosial dari penggunaan obat-obatan terlarang diperkirakan mencapai 1,7% dari PDB di beberapa negara (World Drug Report, 2016). Penyediaan layanan perawatan dan pengobatan efektif untuk gangguan penggunaan napza sebabagai bagian dari sistem perawatan yang terintegrasi dan terkoordinasi dengan baik oleh karenanya merupakan investasi bagi kesehatan orang-orang dengan gangguan penggunaan napza serta investasi bagi kesehatan dan pembangunan keluarga, masyarakat dan negara.

Unofficial Translation

BAB 2

Prinsip utama dan standar rawatan gangguan penggunaan napza

Gangguan Penggunaan Napza dapat dirawat secara efektif dengan menggunakan serangkaian intervensi farmakologis dan psikososial.

Dalam tata laksana gangguan penggunaan napza, tujuan perawatan adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup orang-orang dengan gangguan penggunaan napza, dan tujuan akhirnya adalah untuk membantu individu mencapai pemulihan sedapat mungkin. Secara spesifik, tujuan rawatan termasuk untuk:

- mengurangi penggunaan napza,
- meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan fungsi sosial individu yang terdampak, dan
- Mencegah bahaya di masa depan dengan mengurangi risiko komplikasi dan kambuh.

Banyak intervensi yang biasa digunakan dalam tata laksana gangguan penggunaan zat tidak memenuhi standar ilmiah yang diterima terkait efikasi klinis. Intervensi semacam itu mungkin tidak efektif atau bahkan berbahaya, atau mungkin uji klinis yang diperlukan mungkin belum dilakukan, dan efektivitas perawatan tidak diketahui

Selain kriteria yang memiliki fokus keefektifan klinis, perawatan gangguan penggunaan napza harus memenuhi standar umum yang berlaku untuk semua layanan kesehatan:

- konsisten dengan Deklarasi Hak Asasi Manusia PBB dan Konvensi PBB yang ada,
- mendorong otonomi pribadi,
- mempromosikan keamanan individu dan sosial.

Standar ini mendefinisikan serangkaian persyaratan yang harus ada sebelum segala bentuk modalitas rawatan atau dapat dianggap aman dan efektif, terlepas dari filosofi rawatan yang digunakan atau tempat filosofi perawatan itu diterapkan. Ini sangat penting, karena individu dengan gangguan penggunaan napza layak mendapatkan standar perawatan berbasis etika dan sains yang serupa dengan standar yang digunakan dalam perawatan penyakit kronis lainnya.

Unofficial Translation

Prinsip 1. Perawatan harus tersedia, dapat diakses, menarik, dan sesuai

Deskripsi: Gangguan penggunaan napza dapat dirawat secara efektif dalam sebagian besar kasus jika pengguna napza memiliki akses ke berbagai layanan yang diperlukan dalam seluruh spektrum masalah yang mungkin tengah dihadapi pasien. Layanan perawatan dan intervensi harus didasasrkan pada bukti ulmiah dan sesuai dengan kebutuhan spesifik pasien secara individual pada fase gangguan spesifik yang ia alami dan keparahan gangguannya. Layanan ini mencakup penjangkauan bebrasis masyarakat; layanan di setting non-spesalis; rawat inap dan rawat jalan; perawatan medis dan psikososial (termasuk perawatan alkohol dan gangguan penggunaan zat lainnya serta komorbiditas pskiatri dan kesehatan lainnya); perawatan jangka panjang secara residensial atau berbasis masyarakat atau rehabilitasi; dan layanan dukungan pemulihan. Layanan ini harus terjangkau, menarik, tersedia baik di perkotaan dan pedesaan, dan dapat diakses dengan berbagai jam buka layanan dan waktu tunggu minimal. Semua hambatan yang membatasi aksesibilitas layanan perawatan yang tepat harus diminimalkan. Layanan seharusnya tidak hanya menawarkan perawatan untuk gangguan penggunaan zat semata, tetapi juga menyediakan dukungan sosial dan perlindungan serta pengobatan medis umum. Kerangka hukum seharusnya tidak mencegah orang dengan gangguan penggunaan napza untuk datang dan mengikuti program perawatan. Lingkungan perawatan harus ramah, peka budaya, dan fokus pada kebutuhan klinis spesifik serta tingkat kesiapan setiap pasien sehingga memberikan lingkungan yang mendorong dan bukan malah menghalangi individu untuk mengikuti program.

Standar:

1.1 Layanan perawatan esensial untuk gangguan penggunaan napza harus tersedia di berbagai tingkat sistem kesehatan: dari layanan kesehatan primer hingga layanan kesehatan tersier dengan program perawatan khusus untuk gangguan penggunaan zat.

1.2 Layanan perawatan esensial mencakup layanan penjangkauan; skrining dan intervensi psikososial singkat; layanan psikososial dan farmakologis rawat jalan; layanan tata laksana kondisi klinis akut akibat napza(seperti overdosis, sindrom putus obat; layanan rawat inap untuk tata laksana sindrom putus obat) dan psikosis akibat napza parah; layanan residensial jangka panjang; perawatan komorbiditas penggunaan napza dan gangguan psikiatri dan fisik; dan layanan tata laksana pemulihan yang diberikan oleh klinisi terlatih.

1.3 Sebaya terpilih dan terlatih dengan baik dapat bekerja dalam layanan perawatan, untuk memberikan intervensi spesifik yang bertujuan untuk mengidentifikasi pasien, terlibat dengan mereka dan mempertahankan mereka dalam layanan.

1.4 Layanan perawatan esensial untuk gangguan penggunaan napza harus berada di lokasi yang terjangkau transportasi umum dan dapat diakses oleh orang yang tinggal di daerah perkotaan dan pedesaan.

1.5 Layanan "low threshold" dan penjangkauan, sebagai bagian dari kontinuum perawatan, perlu untuk mencapai populasi 'tersembunyi' yang paling terdampak oleh penggunaan napza tetapi sering kali tidak termotivasi untuk menjalani perawatan atau mengalami kekambuhan setelah menyelesaikan program perawatan.

1.6 Dalam rangkaian perawatan, orang dengan gangguan penggunaan napza harus memiliki akses ke layanan perawatan melalui berbagai titik masuk (entry point).

1.7 Layanan perawatan esensial untuk penggunaan napza dan gangguan yang diakibatkan oleh napza harus tersedia dengan jam buka layanan yang cukup luas untuk memastikan akses ke layanan bagi individu yang bekerja atau memiliki tanggung jawab keluarga.

1.8 Layanan perawatan esensial harus terjangkau dari segi finansial untuk klien dari berbagai kelompok sosial ekonomi dan tingkat pendapatan dengan risiko kesulitan keuangan yang diminimalkan bagi mereka yang membutuhkan layanan.

1.9 Jika tidak dapat diakses, terjangkau atau tersedia, layanan perawatan harus menyediakan akses ke dukungan sosial, pengobatan medis umum, dan tata laksana kondisi kesehatan penyerta penggunaan napza, serta kondisi psikiatri dan fisik.

1.10. Informasi tentang ketersediaan dan aksesibilitas layanan perawatan esensial untuk gangguan penggunaan napza narkoba harus mudah diakses melalui berbagai sumber informasi termasuk melalui internet, materi cetak, dan layanan informasi akses terbuka.

Unofficial Translation

Prinsip 2: Memastikan standar etika pengobatan dalam layanan perawatan

Deskripsi: Perawatan gangguan penggunaan napza harus didasarkan pada standar kesehatan yang etis universal - termasuk penghormatan terhadap hak asasi manusia dan martabat pasien. Standar ini mencakup respons terhadap hak untuk menikmati standar kesehatan dan kesejahteraan tertinggi yang dapat dicapai, memastikan non-diskriminasi, dan menghilangkan stigma. Keputusan perawatan, termasuk kapan memulai dan menghentikan perawatan, dan jenis perawatan apa, harus dibuat oleh individu yang akan menjalani perawatan selama ia memiliki kapasitas untuk melakukannya. Perawatan tidak boleh dipaksakan atau bertentangan dengan keinginan dan otonomi pasien. Persetujuan pasien harus diperoleh sebelum intervensi perawatan dilakukan. Catatan medis yang akurat dan terbaru harus dipelihara dan kerahasiaan catatan perawatan harus

dijamin. Pendaftaran pasien yang menjalani perawatan di luar catatan kesehatan penting untuk dihindari. Intervensi yang bersifat menghukum, mempermalukan, atau merendahkan martabat tidak boleh dilakukan. Harus ada kode etik staf yang diberlakukan secara ketat. Staf harus menghindari untuk mengadvokasi kepercayaan pribadinya dan tidak boleh menggunakan praktik yang memalukan atau merendahkan. Individu yang terdampak harus diakui sebagai orang yang menderita masalah kesehatan dan layak mendapatkan perawatan yang serupa dengan pasien dengan masalah kejiwaan atau medis lainnya.

Standar:

2.1 Layanan perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus, dalam semua kasus, menghormati hak asasi manusia dan martabat pasien dan intervensi yang memalukan atau merendahkan tidak boleh dilakukan.

2.2 Informed consent (persetujuan berdasarkan informasi) harus diperoleh dari pasien sebelum memulai perawatan dan menjamin adanya opsi untuk menarik diri dari perawatan kapan saja.

2.3 Data pasien harus sangat dirahasiakan. Pelanggaran kerahasiaan rekam medis untuk meregister pasien yang memasuki tidak boleh diizinkan. Kerahasiaan data pasien harus dipastikan dan dilindungi oleh langkah-langkah legislatif dan didukung oleh pelatihan staf yang tepat dan peraturan layanan.

2.4 Staf layanan perawatan harus dilatih dengan baik dalam pelaksanaan perawatan dengan kepatuhan penuh terhadap standar etika dan prinsip-prinsip hak asasi manusia serta menunjukkan sikap hormat, tidak menstigma, dan tidak diskriminatif terhadap pengguna layanan.

2.5 Prosedur layanan harus mewajibkan staf untuk memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai proses dan prosedur perawatan, termasuk hak untuk menarik diri dari perawatan kapan saja.

2.6 Setiap penelitian yang dilakukan dalam layanan perawatan dan melibatkan subyek manusia harus tunduk pada pengkajian oleh komite etik. Komite etik didorong untuk mempertimbangkan pendapat orang-orang yang telah mengalami penggunaan dan perawatan napza dan menjalani pemulihan dari gangguan penggunaan napza. Partisipasi pasien dalam penelitian harus benar-benar sukarela dengan persetujuan tertulis berdasarkan informasi tanpa terkecuali.

Prinsip 3: Mempromosikan perawatan gangguan penggunaan napza dengan koordinasi yang efektif antara sistem peradilan pidana dan layanan kesehatan dan sosial

Deskripsi: Gangguan penggunaan napza harus lebih dianggap sebagai masalah kesehatan daripada perilaku kriminal dan pengguna napza harus dirawat dalam system layanan kesehatan dan bukan dalam sistem peradilan pidana. Tidak semua orang dengan dengan gangguan penggunaan napza melakukan kejahatan, dan kalaupun iya, kejahatan tersebut biasanya merupakan kejahatan tingkat rendah demi membiayai pembelian napza. Perilaku tersebut biasanya berhenti dengan diberikannya perawatan yang efektif untuk gangguan penggunaan napza. Oleh karenanya penting untuk melihat penggunaan napza oleh orang-orang dengan gangguan penggunaan napza secara ekslusif pada utamanya sebagai masalah kesehatan yang memerlukan akses ke dukungan dan rawatan yang tepat, apabila diperlukan, ketimbang sanksi pidana. Karena itu, sistem peradilan pidana harus berkolaborasi erat dengan sistem kesehatan dan sosial untuk lebih mendorong dilakukannya perawatan dalam sistem layanan kesehatan dibandingkan penuntutan pidana atau pemasyarakatan. Penegak hukum, profesional pengadilan, dan petugas sistem lembaga pemasyarakatan harus dilatih dengan tepat untuk secara efektif terlibat dengan upaya-upaya perawatan dan rehabilitasi. Jika hukuman penjara harus dijalani, perawatan juga harus ditawarkan kepada WBP dengan gangguan penggunaan napza selama mereka berada di lapas dan setelah pembebasan mereka karena perawatan yang efektif akan mengurangi risiko pengulangan perilaku setelah pembebasan karena perawatan yang efektif akan mengurangi risiko kambuh, kematian akibat overdosis dan residivisme. Keberlanjutan perawatan dan intervensi pencegahan

Unofficial Translation

relaps dan overdosis setelah pembebasan WBP dengan gangguan penggunaan napza sangat penting dan harus diyakinkan akan terlaksana atau difasilitasi. Dalam semua kasus yang berhubungan dengan sistem peradilan, pengguna harus diberikan perawatan dan pengobatan dengan standar yang sama untuk perawatan yang ditawarkan di masyarakat.

Standar:

3.1 Perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus disediakan terutama dalam sistem perawatan kesehatan dan sosial. Mekanisme koordinasi yang efektif dengan sistem peradilan pidana harus tersedia untuk memfasilitasi akses ke perawatan dan layanan sosial untuk orang yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana.

3.2 Perawatan gangguan penggunaan napza harus tersedia untuk pelaku kejahatan dengan gangguan penggunaan napza dan, jika sesuai, menjadi alternatif parsial atau sepenuhnya untuk hukuman penjara atau sanksi hukuman lainnya.

3.3 Perawatan gangguan penggunaan napza sebagai alternatif terhadap penahanan atau yang disediakan dalam setting peradilan pidana harus didukung oleh kerangka hukum yang tepat.

3.4 Setting peradilan pidana harus memberikan peluang bagi individu dengan gangguan penggunaan napza untuk menerima perawatan dan layanan kesehatan setara dengan yang tersedia di masyarakat.

3.5 Intervensi perawatan untuk gangguan penggunaan napza tidak boleh dikenakan pada individu dengan gangguan penggunaan napza dalam sistem peradilan pidana tanpa persetujuan mereka.

3.6 Layanan pencegahan dan perawatan yang penting harus dapat diakses oleh individu dengan gangguan penggunaan napza dalam setting peradilan pidana, termasuk: mekanisme deteksi dini dan rujukan ke rawatan; pencegahan penularan infeksi yang ditularkan melalui darah, perawatan farmakologis, dan psikososial dari gangguan penggunaan napza dan kondisi kesehatan penyerta, layanan rehabilitasi dan kaitan dengan layanan kesehatan dan sosial masyarakat dalam persiapan untuk pembebasan mereka.

3.7 Program pelatihan yang sesuai untuk petugas sistem peradilan pidana, termasuk penegak hukum dan petugas sistem lapas dan profesional di bidang pengadilan harus tersedia untuk memastikan dikenalinya kebutuhan medis dan psikososial yang terkait dengan gangguan penggunaan napza dan untuk mendukung upaya perawatan dan rehabilitasi.

3.8 Perawatan gangguan penggunaan napza dalam sistem peradilan pidana harus mengikuti pedoman berbasis bukti serta standar etika dan profesional yang sama seperti di masyarakat.

3.9 Perawatan gangguan penggunaan napza dan kondisi penyerta harus menjadi bagian penting dari reintegrasi sosial WBP dengan gangguan penggunaan napza. Selain itu perlu dipastikan kelanjutan perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus dipastikan ketersediaannya dalam semua kasus dengan koordinasi yang efektif dari layanan kesehatan dan sosial di masyarakat dan pengaturan peradilan pidana. Hal ini akan mengurangi risiko relaps, overdosis dan residivisme.

3.10. Semua upaya harus dilakukan untuk mengurangi beban stigma dan mencegah diskrimimasi terhadap orang-orang dengan gangguan mental dan penggunaan zat yang mendapatkan layanan medis pada saat berhadapan dengan sistem peradilan pidana.

Unofficial Translation

Prinsip 4: Perawatan harus didasarkan pada bukti ilmiah dan menanggapi kebutuhan spesifik individu dengan gangguan penggunaan napza

Deskripsi: Rangkaian pengetahuan ilmiah kumulatif tentang sifat gangguan penggunaan napza dan perawatannya harus digunakan untuk memandu intervensi dan investasi dalam perawatan gangguan penggunaan napza. Standar tinggi yang sama yang diwajibkan untuk diikuti dalam memperoleh persetujuan dan implementasi intervensi farmakologis atau psikososial bidang layanan medis lain harus pula diterapkan pada perawatan gangguan penggunaan napza. Penting untuk membatasi penerapan metode farmakologis dan psikososial hanya pada yang telah dibuktikan efektif oleh sains atau disetujui oleh badan kepakaran internasional yang boleh diterapkan. Jika memang ada alasan untuk meyakini bahwa pendekatan perawatan lain mungkin berguna, penting untuk memastikan kefektifan dan keamanannya telah dievaluasi secara memadai, termsauk dengan uji klinis. Durasi dan intensitas intervensi harus sejalan dengan pedoman berbasis bukti. Tim multidisiplin harus mengintegrasikan intervensi berbeda yang dirancang untuk setiap pasien. Terdapat kebutuhan untuk merencanakan dan melaksanakan layanan perawatan untuk gangguan penggunaan napza menggunakan pendekatan yang disyaratkan untuk perawatan penyakit kronis ketimbang model pengobatan akut. Alasannya adalah perawatan dan pengobatan jangka panjang memiliki peluang lebih besar untuk mendorong ke arah hidup yang panjang dan sehat. Intervensi yang ada harus disesuaikan dengan situasi budaya dan keuangan negara tanpa merusak elemen inti yang diidentifikasi oleh ilmu pengetahuan sebagai hal penting untuk hasil yang efektif. Intervensi atau sistem perawatan tradisional mungkin unik untuk negara atau lingkungan tertentu dan mungkin memiliki bukti terbatas tentang keefektifannya di luar pengalaman pasien dan dokter mereka. Sistem seperti itu harus belajar dari dan mengadopsi sebanyak mungkin intervensi berbasis bukti yang ada ke dalam layanan mereka. Terdapat kebuthan untuk melakukan penelitian evaluasi secara formal untuk mengetahui apakah perawatan "tradisional" efektif dan/atau apakah risiko yang terkait dapat diterima.

Standar:

4.1 Alokasi sumber daya dalam perawatan gangguan penggunaan napza harus dipandu oleh bukti yang ada tentang efektivitas dan efektivitas biaya intervensi perawatan.

4.2 Berbagai intervensi perawatan berbasis bukti dengan intensitas yang berbeda harus dilakukan pada berbagai tingkat kesehatan dan sistem sosial dengan integrasi intervensi farmakologis dan psikososial yang tepat dalam kontinuum pengobatan.

4.3 Layanan perawatan harus sensitif gender dan diarahkan pada kebutuhan populasi yang mereka layani, dengan penghormatan kepada norma budaya dan keterlibatan pasien dalam rancangan, pelaksanaan dan evaluasi layanan.

4.4 Profesional kesehatan di layanan kesehatan primer harus dilatih dalam identifikasi penggunaan napza serta diagnosa dan pengelolaan gangguan yang paling lazim ditemui akibat penggunaan napza dan kondisi kesehatan terkait.

4.5 Perawatan gangguan penggunaan napza di layanan kesehatan primer harus didukung oleh layanan khusus dengan keterampilan dan kompetensi yang diperlukan, khususnya untuk perawatan gangguan penggunaan napza yang parah dan pasien dengan komorbiditas psikiatri dan kondisi kesehatan fisik.

4.6 Apabila memungkinkan, penyelenggaraan penyediaan layanan khusus untuk gangguan penggunaan napza harus bekerja dalam tim multidisiplin yang terlatih secara memadai dalam pemberian intervensi berbasis bukti dengan kompetensi di bidang kedokteran, psikiatri, psikologi klinis, keperawatan dan pekerjaan sosial dan konseling. Yang harus melibatkan orang-orang yang memiliki pengalaman penggunaan narkoba dan perawatan narkoba yang sedang menjalani pemulihan.

Unofficial Translation

4.7 Durasi perawatan harus ditentukan berdasarkan kebutuhan individu dan batas perawatan tidak boleh ditentukan sebelum perawatan dilakukan tanpa ada kemungkinan untuk dimodifikasi sesuai dengan kebutuhan klinis pasien.

4.8 Pelatihan profesional kesehatan dalam identifikasi, diagnosis, dan perawatan berbasis bukti untuk gangguan penggunaan napza harus dilakukan di berbagai tingkat pendidikan dan tercakup dalam kurikulum universitas dan program pendidikan berkelanjutan.

4.9 Pedoman, prosedur dan norma perawatan, harus diperbarui secara berkala untuk menyesuaikan dengan bukti-bukti baru mengenai efektivitas intervensi perawatan, pengetahuan tentang kebutuhan pasien dan pengguna layanan, dan hasil penelitian evaluasi.

4.10 Layanan perawatan harus berupaya mengukur kinerjanya terhadap standar kinerja yang diterapkan untuk layanan serupa.

4.11 Pengembangan cara perawatan baru harus dilakukan melalui proses uji klinis dan diawasi oleh komite etika untuk penelitian pada manusia yang memiliki kewenangan tersebut.

Prinsip 5: Menanggapi kebutuhan perawatan dan pengobatan khusus dari populasi tertentu

Deskripsi: Di dalam populasi yang lebih besar, eberapa subkelompok populasi individu dengan gangguan penggunaan napza memerlukan pertimbangan khusus dan seringkali juga memerlukan rawatan khusus yang disesuaikan. Kelompok dengan kebutuhan khusus ini mencakup, tetapi tidak terbatas pada, perempuan dan ibu hamil, anak-anak dan remaja, lansia, masyarakat adat, migran, pekerja seks, orang-orang dengan orientasi seksual dan identitas gender yang berbeda, penyandang disabilitas, orang-orang buta huruf dan mereka dengan pendidikan terbatas, orang-orang dengan kondisi kesehatan penyerta, individu yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana, dan semua orang yang tidak memiliki dukungan sosial seperti misalnya tuna wisma atau pengangguran. Bekerja dengan kelompok-kelompok khusus tersebut memerlukan perencanaan perawatan yang berbeda dan bersifat individual yang harus mempertimbangkan kerentanan dan kebutuhan unik mereka. Individu dengan gangguan penggunaan napza seringkali menghadapi stigma dan diskriminasi - yang mungkin lebih parah lagi untuk individu dari kelompok populasi dengan kebutuhan khusus.ertimbangan khusus perlu ditangani secara langsung di setiap layanan dalam seluruh rangkaian perawatan.

Anak-anak dan remaja tidak boleh dirawat di lokasi yang sama dengan pasien dewasa. Mereka harus dirawat di fasilitas yang mampu mengelola masalah lain yang dihadapi pasien dari kelompok seperti misalnya keselamatan dan perlindungan anak. Fasilitas ini harus pula mencakup konteks kesehatan, pembelajaran, dan kesejahteraan sosial yang lebih luas dalam kolaborasi dengan keluarga, sekolah, dan layanan sosial. Demikian pula, perempuan yang memasuki layanan perawatan harus menerima layanan khusus dan mungkin memerlukan perlindungan. Perempuan dengan gangguan penggunaan napza seringkali lebih rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan seksual, dan anak-anak mereka juga berisiko mengalami pengabaian dan kekerasan. Oleh karena itu, hubungan dengan lembaga sosial yang melindungi perempuan dan anak-anak sangat membantu. Perempuan mungkin membutuhkan perawatan yang berfokus pada perempuan di tempat khusus perempuan yang aman untuk mendapatkan hasil maksimal. Program perawatan untuk orang tua dengan gangguan penggunaan napza harus dapat mengenali dan mampu mengakomodasi kebutuhan anak-anak mereka. Penting untuk memberikan dukungan terkait pola asuh dan praktik pengasuhan anak yang baik selain pelatihan mengenai permasalahan seperti kesehatan seksual termasuk kontrasepsi.

Standar:

5.1 Penyediaan layanan dan protokol perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus mencerminkan kebutuhan kelompok-kelompok populasi khusus.

Unofficial Translation

5.2 Layanan khusus dan program perawatan harus tersedia bagi anak-anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza untuk mengatasi kebutuhan perawatan khusus yang terkait dengan kelompok. Layanan perawatan yang berbeda untuk anak-anak dan remaja harus sedapat mungkin disediakan untuk memastikan hasil perawatan terbaik.

5.3 Layanan dan intervensi perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan perempuan dan ibu hamil dalam semua aspek rancangan dan cara pelaksanaan layanan, termasuk lokasi, sumber daya manusia, pengembangan program, keramahan, dan konten anak.

5.4 Layanan perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan orang-orang dengan gangguan penggunaan napza dari kelompok minoritas dan mediator budaya dan juru bahasa harus tersedia kapan pun diperlukan untuk meminimalkan hambatan budaya dan bahasa.

5.5 Paket bantuan dan dukungan sosial harus diintegrasikan ke dalam program perawatan untuk orang-orang dengan gangguan penggunaan napza yang tidak memiliki dukungan sosial seperti misalnya tuna wisma dan pengangguran.

5.6 Layanan penjangkauan harus tersedia untuk menjalin kontak dengan orang-orang dengan gangguan penggunaan napza yang mungkin tidak mencari perawatan karena stigma dan marginalisasi.

5.7 Semua upaya harus dilakukan unutk mengurangi beban stigma dan diskriminasi yang dihadapi oleh orang-orang dengan gangguan mental dan penggunaan napza, termasuk melalui kampanye peningkatan kesadaran publik dan anti-stigma, penyebarluasan informasi yang benar mengenai gangguan penggunaan napza, mengurangi hambatan struktural untuk perawatan dan melaksanakan langkah-langkah untuk memperkuat percaya diri orang-orang dengan gangguan penggunaan napza.

Prinsip 6: Memastikan tata kelola klinis layanan dan program perawatan yang baik untuk gangguan penggunaan napza

Deskripsi: Layanan perawatan berkualitas dan efisien yang baik untuk gangguan penggunaan napza memerlukan metode tata kelola klinis yang akuntabel dan efektif. Kebijakan, program, prosedur, dan mekanisme koordinasi perawatan harus ditentukan sebelumnya dan diklarifikasi kepada semua anggota tim terapi, administrasi, dan populasi target. Organisasi layanan harus mencerminkan diterapkannya bukti penelitian yang tersedia saat ini dan responsif terhadap kebutuhan pengguna layanan. rang dengan gangguan penggunaan napza seringkali memiliki banyak gangguan psikososial dan kadang-kadang juga mengalami gangguan fisik sehingga seringkali sangat menantang untuk mengobati mereka, baik untuk staf sebagai individu maupun organisasi. Penyusutan staf yang bekerja di bidang ini memang diakui terjadi dan organisasi harus memiliki berbagai langkah untuk mendukung staf mereka dan mendorong penyediaan layanan berkualitas baik.

Standar:

6.1 Kebijakan perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus didasarkan pada prinsip-prinsip cakupan kesehatan universal yang konsisten dengan bukti terbaik yang tersedia dan dikembangkan dengan keterlibatan aktif dari pemangku kepentingan utama termasuk populasi target, anggota masyarakat (keluarga), dan organisasi non-pemerintah.

6.2 Kebijakan layanan tertulis dan protokol perawatan harus tersedia, diketahui oleh semua staf, dan memandu pemberian layanan dan intervensi perawatan.

6.3 Staf yang bekerja dalam layanan khusus untuk gangguan penggunaan napza harus memiliki kualifikasi yang memadai, dan menerima pelatihan, sertifikasi, dukungan, dan pengawasan klinis berbasis bukti

Unofficial Translation

yang terus menerus. Pengawasan klinis, pendampingan, dan bentuk-bentuk dukungan lainnya diperlukan untuk pencegahan kelelahan atau *burnout* di kalangan staf.

6.4 Kebijakan dan prosedur perekrutan staf dan pemantauan kinerja harus diartikulasikan dengan jelas dan diketahui semua orang.

6.5 Sumber pendanaan yang berkelanjutan harus tersedia dalam jumlah yang memadai dan mekanisme pengelolaan dan akuntabilitas keuangan yang tepat harus juga tersedia. Jika memungkinkan, sumber daya untuk pendidikan staf berkelanjutan serta untuk evaluasi kualitas dan kinerja layanan harus dimasukkan dalam anggaran yang relevan.

6.6 Layanan untuk perawatan gangguan penggunaan napza harus berjejaring dan terhubung dengan layanan kesehatan dan sosial umum dan khusus yang relevan untuk dapat memberikan rangkaian perawatan komprehensif kepada pasien mereka.

6.7 Sistem pencatatan yang memadai harus tersedia untuk memastikan akuntabilitas dan kesinambungan perawatan dan perawatan.

6.8 Program layanan, aturan dan prosedur harus direvisi secara berkala dan mekanisme umpan balik terus menerus, pemantauan, dan evaluasi harus dikembangkan (termasuk umpan balik dari pasien).

6.9 Pola penggunaan napza dan konsekuensi kesehatan serta komorbiditas terkait harus dipantau secara teratur dan hasilnya tersedia untuk membantu perencanaan dan tata kelola layanan perawatan.

Prinsip 7. Kebijakan, layanan, dan prosedur perawatan harus mendukung pendekatan perawatan terintegrasi dan hubungan dengan layanan pelengkap harus terus dipantau dan dievaluasi

Deskripsi: Sebagai tanggapan terhadap masalah kesehatan yang kompleks dan beragam, sistem perawatan yang komprehensif harus dikembangkan untuk memfasilitasi perawatani gangguan penggunaan napza dan masalah perawatan kesehatan terkait yang efektif. Tidak ada modalitas perawatan yang dengan sendirinya dapat secara memadai menangani semuanya. Oleh karenanya respon harus bersifat holistik dan disesuaikan dengan kebutuhan individu. Sepanjang memungkinkan, sistem perawatan harus mencakup dan tim koordinator harus melibatkan perawatan kesehatan psikiatris, psikologis dan jiwa, layanan sosial dan layanan lainnya (seperti tempat tinggal dan keterampilan/pekerjaan dan, jika perlu, bantuan hukum), serta perawatan kesehatan khusus ainnya (seperti layanan untuk HIV , HCV, TB dan kondisi kesehatan penyerta lainnnya). Sistem perawatan harus terus dipantau, dievaluasi, dan diadaptasi. erencanaan dan implementasi layanan multi-disiplin dalam urutan yang logis diperlukan secara langkah-demi-langkah yang menjamin kekuatan hubungan antara: kebijakan, penilaian kebutuhan, perencanaan perawatan, implementasi layanan, pemantauan layanan, evaluasi hasil dan peningkatan kualitas.

Standar:

7.1 Kebijakan dan rencana untuk pengembangan sistem perawatan untuk gangguan penggunaan napza harus mendukung pendekatan perawatan terindividualisasi, holistik dan terintegrasi dan juga keterkaitan dengan layanan pelengkap di dalam dan di luar sektor kesehatan.

7.2 Hubungan antara upaya-upaya untuk pencegahan penggunaan napza, rawatan gangguan penggunaan napza, dan pengurangan risiko kesehatan dan sosial dari penggunaan napza harus ditetapkan dan dilaksanakan.

Unofficial Translation

7.3 Hubungan antara masyarakat (termasuk keluarga, pengasuh, kelompok saling dukung dan bantu diri, kelompok agama dan masyarakat terkait), layanan sosial (seperti yang dilaksanakan di fasilitas pendidikan, olahraga dan rekreasional), sistem peradilan pidana dan layanan kesehatan dasar dan spesial harus ditetapkan dan dilaksanakan, dengan penghormatan penuh terhadap kerahasiaan data pasien.

7.4 Perencanaan sistem perawatan harus didasarkan pada estimasi dan deskripsi sifat dan tingkat masalah napza serta karakteristik populasi yang membutuhkan.

7.5 Peran lembaga-lembaga nasional, regional, dan lokal di berbagai sektor yang bertanggung jawab atas penyediaan perawatan untuk gangguan dan rehabilitasi penggunaan narkoba harus didefinisikan dan mekanisme untuk koordinasi yang efektif harus ditetapkan.

7.6 Standar kualitas untuk layanan perawatan gangguan penggunaan napza harus ditetapkan dan kepatuhan harus dipersyaratkan untuk akreditasi.

7.7 Setiap layanan harus memiliki mekanisme tata kelola klinis, pemantauan, dan evaluasi harus mencakup akuntabilitas klinis, pemantauan berkelanjutan terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasien, dan evaluasi eksternal secara berkala.

7.8 Informasi tentang jumlah, jenis, dan distribusi layanan yang tersedia dan digunakan dalam sistem perawatan harus dipantau untuk tujuan perencanaan dan pengembangan.

7.9 Informasi mengenai jumlah, jenis dan penyebaran layanan yang tersedia dan penggunaan sistem perawatan harus dipantau untuk keperluan perencanaan dan pengembangan.

Unofficial Translation

BAB 3

Sistem rawatan untuk gangguan penggunaan napza

3.1 Tingkatan sistem penyediaan layanan

Bab ini menyoroti karakteristik utama sistem rawatan efektif untuk gangguan penggunaan napza dan memberikan panduan terkait perencanaan layanan rawatan. Selain itu, bab ini juga mengusulkan kerangka kerja organisasi layanan kesehatan dan model perawatan.

Sistem nasional yang efektif untuk pengobatan gangguan penggunaan napza memerlukan respons yang terkoordinasi dan terintegrasi oleh banyak pelaku. Tujuannya adalah untuk memberikan layanan dan intervensi di berbagai *setting* dan menargetkan kelompok yang berbeda pada tahap yang berbeda dalam hal tingkat keparahan gangguan penggunaan napza dan kebutuhan tambahan mereka. Sistem kesehatan masyarakat, yang seringkali bekerja sama di bawah koordinasi erat dengan layanan sosial dan layanan masyarakat lainnya, merupakan sistem terbaik yang dapat ditunjuk untuk memimpin pemberian layanan rawatan yang efektif bagi orang dengan gangguan penggunaan napza. Di beberapa negara, sektor swasta memainkan peran penting dalam menyediakan rawatan bagi orang dengan gangguan penggunaan napza. Standar dan karakteristik yang disarankan mungkin akan berharga pula bagi layanan rawatan di sektor swasta.

Layanan rawatan harus:

- tersedia
- dapat diakses
- terjangkau
- berbasis bukti
- beragam.

Ketersediaan layanan rawatan mengacu pada keberadaan layanan berkelanjutan yang mampu merawat pasien dengan gangguan penggunaan napza.

Aksesibilitas layanan rawatan mengacu pada jangkauan atau ketersediaannya untuk seluruh populasi. Layanan rawatan harus berlokasi dan dekat dengan transportasi umum (termasuk di daerah pedesaan dan perkotaan), dengan jam operasional yang memungkinkan penyediaan layanan yang memadai. Faktor-faktor tertentu dalam perancangan layanan akan meningkatkan akses sub-kelompok yang membutuhkan rawatan gangguan penggunaan napza (seperti fasilitas penitipan anak untuk pasien yang memiliki anak). Selain itu, sikap terhadap kelompok populasi tertentu, atau faktor-faktor lain, tidak boleh menghalangi akses ke layanan.

Keterjangkauan layanan rawatan mengacu pada keterjangkauan baik dari sisi pasien maupun dari sisi sistem rawatan lokal. Layanan rawatan untuk gangguan penggunaan napza harus terjangkau untuk pasien dari berbagai kelompok sosial ekonomi dan tingkat pendapatan. Idealnya, rawatan untuk gangguan penggunaan napza harus disediakan secara gratis sehingga biaya tidak menjadi penghalang untuk menjalani rawatan. Selain itu, sistem rawatan untuk gangguan penggunaan napza perlu bersifat terjangkau untuk sistem kesehatan dan sistem sosial sehingga kedua sistem tersebut dapat mempertahankan keberlangsungan layanan rawatan.

Unofficial Translation

Intervensi rawatan harus didasarkan pada bukti ilmiah dan mengikuti pedoman berbasis bukti seperti halnya pengobatan dan perawatan gangguan kesehatan lainnya. Faktor ini merupakan faktor kunci untuk memastikan kualitas layanan rawatan yang baik.

Penting pula untuk melakukan diversifikasi layanan rawatan dengan tujuan memenuhi kebutuhan populasi target dan menawarkan berbagai pendekatan rawatan. Tidak ada pendekatan tunggal yang cocok untuk semua jenis, tingkat keparahan, atau tahapan gangguan penggunaan napza. Layanan harus menyediakan akses ke rawatan dan pemulihan untuk pasien dengan gangguan penggunaan napza serta intervensi berbasis masyarakat yang bertujuan mengurangi konsekuensi negatif kesehatan dan sosial akibat penggunaan narkoba. Oleh karena itu, beragam modalitas rawatan harus tersedia di berbagai *setting* (penjangkauan, rawat jalan, rawat inap, residensial) untuk mengatasi berbagai kebutuhan pasien dengan gangguan penggunaan narkoba dan zat lain secara memadai. Karena pemulihan tetap menjadi tujuan akhir dari semua layanan rawatan dan perawatan, layanan manajemen pemulihan yang berkelanjutan harus menjadi bagian integral dari sistem rawatan.

3.2 Organisasi sistem rawatan

Gangguan penggunaan napza dapat digambarkan sebagai suatu spektrum keparahan dan kompleksitas, mulai dari yang rendah hingga yang tinggi.

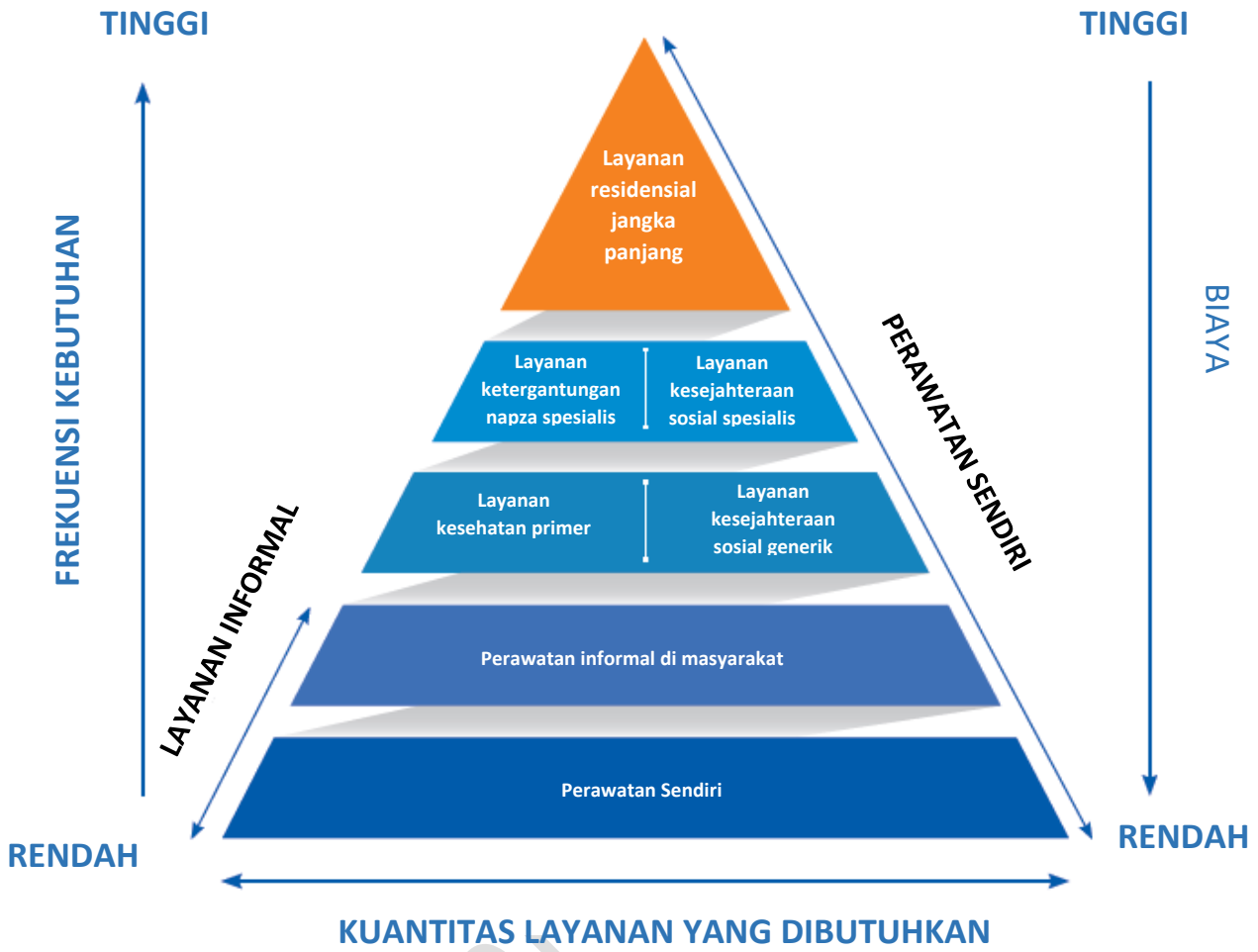
Dari perspektif anggaran publik, rawatan gangguan penggunaan napza berbasis bukti merupakan investasi yang cerdas, karena biaya untuk mengobati gangguan penggunaan napza jauh lebih rendah dibandingkan dengan biaya ketergantungan napza ang tidak diobati (UNODC dan WHO, 2008). Tingkat penghematan dari investasi ini dapat mencapai rasio lebih dari 12:1 dengan berkurangnya kejahatan terkait napza dan biaya peradilan pidana, penegakan hukum, dan rawatan kesehatan (NIDA, 2012).

Pihak yang bertanggung jawab untuk mengembangkan atau meninjau sistem rawatan komprehensif lokal untuk gangguan penggunaan napza, sesuai dengan Standar, disarankan untuk mengalokasikan sumber daya yang tersedia untuk menanggapi kebutuhan masyarakat secara optimal. Terdapat kebutuhan untuk mengembangkan sistem rawatan gangguan penggunaan napza yang sejalan dengan prinsip kesehatan masyarakat utama dengan memprioritaskan intervensi yang paling tidak invasif dengan tingkat efektivitas tertinggi dan biaya terendah untuk pasien.

Volume dan jenis layanan rawatan yang dibutuhkan oleh populasi harus masuk ke dalam pertimbangan dalam menentukan investasi dana publik. Biasanya, suatu daerah memiliki sejumlah pengguna napza yang hanya menggunakan napza sesekali dan sejumlah kecil pengguna yang telah mengalami gangguan penggunaan napza (dan sebagian kecil di antaranya akan memiliki gangguan penggunaan napza yang parah atau kompleks).

Seperti yang ditunjukkan dalam piramida organisasi layanan (Gambar 1), sebagian besar intervensi rawatan dibutuhkan pada tingkat intensitas yang lebih rendah. Intervensi efektif yang berintensitas rendah yang dilakukan di tingkat masyarakat atau *setting* non-spesialis (seperti skrining dan intervensi singkat) dapat mencegah klien terkena gangguan penggunaan napza yang lebih parah dan dapat diberikan oleh staf non-spesialis terlatih dengan biaya lebih rendah. Demikian pula, sebagian besar orang dengan gangguan penggunaan napza dapat dirawat secara efektif dalam pengaturan rawat jalan atau komunitas dibandingkan dengan dirawat di pengaturan rawat inap yang lebih intensif dan lebih mahal atau dalam jangka panjang.

Unofficial Translation



Gambar 1. Piramida organisasi layanan untuk rawatan dan perawatan gangguan penggunaan napza (UNODC, 2014) yang didasarkan pada Piramida Layanan Kesehatan Jiwa WHO (WHO, 2003)

Unofficial

Sistem rawatan yang dirancang sejalan dengan piramida pemberian layanan tersebut akan lebih hemat biaya. Namun, suatu sistem yang investasinya tidak dibuat secara proporsional dengan hanya menjalankan layanan rawatan berintensitas tinggi/berbiaya tinggi (di bagian atas piramida) saja, klien dengan tingkat keparahan rendah akan mungkin 'diperlakukan berlebihan' dalam layanan dan/atau sistem berintensitas tinggi dengan kapasitas keseluruhan yang terbatas. Kondisi ini merupakan akibat dari kurangnya alokasi dana untuk mengembangkan komponen-komponen lain dalam sistem komprehensif seperti yang dijelaskan dalam Standar. Rawatan rawat jalan untuk gangguan penggunaan napza pada umumnya tidak terlalu mengganggu kehidupan pasien dan lebih murah untuk sistem kesehatan jika dibandingkan dengan rawatan rawat inap dan residensial. Rawatan rawat jalan adalah pilihan pengaturan pertama yang direkomendasikan dari perspektif kesehatan masyarakat selama rawatan tersebut disediakan dengan pendekatan berbasis bukti dan dapat memenuhi kebutuhan pasien. Rawatan rawat inap dan residensial mungkin diperlukan berdasarkan penilaian individu untuk klien yang memiliki gangguan penggunaan napza yang lebih parah atau kompleks atau memiliki masalah sosial tambahan.

Ketidaksesuaian antara kisaran dalam keparahan gangguan penggunaan napza di populasi dan kisaran intensitas modalitas dalam sistem rawatan lokal mengarah pada distribusi sumber daya yang tidak efisien dan hasil yang minimal sehingga bukan merupakan investasi dana publik yang baik.

Kurangnya intervensi ambang batas intensitas rendah (seperti skrining dan intervensi singkat di tingkat layanan kesehatan primer atau layanan penjangkauan berbasis masyarakat) juga dapat memaksa pengguna napza untuk menghubungi layanan rawatan hanya ketika mereka mengalami gangguan penggunaan napza yang

parah. Namun, jika dukungan diberikan pada tahap awal gangguan yang mereka alamai, dukungan akan tidak terlalu intensif (dan lebih murah). Data menunjukkan bahwa praktisi laynan primer primer jarang melakukan skrining untuk gangguan penggunaan napza pada pasien mereka (Ernst, Miller dan Rollnick, 2007). Meskipun demikian, penyediaan skrining, intervensi singkat, dan rawatan di rangkaian layanan kesehatan primer merupakan hal yang layak dilakukan dan dapat membantu mengidentifikasi, mendukung, dan, jika perlu, merujuk orang dengan gangguan penggunaan napza sehingga akan membantu mengurangi biaya perawatan kesehatan.

3.2.1 Intervensi yang disarankan di tingkatan sistem yang berbeda-beda

Seperti yang diperlihatkan pada Tabel 1, berbagai intervensi harus tersedia untuk pasien guna memastikan kesinambungan rawatan dan perawatan.

Tabel 1. Intervensi yang disarankan untuk disediakan di tingkatan sistem yang berbeda-beda

Tingkatan sistem	Intervensi yang mungkin disediakan
Perawatan informal di tingkat masyarakat	• Intervensi penjangkauan • Kelompok dukungan (self-help) dan tata laksana pemulihan • Dukungan informal melalui teman dan keluarga
Layanan kesehatan primer	• Skrining, intervensi singkat, rujukan ke rawatan gangguan penggunaan napza khusus • Dukungan lanjutan bagi mereka yang sedang dalam rawatan/berkontak dengan layanan pengobatan napza khusus • Layanan kesehatan dasar, termasuk pertolongan pertama, tata laksana luka
Kesejahteraan sosial generik	• Perumahan/shelter • Makanan • Dukungan sosial tanpa syarat • Rujukan ke layanan rawatan napza khusus dan layanan kesehatan dan sosial lainnya sesuai kebutuhan
Layanan rawatan khusus (rawat jalan dan rawat inap)	• Penilaian • Perencanaan rawatan • Manajemen kasus • Detoksifikasi/tata laksana putus obat • Intervensi psikososial • Rawatan yang dibantu obat-obatan • Pencegahan relaps • Tata laksana pemulihan
Layanan perawatan kesehatan khusus lainnya	• Intervensi oleh spesialis di layanan kesehatan jiwa (termasuk layanan psikiater dan psikolog) • Intervensi oleh spesialis di bidang penyakit dalam, bedah, anak, kebidanan, ginekologi, dan layanan perawatan kesehatan khusus lain • Perawatan gigi

	• Pengobatan penyakit menular (termasuk HIV, Hepatitis C, dan tuberkulosis)
Layanan kesejahteraan sosial khusus untuk orang dengan gangguan penggunaan napza	• Dukungan keluarga dan reintegrasi • Program pelatihan/pendidikan kejuruan • Dukungan untuk memperoleh pendapatan/ mikro kredit • Perencanaan waktu luang • Layanan tata laksana pemulihan
Layanan residensial jangka panjang untuk orang dengan gangguan penggunaan napza	• Program residensial untuk menangani gangguan penggunaan napza parah atau kompleks dan kondisi komorbid • Perumahan • Pelatihan kejuruan • Lingkungan yang dilindungi • Pelatihan keterampilan hidup • Dukungan terapeutik yang terus menerus • Rujukan ke layanan rawat jalan/tata laksana pemulihan

3.3 Sistem perencanaan dan pendanaan rawatan

Keputusan mengenai alokasi sumber daya dan layanan yang ditawarkan di berbagai tingkatan sistem kesehatan dan sistem sosial sangat penting untuk perencanaan sistem rawatan gangguan penggunaan napza yang fungsional dan berkelanjutan.

Penilaian kebutuhan lokal dengan menggunakan data yang tersedia tentang permintaan obat, rawatan dan pemberian perawatan di berbagai tingkatan harus digunakan sebagai dasar informasi alokasi sumber daya dan desain sistem rawatan (UNODC, 2003).

Ketiadaan data atau sistem pengumpulan data yang sistematis tidak boleh menjadi hambatan utama untuk implementasi dan pemberian layanan rawatan gangguan penggunaan napza. Beberapa indikator penting, seperti indikator permintaan akan rawatan (pemanfaatan layanan untuk masalah napza) hanya dapat dikumpulkan secara efektif jika layanan rawatan gangguan penggunaan napza telah tersedia dan data pasien tersedia.

Pengembangan sistem informasi napza nasional yang fungsional mungkin memerlukan dukungan dari mitra di semua tingkatan dan dari berbagai sektor. Alasannya adalah bahwa diperlukan komponen teknis serta proses partisipatif untuk menetapkan kebijakan pemerintah terkait sistem informasi napza nasional dan observatori napza nasional.

Sistem rawatan untuk gangguan penggunaan napza sebaiknya tidak dipertimbangkan secara terpisah dari sistem kesehatan secara luas, sistem rawatan sosial, atau layanan lokal. Perancangan dan pemberian layanan kemungkinan akan dipengaruhi oleh dan terkait erat dengan layanan kesehatan dan sosial yang lebih luas. Perencanaan, perancangan, dan implementasi sistem rawatan dan pemulihan untuk gangguan penggunaan napza memerlukan keterlibatan berbagai pemangku kepentingan ,termasuk penyedia layanan kesehatan dan sosial pemerintah, sistem peradilan pidana dan kepolisian, pasien dan kelompok advokasi, LSM, serta kelompok masyarakat lainnya.

Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza adalah hambatan utama untuk mengakses rawatan. Perlu dilakukan segala upaya untuk meningkatkan kesadaran, mempromosikan sikap non-stigma, dan mengatasi diskriminasi struktural terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza. Untuk mencapainya, penting untuk menerapkan intervensi kebijakan yang komprehensif, berpusat pada klien dan seimbang; menghilangkan hambatan untuk mengakses rawatan; menghilangkan dan mencegah perlakuan atau hukuman yang tidak manusiawi atau merendahkan atas nama rawatan; memberikan rawatan yang lebih

Unofficial Transla

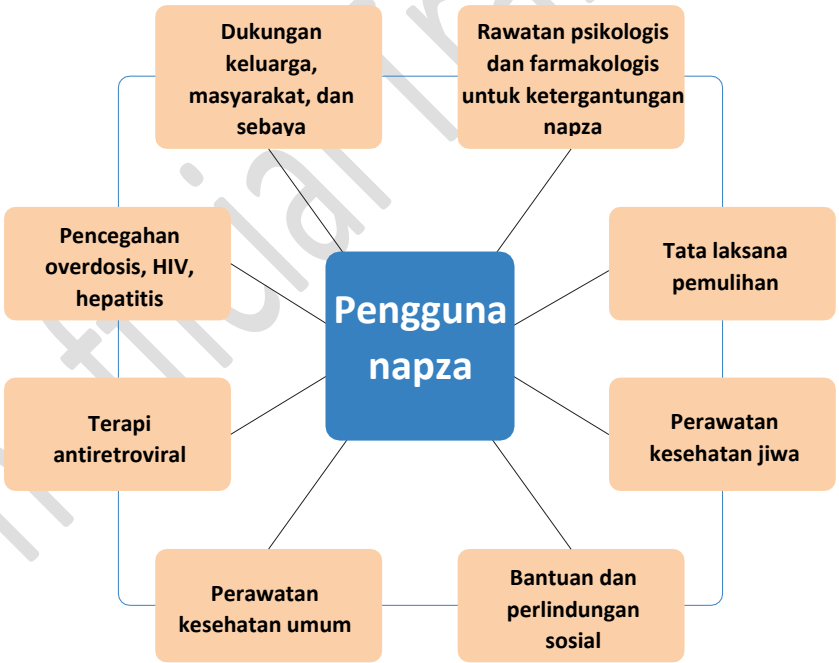
baik; meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang gangguan penggunaan narpza di masyarakat umum; dan meningkatkan pengetahuan pengambil keputusan dan kebijakan, profesional kesehatan dan pemangku kepentingan terkait lainnya. Intervensi yang bertujuan meningkatkan efikasi diri dan memberdayakan orang, misalnya melalui kelompok yang saling membantu, dapat mengurangi beban stigma terhadap diri (Livingston et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

3.4 Model organisasi layanan

Bagian ini menguraikan berbagai model organisasi layanan yang dapat diimplementasikan di tingaktan yang berbeda, bergantung pada kebutuhan masyarakat, organisasi layanan perawatan kesehatan dan rawatan sosial, kerangka kerja dan kebijakan legislatif, serta sumber daya. Model-model ini tidak eksklusif berdiri sendiri dan mungkin saja bertumpang tindih.

3.4.1 Pendekatan satu pintu

Mengingat beragam dan banyaknya kebutuhan orang dengan gangguan penggunaan napza, berbagai layanan medis dan sosial idealnya harus disediakan dalam satu fasilitas atau layanan dalam bentuk layanan yang dapat digambarkan sebagai "one-stop-shop" atau “layanan satu pintu” (Gambar 2). Penyampaian layanan terpadu tanpa hambatan aksesibilitas semacam ini mencakup berbagai layanan rawatan lengkap dan memberikan layanan rawatan ketergantungan napza yang etis dan komprehensif kepada orang yang menggunakan napza ketika dibutuhkan (Rapp et al., 2006).



Gambar 2. Pendekatan satu pintu

3.4.2 Pendekatan jejaring berbasis masyarakat

Jika layanan rawatan lokal tidak dapat mengintegrasikan semua modalitas dan intervensi berbasis bukti (seperti pendekatan satu pintu),Jejaring layanan rawatan dan perawatan yang terkoordinasi dan komprehensif perlu dikembangkan. Jejaring ini harus mencakup berbagai komponen sistem kesehatan dan rawatan sosial setempat. Pendekatan ini memposisikan layanan klinis rawatan gangguan penggunaan napza khusus sebagai

Unofficial translation

elemen inti tetapi menawarkan banyak layanan tambahan kota/komunal yang memiliki perspektif yang sama dan bekerja dalam koordinasi erat dengan mekanisme rujukan yang sudah mapan. Untuk memastikan akses, perlu untuk menempatkan layanan *entry-level* ambang rendah (seperti penjangkauan, drop-in) dengan mekanisme rujukan yang jelas untuk layanan rawatan gangguan napza klinis dan layanan sosial yang menyertainya.

Dalam pendekatan jejaring rawatan berbasis masyarakat (Gambar 3) kemitraan yang luas tidak hanya dibangun antara layanan yang berbeda dari sektor kesehatan dan sosial (termasuk rumah sakit setempat, layanan kesehatan primer dan rawatan sosial) tetapi juga dibangun dengan menyertakan pemangku kepentingan masyarakat lainnya (termasuk LSM dan kelompok dukungan/*self-help*). Untuk mengoordinasikan semua layanan yang diberikan, pengembangan pendekatan pengobatan berbasis masyarakat yang efektif dan memanfaatkan semua sumber daya yang sudah tersedia di masyarakat akan sangat membantu. Layanan rawatan obat berbasis masyarakat menawarkan pendekatan multifaktorial dan multisektoral untuk pengelolaan masalah terkait napza dan masalah kesehatan. Pendekatan semacam itu mendorong: penggunaan berbagai jalur menuju rawatan; tata laksana dan dukungan pemulihan; dan peningkatan kualitas hidup bagi seluruh masyarakat. Mitra dalam jejaringalayanan berbasis masyarakat perlu bekerja dalam suatu kolaborasi dan koordinasi yang erat untuk memberikan dukungan terbaik melalui strategi rujukan dan manajemen kasus yang efektif guna menjamin rawatan yang berkelanjutan. Jejaring rawatan gangguan napza berbasis masyarakat menyediakan berbagai titik masuk dengan ambang batas rendah dan memudahkan akses ke berbagai layanan rawatan dan perawatan.

Gambar 3. Model pendekatan jejaring rawatan berbasis masyarakat (UNODC, 2014)

Prinsip-prinsip utama dari rawatan dan perawatan gangguan napza berbasis masyarakat meliputi (UNODC, 2014):

- rangkaian perawatan dari mulai penjangkauan, dukungan dasar dan pengurangan dampak kesehatan dan konsekuensi sosial negatif yang terkait dengan rawatan gangguan penggunaan napzadan reintegrasi sosial, tanpa ada pintu yang salah untuk masuk ke dalam sistem
- kolaborasi erat antara masyarakat sipil, penegakan hukum/sistem peradilan pidana, sektor kesehatan dan perawatan sosial
- gangguan minimal terhadap hubungan sosial dan pekerjaan
- integrasi pengobatan gangguan penggunaan napza ke dalam layanan kesehatan dan sosial yang ada
- pemberian layanan di masyarakat - sedapat mungkin diakses oleh orang yang menggunakan napza
- keterlibatan dan pengembangan sumber daya dan aset masyarakat, termasuk keluarga
- partisipasi pengguna napza, orang yang terdampak oleh penggunaan napza atau ketergantungan obat, keluarga, dan masyarakat luas dalam perencanaan dan pemberian layanan
- penyediaan intervensi berbasis bukti dan peka gender
- informasi dan partisipasi sukarela dalam rawatan
- pendekatan komprehensif dengan perspektif pemulihan yang memperhitungkan berbagai kebutuhan (kesehatan, keluarga, pendidikan, pekerjaan, tempat tinggal)
- penerimaan bahwa kambuh atau relaps adalah bagian dari proses rawatan dan bahwa individu dapat mengakses kembali layanan rawatan
- menghormati hak asasi dan martabat manusia termasuk kerahasiaan
- mengatasi stigma dan diskriminasi yang terkait dengan gangguan penggunaan napza.

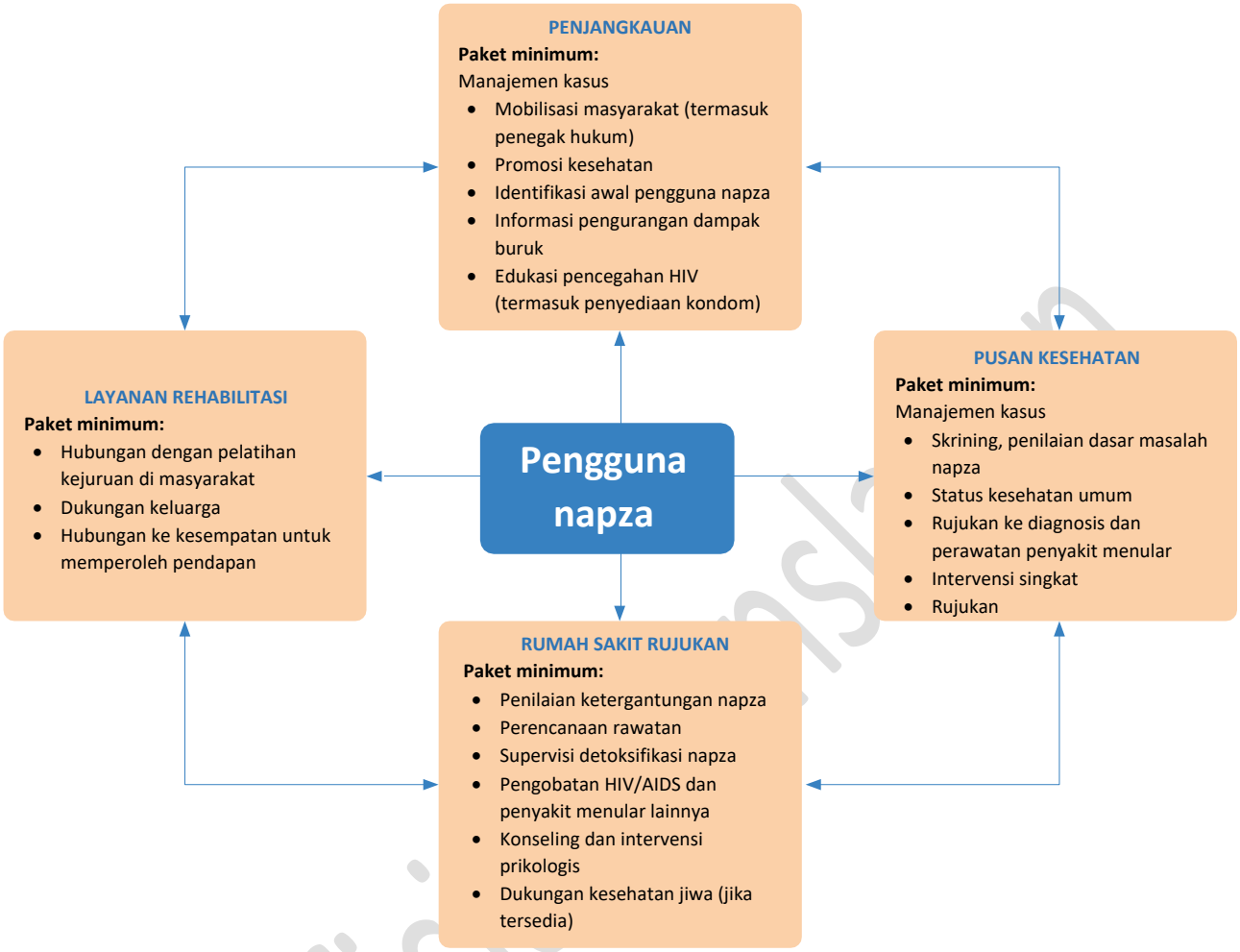
Layanan kesehatan seperti layanan kesehatan primer, rawatan gangguan napza khusus, rumah sakit dan klinik, serta layanan sosial adalah mitra utama dalam jejaring rawatan dan perawatan berbasis masyarakat. Selain itu, kemitraan yang lebih luas harus dibentuk dengan pemangku kepentingan masyarakat lainnya seperti:

- masyarakat sipil/LSM (termasuk yang menyediakan layanan penjangkauan, pelatihan kejuruan, kegiatan aftercare)
- polisi (termasuk dalam skrining, rujukan ke layanan kesehatan)
- sistem peradilan pidana (termasuk ketentuan terkait rawatan sebagai alternatif hukuman atau hukuman dan pemberian rawatan di lapas untuk gangguan penggunaan napza, dan mengatur layanan lanjutan di masyarakat untuk mereka yang telah dibebaskan dari lapas)
- organisasi profesional (termasuk yang memberikan dukungan hukum)
- perusahaan perdagangan dan jasa (seperti yang menciptakan peluang kejuruan)
- kelompok terorganisir dari pengguna napza dan pengguna dalam pemulihan (menyediakan kelompok dukungan/*self-help*)
- kelompok terorganisir yang mengidentifikasi diri mereka berdasarkan gender dan etnis
- lembaga pendidikan dan penelitian
- organisasi dan pemimpin pemuda
- organisasi spiritual/keagamaan (misalnya, mereka yang menawarkan tempat menginap)
- pemimpin spiritual dan komunitas
- asosiasi lingkungan
- anggota keluarga.

Untuk memastikan bahwa pasien terhubung dan dirujuk ke layanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka, penting bagi layanan dan sektor untuk mengoordinasikan perencanaan rawatan dan manajemen kasus mereka (UNODC, 2014). Manajer kasus harus bekerja dengan pasien, anggota tim rawatan dan layanan atau organisasi untuk memilih kombinasi terbaik dari intervensi dan dukungan. Manajer kasus juga harus memberikan penilaian berkelanjutan terhadap kemajuan pengobatan. Dengan cara ini, manajemen kasus memastikan bahwa jaringan rujukan dan layanan pendukung lainnya tetap dapat diakses dan bahwa sumber daya digunakan secara efisien. Bagan berikut (Gambar 4) menggambarkan sistem manajemen kasus yang difungsikan dari perspektif pengguna napza yang memasuki sistem rawatan. Tidak ada pintu yang salah untuk

Unofficial Translation

masuk ke sistem, karena berbagai layanan rawatan terhubung dan berkolaborasi, sehingga pasien dapat dirujuk ke fasilitas layanan yang sesuai dengan tingkat keparahan gangguan mereka dan kebutuhan mereka secara individu.



Gambar 4. Model manajemen kasus dan rawatan dan perawatan untuk pengguna napza dan mereka yang terdampak oleh gangguan penggunaan napza (UNODC, 2014)

3.4.3 Manajemen pemulihan berkelanjutan

Pemulihan dianggap sebagai "[...] proses dan pengalaman kontinum yang dilalui oleh individu, keluarga, dan masyarakat dengan memanfaatkan sumber daya internal dan eksternal untuk mengatasi gangguan penggunaan napza, secara aktif mengelola kerentanan berkelanjutan mereka terhadap gangguan tersebut, dan membangun hidup yang sehat, produktif dan bermakna."(Diadaptasi dari (White, 2007)). Dalam model ini, pemulihan adalah tujuan utama pada setiap tahap rangkaian rawatan, pada setiap tahap gangguan, dan di berbagai pengaturan/*setting* (lihat Tabel 1): dari mulai layanan penjangkauan berambang batas rendah hingga rawatan rawat inap atau residensial yang intensif. Pasien mungkin memerlukan berbagai layanan dan intervensi pada titik berbeda dalam perjalanan pemulihan mereka sehingga penting untuk memastikan kesinambungan layanan rawatan dan perawatan serta tata laksana pemulihan.

Layanan rawatan berdasarkan model tata laksana pemulihan berkelanjutan, seperti halnya layanan rawatan ketergantungan obat lain, tidak mencakup situasi darurat yang membahayakan jiwa, harus bersifat sukarela, dan bertujuan untuk meminimalkan gangguan bagi orang yang sedang menjalani rawatan. Meskipun pemulihan menjadi tujuan akhir rawatan, penting untuk mengenali bahwa gangguan penggunaan napza seringkali berjalan sebagai gangguan kronis dan kambuh, dan bahwa pasien mungkin berulang kali memerlukan jejaring layanan rawatan untuk dukungan yang memadai dan hasil pengobatan yang positif.

Layanan mungkin diterapkan secara luas dan berorientasi pada pemulihan dan intervensi di berbagai domain, dalam berbagai *setting,* dan pada berbagai tahap pengobatan gangguan penggunaan napza. UNODC telah menerbitkan dokumen praktik yang baik terkait tata laksana pemulihan berkelanjutan (UNODC, 2008b), yang memberikan contoh dari seluruh dunia serta memberikan panduan praktis terperinci. Dokumen ini mendefinisikan delapan domain modal pemulihan sebagai rekomendasi agar intervensi dipertimbangkan secara berkelanjutan (Gambar 5).

Gambar 5. Elemen utama rehabilitasi dan reintegrasi sosial berorientasi pemulihan (UNODC, 2008b)

3.5 Sistem rawatan efektif: kesimpulan

Sistem rawatan harus memastikan bahwa layanan rawatan untuk orang dengan gangguan penggunaan napza dapat diakses, terjangkau, berbasis bukti, beragam dan disampaikan dengan fokus pada peningkatan fungsi dan kesejahteraan menuju standar kesehatan tertinggi yang dapat dicapai.

Sumber daya sistem rawatan harus diinvestasikan di tempat yang paling dibutuhkan. Penting sekali untuk berfokus pada rawatan rawat jalan ambang batas rendah dan mudah diakses sebagai langkah pertama.

Sistem harus dikembangkan sejalan dengan prinsip kesehatan masyarakat utama dengan memprioritaskan intervensi yang paling tidak invasif dengan tingkat efektivitas tertinggi dan biaya terendah untuk pasien. Sistem rawatan harus menampilkan 'piramida' modalitas perawatan gangguan napza dengan intervensi yang lebih intensif disediakan untuk pasien dengan kebutuhan yang lebih parah atau kompleks.

Sistem rawatan yang efektif untuk gangguan penggunaan napza harus dirancang dan direncanakan menggunakan data yang tersedia yang dihasilkan dan disusun dalam ruang lingkup penilaian kebutuhan dan sistem informasi napza. Namun, kurangnya data tidak boleh menjadi alasan untuk menunda pelaksanaan dan pemberian layanan rawatan dan perawatan ketergantungan napza.

Unofficial Translation

Sistem informasi harus dibangun untuk memandu pengembangan sistem rawatan gangguan penggunaan narkoba dan gangguan penggunaan zat lainnya. Perkembangan tersebut harus mempertimbangkan prevalensi penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza di masyarakat serta hasil pemantauan fungsi sistem.

Berbagai model organisasi layanan dapat digunakan untuk memberikan rangkaian rawatan dan perawatan yang dapat diakses dan beragam untuk gangguan penggunaan napza. Penyediaan layanan yang efektif untuk orang dengan gangguan penggunaan napza memerlukan koordinasi yang erat antar berbagai sektor (kesehatan, sosial, peradilan, dll.).

Unofficial Translation

BAB 4

Pengaturan/*setting*, modalitas, dan intervensi rawatan

Tujuan bab ini adalah untuk memberikan tinjauan umum tentang pengaturan/*setting*, modalitas dan intervensi berbasis bukti yang tersedia untuk rawatan dalam menata laksana gangguan penggunaan napza dan kondisi kesehatan terkait.

Bagian 4.1 menjelaskan lima kelompok utama pengaturan/*setting* untuk menyediakan intervensi pencegahan dan rawatan, yaitu:

- penjangkauan berbasis komunitas
- pengaturan tidak khusus untuk pengobatan orang dengan gangguan penggunaan napza
- rawatan rawat jalan khusus
- rawatan rawat inap jangka pendek khusus
- perawatan khusus jangka panjang di residensial.

Bagian 4.2 memberikan rincian lebih lanjut tentang modalitas rawatan khusus dan intervensi yang dapat disampaikan dalam semua pengaturan/*setting* yang disebutkan di atas.

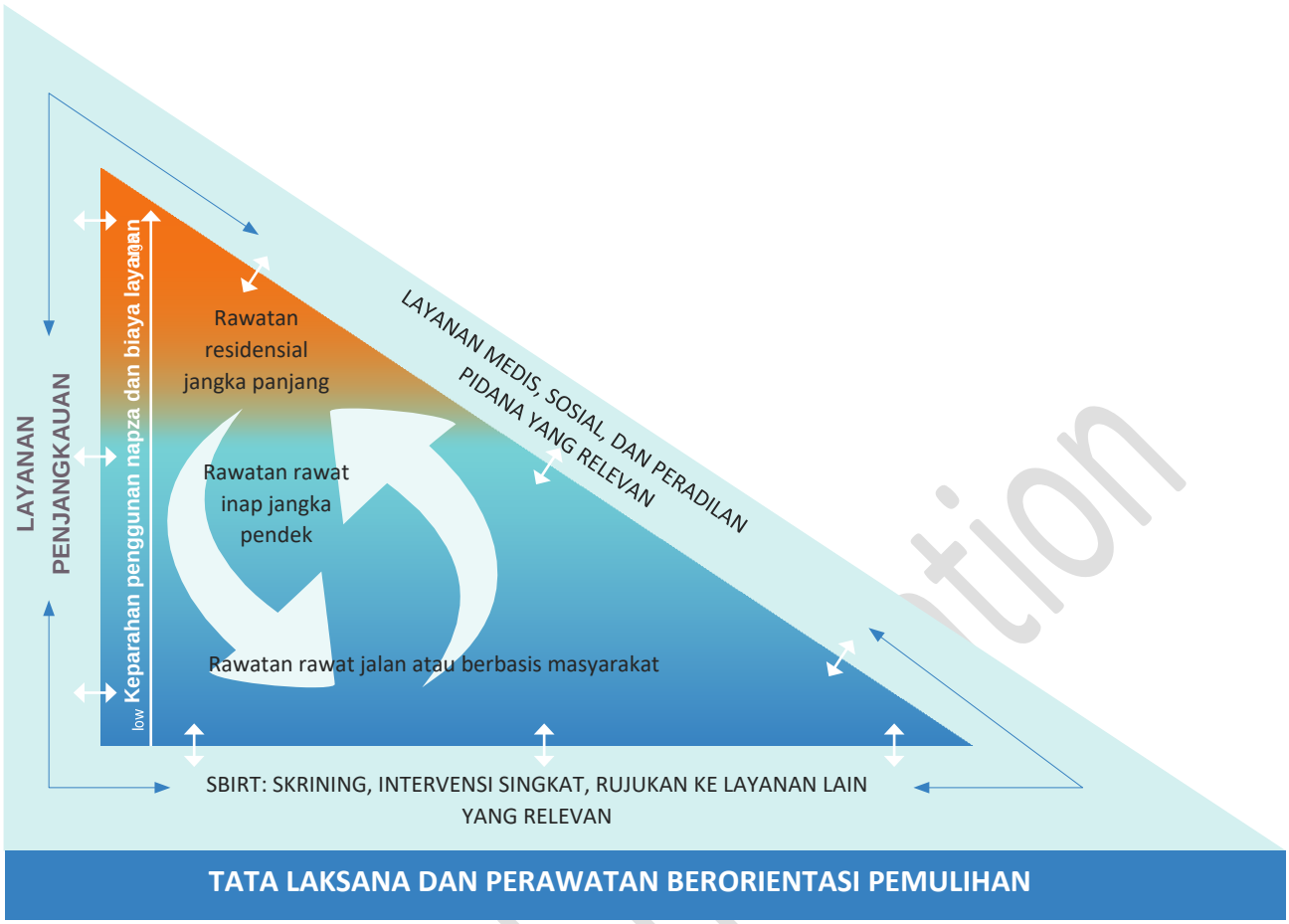
Modalitas dan intervensi ini meliputi:

- Skrining, Intervensi Singkat dan Rujukan ke Pengobatan (*Screening, Brief Intervention, and Referals to Treatment,* SBIRT)
- intervensi psikososial berbasis bukti
- intervensi farmakologis berbasis bukti
- identifikasi dan tata laksana overdosis
- pengobatan gangguan kondisi kejiwaan dan kesehatan fisik.

Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2, pengobatan yang efektif untuk gangguan penggunaan napza memerlukan pendekatan bertahap dan terintegrasi. Orang dengan gangguan penggunaan napza memerlukan rawatan berkesinambungan sntara semua pengaturan/*setting* rawatan dan modalitas untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka (lihat bagian 4.2 dan 4.2.6 untuk rincian lebih lanjut tentang intervensi dan tata laksana pemulihan).

Kelompok populasi tertentu dengan kebutuhan spesifik mungkin memerlukan rawatan dan perawatan khusus. Kebutuhan ini mencakup kebutuhan yang berkaitan dengan: obat psikoaktif tertentu atau kombinasinya; kesehatan orang dengan kondisi kesehatan komorbiditas seperti HIV atau gangguan jiwa dan penyandang disabilitascacat; kelompok umur tertentu (seperti anak-anak, remaja dan orang tua) dan jenis kelamin tertentu (perempuan dan ibu hamil); orang-orang dengan orientasi seksual dan identitas gender yang berbeda; orang dengan masalah sosial (seperti tunawisma, terpinggirkan secara sosial, hidup dalam kemiskinan, buta huruf dan mereka yang berpendidikan terbatas); orang yang tinggal di daerah terpencil dan pedesaan; etnis minoritas, pengungsi dan migran; pekerja seks; dan orang-orang yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana. Bab 5 menjelaskan secara rinci pertimbangan khusus dalam memberikan rawatan dan perawatan untuk populasi atau kelompok tertentu dengan kebutuhan khusus.

Unofficial Translation



Gambar 6. Model sistem rawatan yang efektif dan terintegrasi untuk layanan dan modalitas yang relevan

4.1 Pengaturan/*setting* rawatan

4.1.1 Penjangkauan berbasis masyarakat

Deskripsi

Kegiatan penjangkauan adalah komponen penting dari sistem rawatan komprehensif untuk gangguan penggunaan napza. Biasanya, waktu telah berjalan selama bertahun-tahun sejak individu mulai mengalami gangguan penggunaan napza dan waktu ketika individu tersebut mencari pengobatan. Selama jangka waktu itulah kegiatan penjangkauan secara proaktif mengontak dengan dan memotivasi individu yang menggunakan napza untuk menemui profesional perawatan kesehatan. Tujuannya adalah untuk meminimalkan waktu antara timbulnya gangguan dan dimulainya rawatan, sehingga efek kesehatan dan sosial negatif dari penggunaan napza dapat dikurangi. Layanan penjangkauan berbasis masyarakat juga menarget individu yang terdampak oleh penggunaan napza orang lain (termasuk penggunaan oleh pasangan seksual dan teman berbagi jarum). Petugas penjangkauan seringkali berasal dari komunitas lokal. Karena petugas penjangkauan bergaul atau berasal dari komunitas yang mereka layani, ia mengetahui subkultur penggunaan napza setempat dan sumber daya yang tersedia di tingkat masyarakat. Memang, mereka sendiri mungkin orang-orang yang sebelumnya atau sesekali menggunakan napza. Bekerja di luar fasilitas rawatan terstruktur dan fasilitas kelembagaan perawatan kesehatan, petugas penjangkauan menjalin hubungan informal dan tanpa syarat untuk mendukung orang yang menggunakan napza. Pendekatan ini membantu membangun ikatan positif antara petugas penjangkauan dan pengguna napza. Dengan demikian, ia menyediakan akses yang lebih mudah ke layanan kesehatan dan sosial dasar serta layanan rawatan khusus yang tersedia untuk gangguan penggunaan napza. Orang yang menggunakan napza menjadi lebih termotivasi untuk menggunakan layanan

perawatan kesehatan dan layanan sosial, termasuk rawatan untuk gangguan penggunaan napza. Motivasi ini ditimbulkan oleh pengalaman baru dan positif dari interaksi antara individu dan petugas penjangkauan yang sangat kontras dengan pengalaman sebelumnya yang ditandai oleh pengucilan sosial, ketidakberdayaan, dan keputusasaan. Kuatnya stigma yang dikaitkan dengan penggunaan napza dapat membuat orang yang menggunakan napza tidak mengetahui pilihan pengobatan yang tersedia. Stigma juga dapat menghalangi akses mereka ke rawatan melalui layanan medis dan sosial tradisional. Petugas penjangkauan memainkan peran penting dalam mengedukasi orang yang menggunakan napza tentang layanan rawatan. Petugas ini membantu melindungi kesehatan, menghilangkan hambatan untuk mengakses layanan sosial, dan memperkenalkan orang dengan gangguan penggunaan napza ke rawatan.

Petugas penjangkauan mengakui adanya pengaruh jejaring sosial terhadap individu dengan gangguan penggunaan napza. Selain itu, mereka mengakui pentingnya jejaring tersebut dalam menentukan hasil kesehatan dan sosial, serta menggunakannya untuk memengaruhi dan mempromosikan perilaku sehat. Banyak model penjangkauan menggunakan campuran intervensi individu dan intervensi berbasis jaringan.

Populasi target

Kegiatan penjangkauan terutama menargetkan individu yang terlibat dalam perilaku penggunaan napza berisiko tinggi (seperti menyuntik atau menggunakan banyak jenis napza/polydrug) yang sering dikaitkan dengan gangguan penggunaan napza, terutama di komunitas yang sulit dijangkau, dan yang mungkin kurang memiliki akses ke layanan perawatan kesehatan dan layanan sosial, termasuk:

- orang yang tidak memiliki akses ke layanan kesehatan karena kemiskinan yang ekstrim, pengucilan sosial, dan diskriminasi;
- orang yang tidak menyadari penggunaan napza dan gangguan terkait penggunaan napza sebagai masalah, atau tidak termotivasi untuk mendapatkan rawatan atau menjauhkan diri dari atau mengurangi penggunaan napza mereka;
- orang dengan riwayat pengobatan yang tidak berhasil dan kambuh atau relaps berulang kali sehingga putus asa dan menjadi curiga terhadap layanan rawatan;
- populasi tersembunyi dari pengguna napza, seperti perempuan, pekerja seks, imigran ilegal, dan orang-orang yang tinggal di daerah terpencil;
- orang-orang yang terlibat dalam perilaku berisiko tinggi seperti berbagi jarum suntik atau hubungan seks tanpa kondom, yang terkait dengan penggunaan napza; dan
- orang-orang muda yang terpapar obat-obatan sintetis dan tidak menyadari kemungkinan dampak penggunaan napza pada kesehatan mereka.

Tujuan

Penjangkauan berbasis masyarakat bertujuan untuk mengidentifikasi populasi sasaran, melibatkan mereka, dan memberikan layanan dan intervensi berbasis masyarakat tanpa syarat kepada mereka termasuk intervensi pengurangan dampak buruk. Penjangkauan juga bertujuan untuk menawarkan dan mendorong akses ke modalitas rawatan yang tersedia. Petugasan penjangkauan dimungkinkan untuk bekerja di komunitas mana pun, termasuk komunitas “virtual” online.

Pertama dan terpenting, penjangkauan bekerja untuk menjalin kontak dengan dan memberikan layanan kepada kelompok target populasi pengguna napza. Penjangkauan berupaya menciptakan lingkungan yang ramah dan bersahabat untuk membantu individu yang membutuhkan mengatasi kekhawatiran mereka dan kurangnya kepercayaan di kalangan mereka.

Pada tahap selanjutnya, petugas penjangkauan dapat mulai menangani kebutuhan kesehatan dan sosial orang yang menggunakan napza dan membantu mencegah dampak yang merugikan, seperti overdosis, infeksi, pelecehan interpersonal dan fisik, eksploitasi seksual, kecelakaan, kelaparan, tunawisma, dan keterlibatan dalam kegiatan kriminal. Inisiatif untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan orang yang menggunakan napza dalam perspektif kesehatan masyarakat selalu diperluas untuk mencakup kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas.

Unofficial translation

Seiring waktu, petugas penjangkauan mungkin dapat memotivasi orang yang menggunakan napza untuk mulai membuat perubahan positif mengenai penggunaan napza dan perilaku kesehatan mereka dan secara sukarela berpartisipasi dalam kegiatan tawatan. Namun, membuat orang terlibat dalam rawatan untuk gangguan penggunaan napza bukanlah fokus utama atau satu-satunya dari penjangkauan.

Layanan penjangkauan memiliki posisi yang baik untuk memulihkan hubungan antara populasi yang target dan masyarakat, yaitu dengan membangun kepercayaan dalam komunitas, mengurangi stigma dan sikap diskriminatif terhadap kelompok sasaran, dan pada akhirnya mencapai dampak positif secara keseluruhan pada masyarakat.

Model dan komponen

Beberapa model dan jenis intervensi penjangkauan telah dikembangkan. Secara umum, keragaman strategi penjangkauan mencerminkan peluang untuk mencapai populasi sasaran dan menyediakan layanan kepada mereka. Keragaman juga memungkinkan dilakukan penentuan kegiatan penjangkauan mana yang mungkin mencapai hasil optimal dan untuk memilih kombinasi strategi penjangkauan yang paling saling melengkapi.

Program penjangkauan sangat bervariasi bergantung pada situasi setempat tetapi biasanya layanan inti berikut harus tersedia berdasarkan penilaian lokal sebelumnya:

- informasi dan kaitan dengan layanan yang melayani kebutuhan dasar (keselamatan, air, makanan, tempat tinggal, kebersihan, dan pakaian);
- program jarum dan jarum suntik;
- program distribusi kondom;
- pencegahan, identifikasi, dan tata laksana overdosis, termasuk nalokson yang dapat dibawa pulang;
- tes dan konseling HIV/hepatitis sukarela;
- informasi tentang dan kaitan (link) dengan layanan yang menyediakan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan HIV/AIDS;
- informasi tentang dan kaitan (link) dengan layanan yang menyediakan vaksinasi (untuk hepatitis B), pencegahan, diagnosis, dan pengobatan hepatitis virus;
- informasi tentang dan kaitan (link) dengan layanan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan untuk infeksi menular seksual dan TB;
- informasi yang ditargetkan, edukasi, dan komunikasi, untuk pengguna napza dan pasangan seksual mereka tentang efek napza, risiko terkait dengan penggunaan napza serta pendekatan untuk meminimalkan bahaya kesehatan dan sosial akibat penggunaan napza;
- informasi dan akses ke kelompok yang saling membantu (seperti Narcotics Anonymous, Nar-Anon, Cocaine Anonymous dan kelompok-kelompok lain yang didorong oleh sebaya dan saling mendukung);
- kegiatan anti-stigma, peningkatan kesadaran dan promosi di masyarakat;
- skrining dan intervensi singkat penggunaan napza;
- konseling dasar;
- informasi dan akses ke layanan medis dasar (seperti tata laksana luka) dan dukungan sosial (termasuk makanan, kebersihan, dan tempat tinggal);
- intervensi krisis;
- dukungan hukum;
- rujukan ke modalitas rawatan dan perawatan lainnya dan layanan tata laksana pemulihan; dan
- rujukan ke layanan kesehatan dan sosial lainnya, sesuai kebutuhan.

Bagi orang yang menyuntikkan napza, publikasi WHO, UNODC, dan UNAIDS, Panduan teknis bagi negara-negara untuk menetapkan target akses universal ke pencegahan, perawatan, dan pengobatan HIV untuk pengguna napza suntik (*Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment, and care for injecting drug users*) yang awalnya diterbitkan pada tahun 2009, menawarkan deskripsi intervensi berbasis bukti untuk mencegah HIV dan infeksi tertentu lainnya yang terkait dengan penggunaan napza suntik, serta untuk meningkatkan akses ke perawatan dan pengobatan HIV.

Unofficial Translation

Tiga jenis penjangkauan utama telah diidentifikasi: penjangkauan terpisah, penjangkauan bergerak (*peripatetic*), dan penjangkauan domisiliar.

Penjangkauan terpisah adalah pekerjaan penjangkauan yang dilakukan di luar lembaga mana pun, seperti penjangkauan di jalanan, di bar, klub, tempat tinggal ilegal, atau stasiun kereta api. Penjangkauan ini sebagian besar bersifat mobile dan dapat dilakukan dengan berjalan kaki atau menggunakan kendaraan yang telah ditentukan.

Penjangkauan domisiliar adalah penjangkauan yang dilakukan di rumah-rumah populasi target. Penjangkauan jenis ini penting untuk daerah yang tidak memiliki titik penggunana napza di jalanan, atau di daerah yang pengguna napzanya menggunakan napza secara terisolasi dari komunitas mereka karena stigma dan diskriminasi. Penjangkauan domisiliar melibatkan kunjungan rutin ke rumah-rumah pengguna napza.

Penjangkauan bergerak (*peripatetic*) adalah penjangkauan yang dilakukan di lingkungan: tempat orang sudah mengakses beberapa layanan (seperti program pertukaran jarum suntik), atau; di tempat yang sangat mungkin didatangi populasi sasaran (misalnya lapas, lokalisasi, tempat penampungan bagi tunawisma atau proyek perumahan). Alih-alih berfokus pada individu, penjangkauan bergerak berfokus pada organisasi dan tempat populasi target dapat ditemukan. Penjangkauan bergerak menekankan pada perluasan jangkauan orang yang menerima pesan edukasi kesehatan, dan pada pelatihan untuk lebih banyak petugas dan staf sehingga mereka dapat memberikan edukasi dan penjangkauan kepada klien mereka.

Intervensi penjangkauan biasanya disampaikan oleh unit penjangkauan *mobile,* yaitu tim yang beroperasi dari mobil van atau kendaraan lainnya, yang memungkinkan petugas memberikan layanan kepada kelompok individu yang lebih luas, terutama di lokasi pedesaan dan daerah pinggiran kota besar.

Drop-in center dapat mengakomodasi penjangkauan dan/atau layanan dengan ambang batas rendah di masyarakat. Drop-in centre menyediakan layanan yang dapat diakses dan berkelanjutan, dan seringkali tersedia sepanjang malam, untuk pengguna napza yang dikontak melalui penjangkauan terpisah. Drop-in center memenuhi kebutuhan dasar, seperti makanan, pakaian, kebersihan pribadi, dan tempat tinggal. *Drop-in center* juga dapat memberikan informasi perawatan kesehatan dan rujukan, tes HIV/hepatitis, layanan hukum, dukungan sosial dasar, dan layanan tambahan lainnya.

Petugas penjangkauan harus terbiasa dengan komunitas lokal yang mereka layani dan mendapat manfaat dari layanan kesehatan dan sosial itu sendiri. Mereka membutuhkan pelatihan yang memadai dalam:

- membangun kepercayaan dan memberikan informasi yang akurat untuk pengguna napza;
- mengenali dan merespons situasi krisis;
- Tes dan konseling HIV/hepatitis;
- memberikan dukungan untuk:
    - identifikasi dan pengelolaan overdosis;
    - pencegahan dan pengobatan HIV, TB, dan hepatitis virus;
    - pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual; dan
    - identifikasi dan pengelolaan kondisi kesehatan lainnya, termasuk gangguan jiwa dan perilaku bunuh diri;
- menyediakan akses ke layanan perawatan kesehatan dan sosial di masyarakat;
- meningkatkan kesadaran di masyarakat dan mencegah stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza;
- interaksi dengan penegak hukum dan sistem peradilan pidana; dan
- mengelola dokumentasi.

Sebuah program penjangkauan yang efektif bersifat fleksibel, adaptif dan sensitif terhadap kebutuhan individu dan kelompok populasi (bergantung antara lain pada pola penggunaan napza, usia, jenis kelamin dan situasi sosial). Program ini menjamin kerahasiaan orang yang terlibat dalam kegiatannya. Selain itu, program memiliki pernyataan misi yang jelas, mekanisme untuk pemantauan dan evaluasi, serta dokumentasi yang jelas dan relevan.

Unofficial Translation

Persyaratan utama untuk penjangkauan berbasis masyarakat

- Harus ada strategi untuk mengidentifikasi orang-orang di komunitas atau di ruang publik yang membutuhkan penjangkauan atau intervensi rawatan.
- Harus ada kesepakatan antara staf kesehatan dan penegak hukum serta saling pengertian tentang manfaat penjangkauan.
- Intervensi penjangkauan inti (lihat di atas) harus tersedia.
- Intervensi awal untuk gangguan penggunaan napza dan masalah terkait harus dipromosikan.
- Intervensi awal harus dipromosikan di kelompok populasi dengan kebutuhan khusus (termasuk perempuan hamil, individu yang terlibat dalam pekerjaan seks, remaja dan orang-orang yang kehilangan tempat tinggal, dll.).
- Informasi tentang layanan rawatan yang tersedia harus disebarluaskan kepada individu. Informasi mengenai layanan yang merupakan titik kontak awal untuk pasien potensial juga perlu disebarluaskan.
- Petugas penjangkauan harus mempromosikan akses sukarela ke pengobatan (dengan persetujuan pasien) untuk gangguan penggunaan napza.
- Prosedur harus ada untuk mendukung anggota keluarga dan masyarakat dalam membantu melibatkan individu dengan gangguan penggunaan napza dalam program rawatan.
- Catatan rujukan lanjutan harus disimpan untuk memastikan kesinambungan perawatan.
- Petugas penjangkauan sebaya harus dipekerjakan secara resmi dan diberikan semua dukungan yang diperlukan.
- Layanan penjangkauan harus memenuhi standar keselamatan yang diterima serta memiliki kebijakan untuk kondisi kerja yang aman dan pengelolaan situasi yang tidak aman.
- Intervensi perawatan khusus (seperti intervensi medis, pemberian obat-obatan, konseling psikologis atau psikoterapi) harus selalu diberikan oleh personel dengan kualifikasi dan lisensi yang relevan.
- Penjangkauan berbasis masyarakat harus menjalin hubungan dan bekerja secara aktif dengan masyarakat dan pemangku kepentingan di luar sektor kesehatan, termasuk antara lain kelompok masyarakat sipil dan LSM yang melakukan intervensi terkait penggunaan napza; kelompok dukungan sebaya pemimpin spiritual dan masyarakat; fasilitas dan organisasi pendidikan, olahraga dan rekreasi; serta sistem peradilan pidana.

4.1.2 Pengaturan/*setting* yang tidak dikhususkan untuk rawatan orang dengan gangguan penggunaan zat

Deskripsi

Pengaturan/*setting* ini adalah pengaturan/*setting* yang memainkan peran dalam skrining untuk, mengidentifikasi, mencegah dan mengobati gangguan penggunaan napza, serta dalam intervensi singkat dan rujukan ke pengobatan, tetapi yang tidak dirancang atau ditunjuk untuk penyediaan rawatan khusus untuk gangguan penggunaan napza.Pengaturan ini mencakup pengaturan kesehatan seperti layanan kesehatan primer, perawatan darurat, rumah sakit umum, perawatan antenatal, layanan kesejahteraan sosial, layanan kesehatan sekolah, layanan kesehatan lapas, dan beberapa fasilitas kesehatan jiwa. Skriningdan intervensi singkat dapat diimplementasikan secara cepat dan efisien dari segi biaya sehingga tidak terlalu menganggu penyediaan layanan lain.

Populasi target

Populasi target mencakup pengguna napza, di antaranya adalah mereka yang mengalami efek samping atau telah mengembangkan gangguan penggunaan napza tetapi tidak dirawat oleh layanan rawatan kesehatan khusus. Pengaturan semacam itu cocok untuk pengguna napza atau yang memiliki gangguan penggunaan napza, termasuk mereka yang memiliki pola penggunaan napza yang berbahaya. Orang dengan ketergantungan obat mungkin perlu rujukan ke rawatan yang lebih komprehensif dalam layanan khusus. Namun, banyak orang dengan kelainan yang disebabkan oleh penggunaan napza dapat menerima

Unofficial Translation

rawatan yang sesuai dalam *setting* yang tidak khusus, dengan dukungan dari layanan khusus untuk rawatan gangguan penggunaan napza kapan pun diperlukan.

Tujuan

Dalam hal penggunaan napza, tujuan utama dari *setting* ini adalah untuk mengidentifikasi pengguna napza dan mereka yang memiliki gangguan penggunaan napza di waktu yang tepat, memberikan intervensi untuk mendorong perubahan perilaku kepada mereka, dan merujuk mereka ke rawatan khusus, sesuai kebutuhan. Untuk orang-orang yang dinyatakan positif menggunakan napza, mungkin tepat dan efektif untuk melakukan intervensi singkat dengan cara yang tidak menghakimi dan cara yang memotivasi. Skrining juga dapat membantu mengidentifikasi individu dengan gangguan penggunaan napza. Intervensi awal dapat mencegah komplikasi dan perkembangan ke tahap lanjut dari gangguan penggunaan napza yang pada akhirnya dapat memerlukan penilaian yang lebih komprehensif serta rawatan khusus. Pengaturan non-spesialis dapat diposisikan dengan baik untuk menyediakan rawatanuntuk gangguan penggunaan napza, termasuk perawatan farmakologis seperti terapi rumatan agonis opioid untuk ketergantungan opioid. Perawatan semacam ini membutuhkan pelatihan staf klinis yang tepat dan dukungan layanan rawatan khusus. Dalam ketiadaan layanan kesehatan yang dirancang dan ditunjuk untuk rawatan gangguan penggunaan napza, fasilitas rawatan non-spesialis dapat berfungsi sebagai pengaturan rawatan utama untuk gangguan penggunaan napza.

Model dan komponen

Secara umum, skrining, intervensi singkat, dan rujukan ke pengobatan (SBIRT) adalah pendekatan utama yang digunakan di *setting* kesehatan yang tidak mengkhususkan diri dalam rawatangangguan penggunaan napza. Lihat bagian 4.2.1 untuk rincian lebih lanjut tentang SBIRT. Skrining sistematis pada semua klien direkomendasikan dalam pengaturan klinis dengan prevalensi penggunaan zat psikoaktif yang tinggi di antara klien. Pengaturan/*setting* ini mungkin termasuk:

- pengaturan layanan kesehatan primer di daerah yang kurang baik secara ekonomi
- layanan kesehatan jiwa tanpa program rawatan khusus untuk gangguan penggunaan napza
- rumah sakit umum, termasuk layanan darurat
- klinik kesehatan seksual
- klinik penyakit menular, layanan HIV/hepatitis/TB
- layanan sosial dan lembaga kesejahteraan, termasuk layanan untuk orang-orang yang:
    - mengalami kondisi tempat tinggal yang tidak aman
    - tinggal dan bekerja di jalan
    - sedang dalam masa transisi dari satu instituso ke institusi lain, dan
    - Berhadapan dengan sistem peradilan pidana.

Pengaturan/*setting* lain mungkin memerlukan skrining oportunistik berdasarkan fitur kesehatan atau sosial tertentu yang terkait dengan penggunaan napza atau peningkatan kemungkinan penggunaan napza.

Metrik kinerja untuk SBIRT dapat mencakup: tingkat skrining yang diselesaikan oleh setiap orang yang terlatih dalam fasilitas; proporsi pasien yang diskrining positif (jumlah skrining positif yang tinggi atau rendah dapat menunjukkan masalah); proporsi pasien yang diskrining positif dan menerima setidaknya satu sesi intervensi singkat; proporsi pasien yang diskrining positif dan menerima penilaian diagnostik dan rujukan ke rawatan; dan proporsi pasien yang dirujuk ke rawatan yang memulai perawatan.

Pengaturan rawatan non-spesialis dapat memainkan peran penting dalam memberikan perawatan farmakologis dan psikososial untuk gangguan penggunaan napza. Kondisi ini teruatama berlaku ketika upaya untuk mengembangkan respons layanan kesehatan terhadap gangguan penggunaan napza berkonsentrasi pada kapasitas layanan kesehatan primer untuk mengatasi gangguan penggunaan napza dan penggunaan napza. Dukungan dari layanan khusus kemudian dibangun pada tahap selanjutnya. Banyak pasien dengan gangguan penggunaan napza dapat menerima perawatan yang sesuai dalam pengaturan non-spesialis dengan biaya keseluruhan yang lebih rendah untuk sistem kesehatan dan klien. Penting sekali untuk meningkatkan kapasitas dokter, perawat, bidan, psikolog klinis dan petugas sosial untuk mengidentifikasi

Unofficial Translation

penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza, serta melibatkan pasien dalam rawatan dan perawatan sambil melindungi kerahasiaan dan hak asasi mereka. Ini sangat penting untuk meningkatkan cakupan dan kualitas rawatan untuk gangguan penggunaan napza. Pengaturan rawatan non-spesialis harus memiliki kapasitas untuk mendiagnosis, menata laksana, dan, bila perlu, merujuk kondisi klinis akut yang disebabkan penggunaan napza, seperti overdosis, sindrom putus obat, dan psikosis yang diinduksi oleh napza, ke layanan rawatan khusus. Penting untuk memformalkan hubungan antara penyedia layanan serta menyepakati prosedur rujukan dan rujuk balik antar berbagai tingkat pemberian layanan untuk memastikan bahwa sistem rujukan berjalan secara efektif.

Pengaturan non-spesialis memiliki fungsi penting dalam menyediakan dan menyebarluaskan informasi ilmiah tentang penggunaan napza dan dampaknya terhadap kesehatan. Pengaturan ini memainkan peran penting dalam mengatasi stigma dan diskriminasi yang terkait dengan gangguan penggunaan napza. Selain itu, pengaturan non-spesialis juga meningkatkan kesadaran masyarakat tentang penggunaan napza, efeknya pada kesehatan, dan pilihan rawatan yang efektif dan etis yang tersedia untuk gangguan penggunaan napza.

Penting untuk memastikan koordinasi dan hubungan organisasi yang efektif antar berbagai tingkat pemberian layanan. Layanan rawatan khusus dapat memberikan dukungan kepada staf rawatan non-spesialis yang kliennya memerlukan saran spesialis atau layanan tambahan, termasuk penilaian diagnostik komprehensif atau modalitas rawatan tertentu. Layanan ini juga dapat dilakukan dari jarak jauh dengan menggunakan fasilitas berbasis web dan telekomunikasi, khususnya di daerah pedesaan dan terpencil yang tidak memiliki layanan rawatan khusus.

Persyaratan utama untuk pengaturan non-spesialis untuk rawatan orang dengan gangguan penggunaan napza

- Fasilitas dan pengaturan layanan kesehatan, di dalam dan di luar sektor kesehatan, yang melayani populasi dengan prevalensi tinggi penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza harus memiliki kapasitas untuk melakukan skrining klien/pasien untuk penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza.
- Pasien dalam semua pengaturan layanan kesehatan harus menjalani skrining untuk penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza ketika terdapat tanda-tanda klinis penggunaan napza dan efeknya terhadap kesehatan. Skrining harus dilakukan dengan persetujuan pasien dan dengan cara yang menghormati privasi, kerahasiaan, dan preferensi mereka.
- Petugas kesehatan dan rawatan sosial harus dilatih dalam pelaksanaan Skrining, Intervensi Singkat dan Rujukan ke Rawatan untuk gangguan penggunaan napza, dan memiliki akses untuk melanjutkan pelatihan dan pengawasan.
- Risiko yang terkait dengan SBIRT untuk penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza harus dikurangi dan penghormatan terhadap hak asasi manusia dan martabat, termasuk kerahasiaan pasien, harus dijamin.
- Kegiatan skrining dan rawatan selanjutnya harus bersifat sukarela, berdasarkan persetujuan pasien, dan pasien memahami hak mereka untuk menarik diri dari partisipasi pada tahap apa pun.
- Pengaturan non-spesialis harus memiliki kapasitas untuk melakukan penilaian diagnostik, tata laksana, dan, bila perlu, merujuk kondisi klinis akut yang diinduksi oleh penggunaan napza.
- Koordinasi dan hubungan formal harus dibangun antar penyedia layanan, di samping prosedur rujukan dan rujuk balik di antara berbagai tingkat pemberian layanan.
- Rawatan khusus - termasuk rawatan medis, psikologis, psikoterapi, sosial, dan pendidikan - harus selalu dikelola oleh personel dengan kualifikasi dan lisensi yang relevan.

4.1.3 Rawatan rawat jalan khusus

Deskripsi

Pengaturan rawatan rawat jalan khusus biasanya berbasis masyarakat, tersedia untuk anggota masyarakat setempat, dan dirancang dan ditunjuk untuk rawatan gangguan penggunaan napza. Layanan rawat jalan sangat bervariasi dalam hal komponen dan intensitasnya. Biasanya, rawatan rawat jalan untuk gangguan

Unofficial Translation

penggunaan napza dilakukan oleh profesional kesehatan dan rawatan sosial khusus dalam rawatan gangguan penggunaan napza, atau lebih luas lagi dalam konteks rawatan kesehatan jiwa.

Intervensi perawatan utama yang biasanya ditawarkan di rangkaian rawat jalan meliputi:

- penilaian komprehensif
- intervensi psikososial
- intervensi farmakologis
- pengelolaan komorbiditas kesehatan jiwa dan fisik
- kepedulian dan dukungan sosial.

Semua pasien harus dinilai dan menerima rencana rawatan individual yang dikaji secara rutin. Perencanaan pemberhentian rawatan harus memastikan tersedianya kelanjutan rawatan untuk gangguan penggunaan napza atau tata laksana pemulihan dan rujukan selanjutnya ke rawatan untuk tata laksana psikiatrik komorbiditas dan kondisi kesehatan lainnya (seperti yang diindikasikan).

Populasi target

Pengaturan rawatan rawat jalan khusus dapat memberikan berbagai intervensi pencegahan dan perawatan dan melayani berbagai individu. Beberapa intervensi, seperti terapi psikologis, farmakoterapi, atau intervensi psikososial pada awalnya mungkin lebih tepat untuk individu yang termotivasi untuk menjalani rawatan. Namun, dengan dukungan tambahan (seperti residensial) yang dapat diakses, rawatan rawat jalan dapat menguntungkan bagi sebagian besar orang dengan gangguan penggunaan napza (lihat juga piramida layanan di Bab 3).

Tujuan

Tujuan utama rawatan rawat jalan adalah untuk: membantu pasien menghentikan atau mengurangi penggunaan napza; meminimalkan dampak negatif kesehatan dan sosial dari penggunaan napza; mengidentifikasi dan mengelola kondisi kesehatan fisik dan kejiwaan yang menjadi komorbid; memberikan dukungan psikososial; mengurangi risiko relaps dan overdosis; dan meningkatkan kesejahteraan dan fungsi sosial sebagai bagian dari proses pemulihan jangka panjang.

Model dan komponen

Layanan dan program rawatan rawat jalan sangat bervariasi bergantung pada tingkat intensitas layanan dan berbagai intervensi yang mereka tawarkan.

Program intensitas tinggi

Program seperti rawatan harian intensif, melibatkan interaksi dengan pasien (termasuk setiap hari, atau dalam beberapa jam perawatan intensif dalam satu atau lebih hari dalam seminggu).

Program intensitas menengah hingga rendah

Intervensi intensitas rendah dapat melibatkan sesi dukungan kelompok mingguan, rawatan psikologis individu, edukasi kesehatan dan napza, dukungan sebaya, dan dukungan sosial intensitas rendah.

Dalam perjalanan rawatan rawat jalan, profesional rawatan kesehatan dapat secara teratur menilai penggunaan napza dan zat lain, serta status kesehatan fisik dan jiwa pasien. Kerja sama rutin dengan layanan rawatan terkait sangat penting dan harus mencakup integrasi atau menghubungkan rawatan rawat jalan dengan layanan medis untuk gangguan jiwa, HIV, hepatitis virus, TB, infeksi menular seksual, serta dengan layanan kesehatan terkait lainnya.

Terdapat pula kebutuhan untuk kerja sama rutin dengan dukungan sosial dan lembaga-lembaga lain untuk memfasilitasi akses ke pendidikan, pekerjaan, residensial, bantuan hukum, kesejahteraan, dan dukungan sosial bagi para penyandang disabilitas. Layanan rawat jalan harus mendorong peran pasien yang lebih aktif dan partisipatif dalam mengatur dan memberikan rawatan. Selain itu, mereka harus menggunakan, orang-orang

Unofficial Translation

yang telah memiliki pengalaman penggunaan napza dan rawatan napza dan yang sedang dalam pemulihan sebagai sumber daya.

Tujuan rawatan dapat dicapai dengan menggunakan, ketika dan jika sesuai, kombinasi intervensi farmakologis dan psikososial. Idealnya, program rawatan rawat jalan untuk gangguan penggunaan napza harus menawarkan berbagai layanan komprehensif untuk mengelola berbagai masalah yang memengaruhi pasien dari berbagai fase kehidupan.

Komponen dan kegiatan dalam pengaturan rawat jalan khusus dapat meliputi:

- penilaian medis dan psikososial komprehensif saat masuk;
- penyusunan rencana rawatan individu (berdasarkan penilaian komprehensif);
- evaluasi berkelanjutan, penilaian klinis, dan pengkajian kemajuan pasien dalam rencana rawatan mereka, dan partisipasi aktif pasien dalam pengambilan keputusan rawatan;
- detoksifikasi dengan bantuan obat, jika diindikasikan;
- intervensi rawatanpsikososial untuk gangguan penggunaan napza;
- intervensi rawatan farmakologis untuk gangguan penggunaan obat, seperti inisiasi rawatan rumatan agonis opioid, jika diindikasikan;
- rawatan farmakologis dan psikososial untuk kondisi kesehatan psikiatris dan fisik yang terjadi bersamaan;
- menjalin kontak dengan keluarga dan orang lain yang signifikan dalam jejaring sosial pasien untuk melibatkan mereka dalam rawatan berkelanjutan;
- dukungan sosial intensif, termasuk akomodasi dan pekerjaan; dan
- perencanaan pemberhentian rawatan yang meliputi: pencegahan relaps dan overdosis, rujukan ke layanan lain; tata laksana pemulihan; dan rawatan berkelanjutan untuk kondisi kesehatan psikiatrik dan fisik komorbid (sesuai kebutuhan).

Intervensi psikososial

Intervensi psikososial harus dilakukan dalam program rawatan rawat jalan untuk mengatasi faktor motivasi, perilaku, psikologis dan sosial. Intervensi ini harus memiliki kemampuan yang terbukti dapat mengurangi penggunaan napza, meminimalkan risiko terkait penggunaan napza, meningkatkan kepatuhan terhadap rawatan, mempromosikan pantang dan mencegah relaps. Bagian 4.2 memberikan rincian lebih lanjut tentang intervensi psikososial dan perilaku.

Intervensi farmakologis

Rawatan dapat sangat membantu dalam mengelola dan/atau mengobati berbagai gangguan penggunaan napza dan kondisi kesehatan akibat penggunaan napza, seperti keracunan akut dan overdosis, sindrom putus obat, serta berbagai gangguan komorbiditas. Intervensi farmakologis harus diberikan, bila sesuai, bersama intervensi psikososial. Bagian 4.2 memberikan rincian lebih lanjut tentang intervensi farmakologis.

Organisasi rawatan

Pengaturan rawatan rawat jalan khusus harus memiliki struktur dan sistem manajemen yang jelas, dengan deskripsi yang jelas tentang posisi individu dan kompetensi yang ditentukan untuk staf. Metode untuk memilih, merekrut, dan melatih staf harus sesuai dengan norma hukum yang berlaku dan aturan internal yang telah ditetapkan. Organisasi layanan rawatan harus mempertimbangkan kebutuhan dan jumlah pasien.

Terdapat kebutuhan untuk rencana rawatan guna memastikan kesinambungan rawatan dan untuk mempertimbangkan jalur pengobatan alternatif, jika terjadi kegagalan sebagian atau seluruhnya dari rencana rawatan awal dan keluar dari program rawatan.

Penyampaian rawatan dan perawatan khusus (misalnya medis, psikologis, psikoterapi, sosial, dan pendidikan) membutuhkan personel dengan kualifikasi yang relevan.

Unofficial Translation

Untuk pasien dengan kondisi komorbiditas, pengobatan harus disediakan di pengaturan rawat jalam dalam kerangka pemberian layanan terpadu, atau di lokasi lain sebagai bagian dari layanan terkait dan sistem koordinasi dan rujukan yang tepat. Tidak perlu menunggu pantang opioid atau obat lain untuk memulai pengobatan baik untuk TB, hepatitis atau HIV.

Pemulangan paksa dari rawatan dapat dibenarkan untuk memastikan keselamatan staf dan pasien lain. Namun, sebelum melakukan pemulangan paksa, penting untuk mengambil tindakan yang masuk akal untuk memperbaiki situasi, termasuk dengan mengevaluasi kembali pendekatan rawatan yang digunakan. Ketidakpatuhan terhadap program rawatan saja seharusnya tidak menjadi alasan pemulangan paksa. Jika tidak terhindarkan, semua upaya harus dilakukan untuk merujuk pasien ke fasilitas lain atau cabang rawatan lain.

Sangat penting untuk membahas kasus-kasus ketika seorang petugas telah melanggar hak-hak pasien, mengevaluasinya, dan mendokumentasikan tindakan yang tepat yang diambil, dalam catatan staf untuk petugas tersebut.

Tata laksana pemulihan dan dukungan sosial

Tata laksana pemulihan menggabungkan berbagai kegiatan yang mempromosikan dan memperkuat sumber daya internal dan eksternal (atau “modal pemulihan”) untuk membantu pasien secara sukarela dan aktif menangani masalah terkait napza dan relaps, serta meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, dan integrasi sosial. Beberapa kegiatan ini mungkin sudah ada di rumah, lingkungan dan komunitas pasien, sementara yang lain perlu dikembangkan terlebih dahulu. Bagian 4.2 memberikan rincian lebih lanjut tentang tata laksana pemulihan.

Persyaratan utama untuk pengaturan rawatan rawat jalan khusus

- Semua layanan rawatan, prosedur, kebijakan dan peraturan yang tersedia serta harapan pasien akan program harus secara jelas diuraikan dan dapat diakses (dengan persetujuan pasien dan sesuai dengan preferensi dan kebutuhan mereka).
- Berbagai intervensi psikososial terstruktur harus tersedia, termasuk tetapi tidak terbatas pada: berbagai bentuk konseling individu dan keluarga; intervensi psikoterapi dan psikososial; dan dukungan sosial dalam hal tempat tinggal, pekerjaan, pendidikan, kesejahteraan dan masalah hukum.
- Pilihan rawatan farmakologis harus tersedia. Pilihan ini harus mencakup: pengobatan simtomatik untuk stimulan, ganja, dan gangguan penggunaan napza lainnya (seperti yang disebabkan oleh penggunaan polysubstance); rumatan opioid dan pengobatan farmakologis putus obat opioid; naltrexone untuk pencegahan relaps pada ketergantungan opioid; dan nalokson untuk pengelolaan overdosis.
- Pilihan rawatan dan pengembangan rencana rawatan individual untuk orang dengan gangguan penggunaan napza harus didasarkan pada: penilaian rinci tentang kebutuhan rawatan; kesesuaian rawatan untuk memenuhi kebutuhan; penerimaan pasien terhadap rawatan, dan ketersediaannya. Semua pasien harus memiliki rencana rawatan individual yang mencakup beberapa tujuan jangka pendek sambil mengambil perspektif jangka panjang.
- Tes sukarela untuk HIV dan penyakit menular yang biasa ditemui harus tersedia sebagai bagian dari penilaian individu, disertai dengan konseling sebelum dan sesudah tes. Selain itu, pasien dengan risiko tertinggi tertular infeksi hepatitis B harus ditawari vaksinasi hepatitis B.
- Pengobatan untuk pasien dengan HIV, hepatitis atau TB harus diintegrasikan ke dalam atau dikaitkan dengan layanan medis khusus untuk kondisi ini.
- Akses ke modalitas pengobatan lain, tata laksana pemulihan dan dukungan psikososial, harus ditawarkan kepada pasien, sesuai kebutuhan.
- Informasi tentang layanan darurat 24 jam harus diberikan kepada pasien dan kerabat mereka.
- Perawatan dan pengobatan di tempat untuk masalah kesehatan psikiatris dan fisik yang terjadi bersamaan atau, bila perlu, rujukan ke layanan kesehatan yang sesuai, harus diberikan kepada pasien dengan komorbiditas.
- Layanan laboratorium harus tersedia untuk memantau kemajuan dan kepatuhan terhadap rawatan, bila perlu.

Unofficial Translation

- Pasien harus dites pada penilaian awal untuk penggunaan napza baru-baru ini (dengan persetujuan pasien).
- Baik proses maupun hasil rawatan yang diberikan harus dievaluasi secara berkala atau berkelanjutan.
- Perencanaan pemulangan harus memastikan kesinambungan rawatan, tata laksana pemulihan dan jalur alternatif yang mungkin diikuti jika terjadi kegagalan sebagian atau seluruhnya dari rencana rawatan awal.
- Secara umum, ketidakpatuhan terhadap program pengobatan saja seharusnya tidak menjadi alasan pemulangan paksa dari rawatan.
- Kebijakan harus ditetapkan untuk pengelolaan situasi risiko tertentu (seperti keracunan atau risiko bunuh diri).
- Fasilitas atau program perawatan harus memiliki struktur dan manajemen yang jelas, dengan peran dan kompetensi yang jelas untuk posisi individu, dan pemilihan staf, metode perekrutan dan pelatihan yang sesuai dengan norma hukum yang berlaku dan aturan internal yang ditetapkan.
- Kasus-kasus yang melibatkan pelanggaran hak-hak pasien oleh petugas dan langkah-langkah yang tepat yang diambil harus didokumentasikan dengan baik dalam catatan staf petugas tersebut.
- Perawatan khusus - termasuk perawatan medis, psikologis, psikoterapi, sosial dan pendidikan - hanya boleh dikelola oleh personel dengan kualifikasi dan lisensi yang relevan.

4.1.4 Rawatan rawat inap jangka pendek khusus

Deskripsi

Pengaturan rawatan rawat inap jangka pendek adalah lingkungan yang menawarkan rawatan 24 jam dengan kapasitas untuk mengelola manifestasi akut gangguan penggunaan napza. Manifestasi ini mencakup keadaan keracunan yang rumit, sindrom putus obat atau kondisi klinis akut yang diinduksi oleh napza, termasuk yang mungkin terjadi pada hari-hari dan minggu-minggu awal setelah penghentian penggunaan napza (atau polysubstance). Rawatan rawat inap jangka pendek dapat disediakan di rumah sakit khusus untuk rawatan gangguan penggunaan napza, serta di rumah sakit kesehatan jiwa atau unit atau program khusus rumah sakit umum, jika mereka memiliki tenaga terlatih dan peralatan medis yang diperlukan.

Rawatan rawat inap jangka pendek memberikan kesempatan untuk berhenti menggunakan napza dengan ketidaknyamanan minimal dan risiko terhadap kesehatan. Rawatan ini menawarkan kepada pasien untuk bisa lepas sementara dari stresor lingkungan dalam kehidupan seseorang. Selain itu, rawatan ini memungkinkan untuk memulai pengobatan untuk gangguan penggunaan napza dan menerima dukungan psikososial yang diperlukan, yang mungkin merupakan awal dari proses pemulihan jangka panjang. Lama tinggal biasanya bervariasi dari satu hingga empat minggu, berdasarkan pada praktik setempat dan situasi klinisnya. Bergantung pada napza terkait, sindrom putus obat dan kondisi kesehatan akut yang diinduksi oleh obat lainnya dan perawatannya dapat membawa risiko kesehatan yang signifikan. Dengan demikian, rawatan rawat inap jangka pendek membutuhkan tingkat pengawasan medis yang lebih tinggi daripada rawatan jangka panjang, yang biasanya mengikuti fase putus obat akut (lihat 4.1.5).

Populasi target

Populasi target yang biasa untuk jenis rawatan ini adalah orang dengan gangguan penggunaan napza (atau polysubstance) yang rentan terhadap gejala putus obat yang signifikan setelah penghentian penggunaan obat mereka atau ke kondisi klinis akut lainnya yang disebabkan oleh penggunaan napza. Kondisi putus obat obat penenang dan opioid bisa menjadi parah, terutama di antara orang yang menggunakan obat penenang dosis tinggi (seperti benzodiazepin atau barbiturat) atau opioid selama periode waktu yang lama. Rawatan rawat inap jangka pendek juga dapat digunakan untuk memulai rawatan rumatan agonis opioid untuk ketergantungan opioid.

Siapa pun yang rentan terhadap sindrom putus obat parah setelah penghentian penggunaan napza (atau polysubstance), atau mereka yang menggunakan napza saat ini (atau polysubstance) memiliki risiko bahaya bermakna yang mungkin membuat mereka memerlukan rawatan rawat inap jangka pendek.

Unofficial translation

Keputusan untuk memilih rawatan rawat inap jangka pendek atau pengaturan rawatan lain harus mempertimbangkan kriteria berikut:

- jenis narkoba (atau zat lain) yang digunakan
- kemungkinan sindrom putus obat
- tingkat keparahan dan kompleksitas gangguan penggunaan napza
- efek rendah dari rawatan di pengaturan rawat jalan atau non-spesialis
- masalah kesehatan dan sosial terkait
- kondisi kesehatan psikiatris dan fisik yang terjadi secara bersamaan

Tujuan

Tujuan dari rawatan rawat inap jangka pendek adalah untuk mendiagnosis dan mengelola kondisi klinis akibat penggunaan napza; memfasilitasi penghentian atau pengurangan penggunaan napza; memulai rawatan gangguan penggunaan napza; dan memotivasi pasien untuk melanjutkan rawatan setelah rawatan rawat inap jangka pendek selesai. Rawatan untuk gangguan penggunaan napza mungkin melibatkan rawatan psikologis dan farmakologis berbasis bukti yang disertai dengan dukungan sosial sesuai kebutuhan. Detoksifikasi yang dibantu secara medis dapat dilakukan dalam pengaturan rawatan rawat inap jangka pendek. Meskipun detoksifikasi jenis ini juga dapat dicapai dengan sukses dan aman pada pasien rawat jalan, dan dengan sumber daya yang lebih sedikit, tingkat penyelesaian detoksifikasi mungkin lebih rendah. Bukti menunjukkan tingginya tingkat kekambuhan terhadap penggunaan napza setelah detoksifikasi jangka pendek, terutama dalam kasus ketergantungan opioid. Dengan demikian, detoksifikasi sendiri tidak dianggap sebagai pengobatan yang efektif untuk gangguan penggunaan napza dan dapat mengakibatkan peningkatan risiko overdosis opioid.

Model dan komponen

Untuk mencapai tujuan terapeutik dari rawatan rawat inap jangka pendek biasanya diperlukan kombinasi intervensi, seperti farmakoterapi, psikoterapi, psiko-pendidikan, konseling motivasi dan dukungan sosial melalui intervensi psikososial. Intervensi lain yang mungkin diberikan mencakup pengenalan kelompok dukungan (*self help*) atau kelompok dukungan bersama *(mutual help*), layanan sosial yang tersedia, dan rujukan untuk rawatan lanjutan atau tata laksana pemulihan setelah pulang. Jenis dan durasi spesifik dari intervensi ini bervariasi bergantung pada sifat, kompleksitas dan tingkat keparahan dari gangguan penggunaan napza individu, serta adanya masalah kesehatan psikiatrik dan fisik yang terjadi secara bersamaan.

Tata laksana sindrom putus obat dan kondisi klinis akut yang diinduksi napza

Sindrom putus obat yang tidak dikenali dan tidak diobati memunculkan risiko dikeluarkannya pasien dari rawatan. Oleh karena itu, program rawatan rawat inap jangka pendek harus memiliki staf yang sangat kompeten dalam mendiagnosis dan mengelola sindrom putus obat dan gangguan akut yang disebabkan oleh napza serta memberikan dukungan psikososial dan rawatan farmakologis. Staf layanan rawatan rawat inap jangka pendek harus memiliki opsi untuk memindahkan pasien dengan kondisi yang sangat parah dan kompleks ke tingkat rawatan kesehatan lain. Lihat bagian 4.2.3 untuk rincian lebih lanjut tentang pengelolaan sindrom putus obat.

Pengobatan untuk masalah kesehatan psikiatris dan fisik yang terjadi secara bersamaan

Penggunaan napza dan alkohol yang berbeda dapat menyebabkan atau memperburuk gejala kejiwaan yang mungkin hilang ketika penggunaan napza dihentikan. Dalam kasus lain, gejala psikiatrik dapat bertahan setelah penghentian penggunaan napza dan memerlukan perhatian tambahan dalam rawatan rawat inap jangka pendek. Lihat bagian 4.2 untuk rincian lebih lanjut tentang masalah kejiwaan dan kesehatan fisik yang terjadi secara bersamaan.

Tata laksana pemulihan dan dukungan sosial

Memulai dan terlibat dalam rawatan rawat inap jangka pendek mungkin merupakan langkah penting dalam rawatan gangguan penggunaan napza. Namun, sangat penting bagi pasien untuk mempertahankan perilaku

Unofficial Translation

sehat secara berkelanjutan setelah mereka meninggalkan rawatan rawat inap karena risiko relaps dan overdosis meningkat secara signifikan segera setelah pulang. Oleh karena itu, perlu untuk melanjutkan intervensi tata laksana pemulihan psikososial dan intervensi terhadap penggunaan napza setelah rawatan rawat inap jangka pendek. Strategi untuk membantu pasien yang berhasil beralih ke tahap rawatan dan perawatan selanjutnya harus menjadi bagian tak terpisahkan dari rawatan yang efektif melalui rencana rawatan atau aftercare. Strategi ini meningkatkan peluang untu dapat menjaga kesehatan fisik dan psikologis pasien. Profesional di bidang kesehatan dan sosial harus bekerja sama untuk menyediakan sumber daya yang diperlukan kepada pasien dan rawatan peralihan (*through care*) ketika merencanakan pemindahan pasien dari rawat inap ke program residensial jangka panjang, rawatan rawat jalan atau tata laksana pemulihan. Setelah rawatan rawat inap jangka pendek, pasien harus memiliki akses ke rawatan jangka panjang dan, jika diindikasikan, ke dukungan dan navigasi psikososial melalui sistem rawatan sosial sehingga dapat memperoleh manfaat dari pelatihan kejuruan, tempat tinggal yang stabil, dan dukungan lainnya sesuai kebutuhan. Pasien juga harus memiliki akses ke, antara lain, pengobatan berkelanjutan untuk kondisi kesehatan fisik dan kejiwaan komorbidi dan intervensi pencegahan overdosis. Lihat bagian 4.2.6 untuk rincianl lebih lanjut tentang tata laksana pemulihan.

Komponen rawatan

Program rawatan rawat inap jangka pendek untuk gangguan penggunaan obat (dan polysubstance) harus mencakup komponen rawatan berikut:

- Penilaian penggunaan napza (dan polysubstance) komprehensif, penilaian medis, dan penilaian psikososial - termasuk penilaian kesehatan jiwa dan kesehatan fisik;
- rencana tawatan individual;
- tata laksana putus obat yang dibantu obat-obatan, jika diindikasikan;
- memulai rumatan agonis opioid untuk ketergantungan opioid, jika diindikasikan;
- intervensi untuk menumbuhkan motivasi pasien untuk mengubah perilaku mereka;
- kontak dengan individu-individu yang penting dalam jejaring sosial pasien dan melibatkan mereka dalam rencana rawatan (dengan persetujuan pasien);
- berbagi informasi dan memfasilitasi hubungan dengan kelompok dukungan;
- memulai intervensi rawatan psikososial atau perilaku untuk gangguan penggunaan napza;
- inisiasi (atau rujukan untuk) pengobatan gangguan kejiwaan dan kesehatan fisik yang terjadi bersamaan, jika waktu dan sumber daya memungkinkan;
- evaluasi berkelanjutan terhadap kemajuan pasien dalam perencanaan dan pengkajian rawatan mereka, serta penilaian klinis yang dimasukkan ke dalam program; dan
- perencanaan pemulangan dengan pencegahan relaps dan overdosis; strategi rawatan berkelanjutan untuk rawatan pasca-rawat inap (termasuk obat rawatan jika diindikasikan); tingkat rawatan psikososial yang tepat; serta tata laksana pemulihan dan rawatan berkelanjutan untuk kondisi kejiwaan dan kondisi kesehatan fisik yang terjadi bersamaan.

Penilaian medis dan psikososial komprehensif lebih disukai jika dilakukan pada sebelum atau saat penerimaan seseorang untuk rawatan rawat inap jangka pendek. Penilaian ini akan membantu penentuan kebutuhan spesifik setiap pasien dan dalam menyusun rencana rawatan mereka. Penilaian harus mencakup riwayat kesehatan jiwa dan fisik pasien, riwayat rawatan farmakologis, pemeriksaan status kesehatan fisik dan jiwa, serta penilaian rutin terhadap riwayat penyakit menular mereka. Mungkin akan bermanfaat pula jika dilakukan tes laboratorium, termasuk skrining napza pada urin dan tes untuk HIV, hepatitis atau TB. Dalam semua kasus, pasien harus diberi tahu tentang cara mengidentifikasi dan mengelola overdosis dan juga menerima informasi tentang pilihan rawatan, dukungan dan perawatan lain.

Staf terlatih dapat menggunakan alat penilaian standar untuk mendapatkan penilaian pasien yang lebih rinci (lihat bagian 4.2.1 untuk daftar alat penilaian).

Setelah dirawat di rawat inap jangka pendek, pasien harus dipantau beberapa kali per hari untuk melihat keberadaan gejala putus obat dan kondisi psikiatrik atau kesehatan fisik akut. Setelah masalah akut distabilkan

Unofficial translation

atau diselesaikan, pemantauan harian harus fokus pada status kesehatan jiwa dan fisik pasien serta motivasi mereka, dan pada menyusun tujuan dan rencana rawatan mereka setelah dipulangkan.

Kriteria untuk penyelesaian program dan indikator efektivitas

Keberhasilan penyelesaian rawat inap jangka pendek dapat dievaluasi untuk setiap pasien berdasarkan beberapa faktor termasuk:

- teratasinya gejala putus obat;
- pemahaman pasien tentang gangguan penggunaan napza dan masalah terkait;
- keterlibatan dalam rawatan lanjutan setelah keluar dari rawatan jangka panjang atau rawatan rawat jalan;
- peningkatan kesehatan fisik dan jiwa; dan
- mengurangi keinginan untuk menggunakan napza dan pengembangan keterampilan untuk dapat mengendalikan pemicu (pikiran, emosi, dan perilaku) yang mengarah pada penggunaan napza.

Indikator hasil dapat membantu mengevaluasi efektivitas program rawatan rawat inap jangka pendek. Indikator ini meliputi proporsi pasien yang masuk ke rawatan lanjutan setelah pulang, atau pasien yang tidak menggunakan atau mengurangi penggunaan napza berdasarkan informasi saat kunjungan tindak lanjut jangka panjang, misalnya setelah enam bulan (meskipun jenis indikator hasil ini memerlukan pelacakan dan tindak lanjut jangka panjang terhadap pasien).

Persyaratan utama untuk pengaturan rawatan rawat inap jangka pendek

- Semua layanan rawatan, prosedur, kebijakan dan peraturan yang tersedia, serta harapan pasien terhadap program harus secara jelas diuraikan dan dapat diakses (dengan persetujuan pasien).
- Pasien harus memiliki rencana rawatan individu yang secara teratur dikaji dan dimodifikasi oleh staf, bersama dengan pasien, untuk memastikan pengelolaan gangguan penggunaan napza dan kondisi kesehatan penyerta yang tepat.
- Pilihan rawatan dan penyusunan rencana rawatan individual untuk pasien dengan gangguan penggunaan napza harus didasarkan pada: penilaian komprehensif rinci terhadap penggunaan narkoba dan penggunaan zat lainnya; status kesehatan dan masalah psikososial; kebutuhan rawatan; kesesuaian rawatan untuk memenuhi kebutuhan; dan penerimaan pasien terhadap rawatan dan ketersediaannya.
- Harus terdapat protokol yang didefinisikan dengan jelas untuk meresepkan intervensi obat-obatan, psikososial, dan intervensi lain yang sesuai dengan kebutuhan spesifik pasien, dan protokol tersebut harus didasarkan pada temuan penelitian atau dengan menghormati praktik klinis yang baik.
- Harus ada protokol untuk pengelolaan situasi risiko tertentu (termasuk keracunan dan bunuh diri).
- Laboratorium di lokasi atau di luar lokasi dan fasilitas diagnostik lainnya harus tersedia.
- Dukungan darurat atau transportasi harus tersedia jika terjadi komplikasi sindrom putus obat atau kondisi kesehatan lainnya yang mengancam nyawa.
- Ketika prosedur dengan risiko diketahui sedang dipertimbangkan, evaluasi risiko/manfaat yang cermat harus dilakukan, yang mengarah ke pemilihan opsi yang paling tidak berisiko.
- Akses ke kelompok dukungan mandiri dan kelompok dukungan lainnya harus tersedia. Baik ketika tujuan rawatan individu adalah berpantang atau tidak, tetap harus ada langkah-langkah untuk mengurangi bahaya penggunaan napza yang berkelanjutan. (Di antaranya hal-hal yang menyangkut kesehatan, diet, peralatan injeksi steril, pencegahan overdosis, dan suplai nalokson.)
- Rencana rawatan harus memastikan kesinambungan rawatan pasien dalam rawatan rawat jalan, rawatan jangka panjang atau tata laksana pemulihan.
- Program rawatan untuk gangguan penggunaan napza harus dikaitkan dengan layanan lain yang mendukung intervensi untuk anak-anak pasien dan anggota keluarga lain yang mungkin membutuhkannya.
- Proses dan hasil rawatan yang diberikan harus melalui evaluasi berkala atau berkelanjutan.

Unofficial Translation

- Struktur dan manajemen organisasi atau program rawatan harus didefinisikan dengan menguraikan peran dan kompetensi posisi individu dan memastikan bahwa perekrutan dan metode pelatihan staf mencerminkan norma-norma hukum yang valid dan aturan internal yang telah ditetapkan.
- Catatan pasien dalam bentuk tertulis atau elektronik harus disimpan dengan cara yang menghormati kerahasiaan pasien.
- Layanan harus memiliki kebijakan tentang kondisi kerja yang aman dan cara untuk mengelola situasi yang tidak aman.
- Kasus-kasus yang melibatkan pelanggaran hak-hak pasien oleh petugas harus didokumentasikan dalam catatan staf petugas tersebut, sesuai kebutuhan, bersama dengan langkah-langkah yang tepat yang diambil.
- Rawatan rawat inap jangka pendek khusus untuk gangguan penggunaan napza hanya boleh diberikan oleh personel dengan kualifikasi dan lisensi yang relevan (misalnya dalam bidang medis, psikologis, psikoterapi, sosial, dan pendidikan).

4.1.5 Rawatan jangka panjang atau residensial khusus

Deskripsi

Rawatan jangka panjang atau residensial biasanya menawarkan layanan untuk individu pengguna napza atau yang mengalami gangguan penggunaan zat lainnya dan tinggal di lingkungan komunal dengan orang lain yang memiliki kondisi kesehatan serupa. Orang-orang ini membuat komitmen eksplisit untuk tidak menggunakan napza, alkohol, dan zat psikoaktif lainnya. Mereka tinggal di lingkungan residensial dan berpartisipasi dalam program harian intensif. Program semacam ini menyediakan beragam intervensi yang diberikan di berbagai tempat yang munckin mencakup pertemuan komunitas dan kerja kelompok; intervensi psikososial individu; intervensi psikososial keluarga; dukungan bersama dan mandiri; partisipasi aktif dalam kehidupan komunitas; dan mempelajari keterampilan hidup dan pelatihan kejuruan. Untuk masuk ke program rawatan biasanya klien harus menyatakan penerimaan terhadap aturan dan peraturan tempat rawatan.

Rawatan jangka panjang atau residensial berbeda dari akomodasi yang yang utamanya berfungsi sebagai intervensi tempat tinggal tanpa intervensi rawatan, meskipun penghuni dapat menghadiri program rawatan rawat jalan. Selain itu, pengaturan rawatan jangka panjang atau residensial berbeda dari pusat rawatan wajib atau penahanan untuk pengguna napza karena di tempat-tempat tersebut pengguna napza ditahan tanpa persetujuan mereka dan seringkali tanpa proses penilaian diagnostik dan rawatan berbasis bukti dan etis untuk gangguan penggunaan napza.

Tinggal dalam jangka panjang di lingkungan residensial atau rumah sakit (biasanya selama tiga bulan dan seringkali jauh lebih lama, bergantung pada kebutuhan pasien) membantu memisahkan pasien dari lingkungan yang terkadang kacau dan penuh tekanan yang mungkin berkontribusi pada penggunaan napza mereka. Lingkungan terapeutik 'bebas zat' dirancang untuk mengurangi paparan terhadap isyarat biasa yang memicu perilaku mencari napza dan membantu pasien atau penghuni mempertahankan pantang dan berjuang menuju pemulihan. Meskipun model tradisional rawatan jangka panjang di rumah tinggal hanya mencakup metode rawatan psikososial, pendekatan modern mungkin melibatkan penggunaan obat-obatan untuk mengurangi hasrat menggunakan napza dan untuk mengelola gejala kejiwaan penyerta.

Program residensial jangka panjang, terutama komunitas terapeutik, menggunakan seluruh komunitas program, termasu penghuni lain, staf, dan konteks sosial, sebagai komponen aktif rawatan dan tata laksana pemulihan. Program rawatan jangka panjang memiliki aturan dan kegiatan yang dirancang untuk membantu penghuni mengembangkan keterampilan pengelolaan diri yang lebih baik. Program membantu pasien atau penghuni memperoleh keterampilan untuk mengendalikan hasrat dan mencegah kekambuhan penggunaan napza, meningkatkan kontrol impuls, menunda kepuasan dan mengembangkan keterampilan interpersonal baru. Selain itu, rawatan membantu mengembangkan tanggung gugat terhadap diri, tanggung jawab, serta kemampuan untuk mengatasi stres dan meningkatkan harga diri. Pengaturan rawatan di residensial

Unofficial Translation

menawarkan layanan yang komprehensif, termasuk pelatihan keterampilan kejuruan, pelatihan kerja, dukungan psikososial, dan, kadang-kadang, rawatan untuk gangguan kesehatan jiwa.

Lingkungan intensif dan suportif yang dialami pasien dalam pengaturan rawatan residensial dapat menawarkan respons yang sesuai dengan riwayat pribadi mereka yang sering ditandai dengan asuhan orangtua yang buruk, kelalaian emosional, pelecehan fisik atau seksual, trauma, kekerasan interpersonal dan pengucilan sosial.

Target population

Populasi target

Program rawatan jangka panjang atau residensial paling cocok untuk individu yang tidak sedang menggunakan napza pada saat masuk, tetapi membutuhkan rawatan intensif dan berkelanjutan untuk gangguan penggunaan napza guna mengatasi masalah kesehatan dan psikososial yang kompleks terkait dengan gangguan penggunaan napza. Orang-orang ini termasuk orang yang telah berhenti menggunakan obat setelah rawat inap atau tata laksana putus obat di rawatan rawat jalan. Mereka mungkin mengalami kesulitan serius mempertahankan pantang di lingkungannya atau dalam rawatan rawat jalan dan ingin berpartisipasi secara sukarela dalam program residensial terstruktur. Program ini merupakan kesempatan bagi mereka untuk memulai perubahan di berbagai bidang kehidupan mereka dan untuk mempelajari keterampilan baru untuk membantu dalam proses pemulihan mereka, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka dan integrasi sosial mereka.

Layanan rawatan residensial biasanya diindikasikan untuk individu yang:

- mengalami gangguan penggunaan napza (atau penggunaan polysubstance) dengan tingkat keparahan yang signifikan dan mempengaruhi proses pendidikan, pekerjaan, dan integrasi sosial mereka;
- mengalami gangguan kesehatan fisik dan jiwa yang parah yang berdampak pada keamanan dan kesejahteraan mereka di luar lingkungan yang terstruktur (dan yang biasanya memerlukan rawat inap);
- dengan riwayat rawatan yang tidak berhasil, yang tidak merespons terhadapi intervensi atau berulang kali kambuh setelah rawat inap atau rawat jalan jangka pendek;
- dengan sumber daya pribadi dan/atau ekonomi yang terbatas (termasuk pendapatan dan tempat tinggal);
- dengan masalah sosial dan keluarga dan dukungan sosial yang terbatas;
- terisolasi secara sosial atau terpinggirkan;
- perlu mengubah lingkungan mereka dan menjauhkan diri dari jejaring sosial dan kelompok yang terkait dengan kegiatan terkait penggunaan napza untuk mencapai tujuan pengobatan; dan
- secara sukarela ingin menjauhkan diri dari penggunaan napza, mengenali kebutuhan mereka dan siap untuk membuat perubahan gaya hidup yang signifikan dan memperoleh keterampilan baru dalam lingkungan residensial.

Tujuan

Tujuan utama rawatan jangka panjang atau residensial adalah mengurangi risiko kembali ke penggunaan napza aktif, mempertahankan pantang dari penggunaan napza, meningkatkan kesehatan dan fungsi pribadi dan sosial, serta memfasilitasi rehabilitasi dan reintegrasi sosial. Tujuan khusus dari rawatan jangka panjang residensial adalah untuk:

- mengurangi risiko kekambuhan penggunaan napza;
- mengembangkan keterampilan untuk mengatasi hasrat dan tekanan hidup tanpa napza;
- menyediakanrawatan dan perawatan untuk gangguan kejiwaan dan gangguan penggunaan zat yang terjadi bersamaan dengan menggunakan terapi psikososial dan, di beberapa pengaturan, pengobatan farmakologis;
- meningkatkan kesehatan, fungsi pribadi dan sosial, termasuk di lingkungan kerja;

Unofficial Translation

- mengembangkan hubungan interpersonal yang efektif dengan orang lain, serta keterampilan interpersonal dan komunikasi yang diperlukan untuk membangun jaringan teman sebaya yang tidak menggunakan napza;
- membangun lingkungan keluarga dan hubungan dalam keluarga yang sehat, termasuk ikatan orang tua-anak;
- mengintegrasikan klien kembali ke masyarakat dan memfasilitasi keterhubungan sosial;
- memperoleh keterampilan sosial baru dan mendapatkan kepercayaan diri serta penghargaan untuk perilaku positif;
- memperoleh gaya hidup yang lebih sehat, termasuk nutrisi yang baik, rutinitas tidur/bangun yang stabil, pemantauan kesehatan secara teratur dan kepatuhan terhadap pengobatan; dan
- memajukan pendidikan dan mengembangkan keterampilan kejuruan untuk secara progresif mendapatkan kembali kendali atas kehidupan setelah menyelesaikan rawatan.

Model dan komponen

Program rawatan jangka panjang mungkin berbeda dalam pendekatan rawatannya. Pasien diharuskan tidak menggunakan napza dan, jika perlu, harus menerima terapi untuk sindrom putus obat. Layanan terapi Ini dapat diberikan di tempat rawatan yang sama atau dalam pengaturan rawat inap atau rawat jalan khusus sesuai dengan yang telah dijelaskan di bagian yang relevan dari dokumen ini (lihat bagian 4.2.3).

Berbagai model rawatan residensial jangka panjang telah dikembangkan dalam pengaturan yang berbeda.

- Pengaturan mencakup pusat rawatan jangka panjang yang berdiri sendiri atau unit rehabilitasi yang dibuat khusus untuk gangguan penggunaan napza. Unit-unit tersebut cenderung memiliki filosofi atau pendekatan perlakuan tertentu yang tidak sama-sama eksklusif. Filosofi atau pendekatan ini mencakup komunitas terapi formal, program bantuan mutual 12 langkah (*12-step mutual aid*), program berbasis agama, dan program kejuruan.
- Program berbasis rumah sakit (biasanya di bangsal khusus atau bangunan rumah sakit jiwa) mungkin hanya difokuskan pada pasien yang menggunakan napza atau pasien dengan penggunaan obat penyerta (atau polysubstance) dan gangguan kejiwaan. Program ini dapat berbentuk komunitas terapeutik atau program rehabilitasi rumah sakit dan mungkin mencaku intervensi farmakologis dan psikososial.

Individu yang ditahan dengan gangguan penggunaan napza dapat mengambil manfaat dari program rawatan jangka panjang berbasis penjara. Rawatan ini dapat diatur sebagai komunitas terapeutik atau program rehabilitasi khusus untuk pelanggar dengan gangguan penggunaan napza, biasanya di bagian khusus di sebuah penjara. Lihat Bagian 5.3 untuk informasi terperinci tentang rawatan untuk orang yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana.

Penerimaan pasien

Berbagai jenis program rawatan jangka panjang atau residensial mungkin memiliki kriteria penerimaan yang berbeda. Semua harus menampilkan permintaan sukarela atau pernyataan persetujuan pasien untuk ditempatkan dalam program residensial jangka panjang. Beberapa layanan mungkin mengharuskan pasien untuk mengunjungi unit dan mengharuskan penerimaan oleh kelompok komunitas. Di layanan lain, keputusan mungkin bergantung pada staf dan pasien.

Setiap program harus memiliki kebijakan masuk tertulis untuk memastikan bahwa penerimaan bersifat sukarela dan pasien harus mengkonfirmasi ini dengan persetujuan tertulis. Kebijakan ini harus dengan jelas menggambarkan kriteria kelayakan dan pengecualian. Selain itu, program harus memiliki prosedur penerimaan/orientasi tertulis yang berlaku untuk semua penghuni yang masuk. Pada saat masuk, penghuni baru harus menerima arahan yang memadai serta dokumentasi tentang program, termasuk tujuan, metode rawatan, dan peraturan program. Penting untuk memberi tahu pasien tentang kewajiban dan hak mereka, juga memberikan informasi terkait privasi, non-diskriminasi, dan kerahasiaan. Perlu juga untuk memberikan informasi kepada pasien tentang peran staf, filosofi, serta peraturan yang mendasari program. Informasi mengenai komunikasi dengan pengunjung dan orang-orang di luar program juga perlu diberikan. Rincian

Unofficial Translation

administrasi, seperti biaya program dan metode pembayaran juga perlu disampaikan. Kebijakan dan prosedur pasien masuk harus diketahui oleh staf. Terakhir, penting juga untuk mendiskusikan dan menandatangani kontrak rawatan yang dengan jelas menguraikan semua layanan rawatan, prosedur, kebijakan dan peraturan serta harapan pasien terhadap program.

Jika suatu program tidak menerima seorang calon pasien atau residen, program harus memberi penjelasan secara verbal dan tertulis kepada calon pasien/residen tersebut serta lembaga yang merujuknya tanpa tanpa melanggar kerahasiaan. Penting untuk membuat rujukan yang sesuai untuk setiap orang yang tidak diterima ke dalam program. Staf yang melakukan penilaian, yang bekerja dengan jejaring layanan yang sudah ada sebelumnya, harus sudah familiar dengan layanan alternatif yang sesuai untuk merujuk klien semacam itu.

Kelompok tertentu dengan kebutuhan rawatan dan perawatan khusus mungkin memerlukan fasilitas rawat inap jangka panjang yang terpisah. Kelompok ini mencakup perempuan, anak-anak dan remaja, individu dengan diagnosis ganda, dan orang-orang dengan disabilitas perkembangan. Jika memungkinkan, mereka harus memiliki akses ke program rawatan khusus residensial jangka panjang. Lihat Bab 5 untuk rincian lebih lanjut tentang cara menyesuaikan program dengan populasi berkebutuhan khusus.

Penilaian

Beberapa layanan menggunakan wawancara berbasis telepon terlebih dahulu sebelum melakukan penilaian langsung. Program rawatan residensial jangka panjang harus melakukan penilaian psikososial dan medis komprehensif terhadap semua pasien yang masuk untuk menentukan kebutuhan dan kesesuaian pasien dengan program tersebut. Mungkin perlu untuk menempatkan pasien dengan kondisi kesehatan jiwa dan fisik yang signifikan dalam pengaturan yang menyediakan tingkat perawatan medis dan psikiatrik yang sesuai. Penempatan semacam ini membutuhkan persetujuan pasien.

Pertemuan awal berfungsi untuk membiasakan staf dengan calon residen dan membiasakan calon residen dengan program residensial. Pertemuan ini merupakan langkah pertama dalam pengembangan aliansi terapeutik. Pertemuan awal biasanya memungkinkan calon residen untuk memutuskan apakah ia benar-benar akan memasuki program dan apakah program memutuskan untuk menerima calon residen.

Setelah persetujuan pasien diperoleh, perlu untuk mendiskusikan kebutuhan dan obat-obatan individu dengan lembaga perujuk dan praktisi medis yang menangani residen. Diskusi ini harus mencakup rencana pengelolaan putus obat, jika diperlukan.

Rencana rawatan harus disusun berdasarkan penilaian komprehensif yang akan lebih disukai jika dilakukan dengan instrumen dan prosedur standar, seperti Indeks Keparahan Ketergantungan atau *Composite International Diagnostic Interview-Substance Abuse Module* (lihat bagian 4.2 untuk daftar alat penilaian).

Bidang-bidang berikut ini penting untuk dimasukkan ke dalam penilaian:

- rawatan jangka pendek dan jangka panjang sebelumnya serta persepsi terhadap rawatan sebelumnya;
- kesehatan umum, termasuk masalah kesehatan saat ini dan disabilitas fisik, sensorik atau kognitif;
- kesehatan jiwa, termasuk trauma dan riwayat pelecehan (fisik, emosional dan seksual), risiko kekerasan dan bunuh diri, fungsi psikologis dan interpersonal saat ini;
- kondisi kehidupan saat ini, termasuk akomodasi dan tempat tinggal yang aman serta sistem pendukung di rumah;
- kehidupan keluarga, termasuk hubungan dengan keluarga asal, hubungan intim dan anak-anak tanggungan;
- pertemanan, termasuk jaringan hubungan teman sebaya, pengaruh positif atau negatif dan orang-orang yang mendukung bersih dari napza secara jangka panjang;
- pendidikan dan pekerjaan, termasuk riwayat sekolah dan pekerjaan, tingkat dan kebutuhan pelatihan kejuruan, pendapatan (legal dan lainnya);
- masalah hukum, termasuk keterlibatan dalam kegiatan kriminal yang terkait dengan penggunaan napza; dan
- kegiatan rekreasi dan hobi.

Unofficial Translation

Periode jangka panjang dan pengaturan hunian menciptakan peluang untuk penilaian berkelanjutan yang lebih menyeluruh. Kondisi ini juga memungkinkan penilaian setelah periode awal pantang zat dan, dengan demikian, mencegah efek keracunan zat atau putus obat memengaruhi diagnosis gangguan. Selain itu, kondisi ini dapat memberikan jaminan bahwa pasien sepenuhnya memahami sifat rawatan dan mampu sepenuhnya menyetujuinya. Hidup dengan teman sebaya dan staf juga dapat memungkinkan penilaian kepribadian dan fungsi saat ini yang dapat sangat berguna dalam individualisasi perawatan.

Keterlibatan dalam rawatan

Tingkat keterlibatan dalam rawatan yang lebih tinggi dapat mempengaruhi hasil rawatan secara positif. Variabel yang mendorong retensi rawatan meliputi:

- tingkat motivasi untuk rawatan
- tingkat penggunaan napza atau alkohol sebelum rawatan
- riwayat kontak dengan sistem peradilan pidana
- kekuatan hubungan terapeutik
- bantuan yang didapat dari layanan rawatan dan kegunaan rawatan; dan
- empati staf.

Selama tiga minggu pertama dan khususnya di hari-hari pertama rawatan residensial jangka panjang, risiko putus obat dan kambuh berada di tingkat tertinggi. Oleh karena itu, penting bahwa residen menerima perhatian yang sesuai dan rawatan individual yang difokuskan pada peningkatan motivasi untuk tetap dalam rawatan. Selama periode ini khususnya, banyak residen yang mungkin mengalami tekanan psikologis terus menerus terkait dengan gejala putus obat (insomnia, kegelisahan, lekas marah dan mengidam napza). Mereka mungkin merasa ragu untuk berhenti menggunakan napza dan merasa sulit untuk beradaptasi dengan aturan program.

Untuk mengatasi motivasi dan tekadi yang goyah terhadap program rawatan, staf harus:

- menciptakan suasana yang ramah dan bersahabat;
- membangun aliansi terapeutik yang dibangun atas dasar kepercayaan, di awal proses;
- merespons dengan cepat permintaanrawatan untuk memaksimalkan keterlibatan pasien dalam rawatan;
- memberikan informasi tentang filosofi, harapan, dan pendekatan program untuk rawatan dan pemulihan, retensi dan hasil kesehatan, dan kekhawatiran yang sering ditemui residen di awal perawatan;
- fokus pada masalah langsung klien, bukan pada programnya;
- memperkuat dukungan dalam 72 jam pertama rawatan melalui pengamatan lebih dekat, meningkatkan interaksi umum dan penggunaan "sistem teman" (pasangan penduduk baru dengan penduduk yang sudah lama);
- menyusun rencana dan tujuan perawatan yang realistis dan individual yang mencerminkan kebutuhan klien dan yang cukup fleksibel untuk beradaptasi dengan kemajuan yang dicapai klien;
- menciptakan kesadaran akan heterogenitas klien, khususnya dalam proses rawatan kelompok;
- bersikap peduli dan hormat dalam semua aspek program rawatan karena konfrontasi sering mengakibatkan kemarahan dan pengabaian di awal perawatan;
- memberikan umpan balik yang obyektif tentang masalah dan proses perubahan untuk menumbuhkan kredibilitas dan kepercayaan; dan
- menyusun strategi motivasi yang berfokus pada pasien secara individu.

Intervensi terapeutik

Paling tidak, perawatan jangka panjang di residensial harus menyediakan lingkungan bebas napza dan alkohol, dukungan psikososial individu, intervensi untuk membantu memperoleh keterampilan hidup, dan berbagai pertemuan kelompok rutin. Pertemuan ini mencakup pertemuan pagi, pertemuan kelompok non-konfrontasional, pertemuan kelompok spesifik gender, pertemuan kelompok dukungan dan dukungan sebaya. Program residensial berbasis rumah sakit juga harus menyediakan perawatan medis dan psikiatris,

Unofficial Translation

terapi individu dan kelompok, dan intervensi yang melibatkan anggota keluarga. Meskipun sejumlah program rawatan residensial jangka panjang hanya menyediakan rawatan psikososial, program rawatan lain mungkin menawarkan dukungan farmakologis, termasuk terapi rumatan agonis opioid, jika diindikasikan.

Program residensial jangka panjang dapat mencakup berbagai modalitas terapeutik, seperti intervensi psikososial individu dan kelompok, pelatihan keterampilan hidup, pelatihan kejuruan dan pendidika, dan kegiatan rekreasi. Intervensi berbasis bukti yang secara rutin digunakan dalam rawatan rawat jalan dapat diadaptasi dan diterapkan pada rawatan jangka panjang. Metode rawatan psikososial spesifik yang dilakukan mencakup terapi perilaku- kognitif; manajemen kontingensi dan terapi peningkatan motivasi; terapi perilaku keluarga atau pasangan; pelatihan keterampilan sosial; dan metode lain yang dijelaskan dalam bagian intervensi rawatan (lihat bagian 4.2). Program pencegahan kambuh terstruktur sangat penting dalam mempersiapkan residen untuk berintegrasi kembali ke masyarakat. Intervensi terapeutik, seperti seni dan terapi kreatif, terapi gerakan, meditasi, relaksasi, dan aktivitas fisik (misalnya olahraga dan olahraga kelompok) dapat membantu pasien menemukan dan mengembangkan kegiatan waktu luang dan kegiatan rekreasi baru. Ini dapat mendukung pemulihan jika dilanjutkan ketika pasien kembali ke masyarakat.

Karena pekerjaan sangat penting untuk reintegrasi dan pemulihan, residen biasanya dipersiapkan untuk bekerja melalui pendidikan, layanan kejuruan, dan pelatihan kerja. Layanan kejuruan meliputi konseling pekerjaan, pelatihan wawancara kerja, penulisan resume, serta lamaran kerja dan layanan penempatan. Pelatihan kerja memungkinkan residen mempelajari keterampilan dan mengembangkan kepercayaan diri. Aktivitas kerja dan pendidikan adalah intervensi terapeutik yang dikombinasikan dengan metode lain untuk mempersiapkan residen kembali memasuki masyarakat.

Seperti dalam pengaturan awatan lainnya, konfrontasi verbal yang keras atau teknik mempermalukan harus dihindari. Demikian juga, penting untuk menghindari teknik hukuman atau restriktif (termasuk pengendalian fisik) dan intervensi lain yang membahayakan keselamatan atau martabat individu.

Dokumentasi pasien

Catatan pasien tertulis atau elektronik harus disimpan secara rahasia di lokasi yang aman dan hanya dapat diakses oleh staf yang terlibat langsung dalam rawatan. Dokumentasi yang tepat harus mencakup setidaknya:

- persetujuan yang ditandatangani untuk rawatan dan kesepakatan tentang aturan program
- menandatangani kebijakan kerahasiaan dan etika
- penilaian pasien
- rencana rawatan dan tata laksana pasien untuk setiap residen
- Pengkajian atau pembaruan rencana rawatan secara rutin dengan memasukkan rincian rawatan, kemajuan rawatan, dan perubahan apapun yang berbeda dari tujuan awal
- catatan kepulangan pasien dengan ringkasan penyelesaian rawatan pasien.

Lama rawatan

Rawatan jangka panjang harus berlangsung setidaknya tiga bulan dan kemungkinan besar jauh lebih lama bergantung dari kebutuhan pasien. Rawatan yang cukup panjang dan intensitas yang baik akan meningkatkan kesempatan residen untuk mengkonsolidasikan dan menginternalisasi setiap perubahan perilaku dan kesiapan mereka untuk menjalani kehidupan bebas napza di masyarakat mereka. Durasi rawatan yang diperlukan untuk mencapai titik ini bervariasi untuk setiap residen.

Pemulangan dan tindak lanjut

Banyak pasien membutuhkan dukungan farmakologis dan psikososial secara terus-menerus setelah keluar dari rawatan jangka panjang. Manajemen rujukan yang efektif ke aftercare (atauerawatan berkelanjutan) harus tersedia untuk menindaklanjuti orang-orang setelah pulang. Lihat bagian 4.2.6 untuk rincian lebih lanjut tentang tata laksana pemulihan.

Kepegawaian

Unofficial Translation

Penempatan staf untuk fasilitas rawatan jangka panjang atau residensial bergantung pada jenis layanan dan kategori pasien. Berdasarkan pada ukuran program rawatan, pemberian rawatan yang optimal biasanya membutuhkan tim multidisiplin profesional dan sukarelawan terlatih.

Komunitas terapeutik dan layanan rawatan jangka panjang lainnya memerlukan pengawasan medis. Dokter medis, termasuk psikiater jika memungkinkan, harus siap siaga atau tersedia selama beberapa jam setiap minggu. Fasilitas rawatan residensial untuk orang-orang dengan kondisi komorbiditas parah perlu memiliki layanan rawatan medis di lokasi pada siang hari dan sesuai permintaan pada malam hari.

Konselor, perawat, dan petugas sosial harus hadir di lokasi program setiap saat. Mantan residen dan individu yang baru pulih dari gangguan penggunaan napza dan bekerja sebagai staf bisa menjadi panutan yang berharga bagi penghuni. Lebih disukai jika mereka bekerja di luar program rawatan dan mendapatkan pelatihan profesional sebagai konselor atau petugas kelompok. Bagi para profesional yang mulai bekerja dalam program residensial jangka panjang, disarankan untuk menghabiskan waktu di program sebelum direkrut atau segera sesudah direkrut

Pertimbangan keamanan

Semua program rawatan di residensial harus menyediakan kondisi yang aman bagi staf dan penghuni untuk memastikan lingkungan hidup dan belajar yang aman secara psikologis dan fisik.

Lingkungan dan tampilan fisik fasilitas program dan penampilan sangat penting karena residen mungkin akan tinggal di Program selama beberapa bulan. Fasilitas harus terasa seperti rumah dan bukan seperti penjara atau rumah sakit. Penting untuk menetapkan dan mempertahankan larangan penggunaan alkohol dan obat-obatan. Namun, penghuni tidak perlu berhenti minum obat psikoaktif yang diresepkan, seperti antidepresan, metadon atau buprenorfin, yang digunakan di bawah pengawasan medis untuk mengobati gangguan kejiwaan atau penggunaan napza, kecuali jika dinyatakan lain secara medis. Prosedur, termasuk untuk penyimpanan, pengeluaran dan pemberian obat, harus tersedia untuk pengelolaan obat yang diresepkan.

Perilaku yang tidak dapat diterima, seperti konsumsi napza atau alkohol, kekerasan, pencurian, dan aktivitas seksual antar residen dapat berakibat dikeluarkannya residen program. Skrining toksikologi urin dilakukan secara rutin kepada residen saat kembali ke tempat rawatan setelah cuti sementara waktu dan ketika residen dicurigai menggunakan napza. Skrini ini dapat membantu menjaga lingkungan bebas napza. Harus ada prosedur untuk melaporkan dan mengelola insiden yang tidak aman, seperti pelecehan fisik atau seksual. Harus ada prosedur yang jelas untuk menangani pelanggaran terhadap aturan dan nilai program dengan cara yang proporsional dengan keadaan tertentu. Kontak dengan pengunjung harus dibatasi, dipantau atau diawasi, terutama pada tahap awal perawatan.

Jika seseorang dipulangkan atau tidak dirawat, mereka harus diberi tahu tentang cara mengidentifikasi dan mengelola overdosis, serta menerima informasi tentang pilihan rawatan, dukungan, dan perawatan lain.

Criteria for the completion of the programme and indicators of its effectiveness

Kriteria untuk penyelesaian program dan indikator efektivitasnya

Evaluasi keberhasilan perawatan individu dan kesiapan mereka untuk pulang harus mempertimbangkan beberapa faktor termasuk:

- kesehatan fisik dan jiwa;
- motivasi untuk melanjutkan rawatan, dan memelihara pemulihan setelah pulang;
- kemampuan dan motivasi untuk terlibat dalam pekerjaan atau pendidikan dan untuk berkontribusi kepada masyarakat;
- peningkatan keterampilan pengelolaan diri dan kemampuan untuk mengatur emosi;
- memahami faktor dan pemicu yang mungkin berkontribusi terhadap penggunaan napza dan relaps serta menunjukkan kemampuan untuk mengenali dan mengelola hasrat untuk napza;
- peningkatan keterhubungan sosial, fungsi dan kemauan untuk beralih dari jaringan penggunaan napza ke jaringan sosial yang menghargai pantang dan pemulihan; dan

Unofficial Translation

- pengembangan keterampilan, hobi dan minat baru yang dapat dilanjutkan setelah keluar.

Beberapa program rawatan jangka panjang residensial menawarkan fase rawatan transisi atau *re-entry* untuk mempersiapkan residennya. Selama fase ini, penghuni secara bertahap dapat menghabiskan lebih banyak waktu di luar komunitas (mengejar pendidikan atau pekerjaan) sambil tetap berpartisipasi dalam program ini sebagai residen. Periode transisi Ini adalah periode peningkatan kontak dengan masyarakat luas saat residen masih mendapat manfaat dari keamanan, stabilitas dan dukungan yang diberikan oleh layanan program. Kondisi ini memungkinkan residen untuk mempraktikkan keterampilan yang baru diperoleh, mempertahankan pantang, mengembangkan hubungan dan jaringan pertemanan baru yang mendukung dan, jika sesuai, membangun kembali hubungan dengan keluarga dekat mereka.

Fungsi keseluruhan dan efektivitas program rawatan jangka panjang di rumah sakit dapat dievaluasi dengan kombinasi indikator proses (termasuk layanan apa yang diberikan atau tujuan apa yang dipenuhi oleh pasien selama masa perawatan) dan ukuran objektif dari hasil jangka panjang pasien setelah keluar.

Indikator dapat mencakup proporsi pasien yang:

- menjalani rawatan secara lengkap;
- masuk ke rawatan lanjutan atau tata laksana pemulihan setelah pulang, misalnya, proporsi pasien yang masuk dalam rawatan lanjutan setelah pulang;
- rawatan lengkap dan mempertahankan pantang dari penggunaan napza pada masa tindak lanjut (misalnya, pada interval enam bulanan) yang dibuktikan dengan laporan diri dan tanda-tanda pemulihan lainnya.

Persyaratan utama untuk pengaturan rawatan jangka panjang atau residensial

- Pengaturan rawatan residensial jangka panjang memiliki program terapeutik yang terencana.
- Semua pasien menjalani penilaian komprehensif.
- Semua pasien memiliki rencana rawatan individual tertulis, dikaji secara rutin berdasarkan penilaian mereka.
- Terdapat jadwal kegiatan kelompok harian yang terstruktur dan konsisten.
- Program rawatan memiliki rantai akuntabilitas klinis yang jelas.
- terdapat hak-hak istimewa yang jelas dan disertai dengan alasan dan proses untuk pengalokasiannya.
- Layanan mengambil tanggung jawab untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan fisik pasien.
- Terdapat kebijakan tertulis, prosedur, dan pengawasan klinis yang memadai untuk terapi farmakologis dan manajemen obat yang diresepkan.
- Layanan dilengkapi untuk mempersiapkan residen untuk hidup mandiri di masyarakat yang lebih luas.
- Fasiltas rawatan terdaftar dan fasilitas rawatan jangka panjang lainnya memenuhi standar minimum nasional untuk pengaturan tempat tinggal.
- Terdapat kriteria yang pasti untuk dikeluarkannya pasien dari rawatan seperti telah terjadi pelanggaran aturan layanan rawatan, kekerasan, dan penggunaan obat yang tidak diresepkan secara terus menerus.
- Terdapat kode etik yang ketat untuk staf. Dianjurkan untuk membentuk dewan eksternal sebagai fungsi pengawasan untuk memastikan bahwa direktur dan staf fasilitas rawatan jangka panjang mematuhi praktik dan etika yang baik dan tidak menyalahgunakan kekuasaan mereka.
- Terdapat kriteria yang telah ditetapkan untuk pengelolaan situasi risiko spesifik (seperti keracunan dan risiko bunuh diri).
- Pemulangan didasarkan pada pertimbangan status pemulihan pasien.
- Perhatian diberikan pada rawatan dan dukungan lebih lanjut (keluarga, sosial atau lainnya) yang mungkin diperlukan, berdasarkan diagnosis, tujuan, dan sumber daya pasien.
- Rencana rawatan dieksplorasi dengan memetakan jalur alternatif yang mungkin diikuti jika terjadi kegagalan sebagian atau seluruhnya dari rencana awal, atau dikeluarkan dari layanan rawatan gangguan napza.
- Layanan memiliki kebijakan untuk kondisi kerja yang aman dan pengelolaan situasi yang tidak aman.

Unofficial Translation

- Struktur dan manajemen program rawatan jangka panjang didefinisikan, peran dan kompetensi posisi individu diuraikan, dan pemilihan staf, metode perekrutan dan pelatihan dipastikan mematuhi norma-norma hukum yang berlaku dan aturan internal yang telah ditetapkan.
- Catatan pasien tertulis atau elektronik disimpan dengan cara yang menghormati kerahasiaan pasien.
- Kasus-kasus yang melibatkan pelanggaran hak-hak pasien oleh pegawai didokumentasikan, sebagaimana diperlukan, dalam catatan staf pegawai tersebut, bersama dengan langkah-langkah tepat yang diambil.
- Rawatan khusus untuk gangguan penggunaan napza hanya diberikan oleh personel dengan kualifikasi dan lisensi yang relevan (seperti dalam bidang medis, psikologis, psikoterapi, sosial dan pendidikan), dan selalu dengan persetujuan pasien.

4.2 Modalitas dan intervensi rawatan

4.2.1 Skrining, intervensi singkat, dan rujukan ke rawatan

Deskripsi

Skrining, intervensi singkat, dan rujukan ke rawatan atau skrining dan intervensi singkat adalah intervensi berbasis bukti yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengurangi, dan mencegah gangguan penggunaan napza, terutama di lingkungan kesehatan yang tidak memiliki spesialisasi dalam pengobatan gangguan penggunaan napza (WHO, 2016). Semua profesional kesehatan dapat mengambil manfaat dari pelatihan SBIRT, khususnya personel yang bekerja dengan populasi yang prevalensi penggunaan napzanya tinggi atau dengan orang yang memiliki gangguan penggunaan napza.

Skrining

Skrining adalah proses singkat untuk mengidentifikasi indikator keberadaan kondisi tertentu. Indikator mencerminkan kebutuhan individu akan perawatan dan menentukan apakah penilaian menyeluruh diperlukan (SAMHSA, 2015). Alat skrining yang digunakan untuk tujuan ini dapat dikelompokkan menjadi dua kategori:

- alat pelaporan diri (wawancara, kuesioner laporan diri)
- penanda biologis (kadar alkohol dalam darah, keberadaan napza dalam air liur, serum atau urin).

Alat pelaporan diri memiliki keuntungan karena secara fisik tidak invasif dan murah. Alat skrining pelaporan diri yang baik harus singkat, mudah digunakan dan ditafsirkan, mencakup alkohol dan obat-obatan lainnya, serta peka secara klinis dan cukup spesifik untuk mengidentifikasi orang yang membutuhkan intervensi singkat atau rujukan ke rawatan.

Untuk meningkatkan keakuratan alat pelaporan diri, penting untuk memastikan kerahasiaan pasien dan mewawancarai mereka dalam pengaturan yang mendorong pelaporan yang jujur dan mengajukan pertanyaan yang jelas dan obyektif.

Terdapat serangkaian alat yang telah divalidasi untuk skrining gangguan penggunaan napza. Alat tersebut mencakup *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) yang merupakan alat skrining berbasis bukti yang dikembangkan dan direkomendasikan oleh WHO (WHO, 2010a). ASSIST terdiri dari delapan pertanyaan tentang konsumsi alkohol, rokok, dan penggunaan napza (termasuk penggunaan napza suntik). Pertanyaan-pertanyaan tersebut mengidentifikasi penggunaan napza individu sebagai penggunaan yang berbahaya (*hazardous*), berdampak buruk (*harmful*), dan ketergantungan. Alat ini diikembangkan secara khusus untuk pengaturan layanan primer, disarankan untuk dilakukan melalui wawancara atau diisi sendiri oleh klien.

Setelah skrining, alat tambahan dapat digunakan untuk melakukan penilaian lebih rinci terhadap pasien. Alat ini mencakup *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky & Woody, 1980), yang mengevaluasi tingkat keparahan gangguan penggunaan narkoba dan zat lain serta masalah terkait lainnya. (termasuk masalah

Unofficial Translation

kejiwaan, kesehatan fisik, dan keluarga). Ketika pasien tidak dalam kondisi putus obat akut, kita dapat mempertimbangkan wawancara terstruktur untuk gangguan kejiwaan. Alat untuk tujuan ini mencakup, di antaranya, *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan et al, 1998; Sheehan, 2016), *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID) (First et al, 2015) atau *Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module* (CIDI-SAM) (Cottler , 2000). Alat-alat tersebut sangat berguna untuk mendiagnosis gangguan penggunaan napza serta mengidentifikasi kondisi kejiwaan yang terjadi bersamaan.

Meskipun penanda biologis mungkin berguna dalam kerangka SBIRT ketika pasien tidak dapat merespon terhadap wawancara langsung (misalnya saat sadar dalam perawatan intensif), informasi tetap diperlukan untuk memperoleh hasil skrining. Namun, lebih disukai untuk menggunakan alat skrining laporan diri pada pasien yang sadar.

Intervensi singkat

Intervensi singkat adalah terapi terstruktur dengan durasi pendek (biasanya 5 - 30 menit) yang tujuannya adalah untuk membantu seseorang menghentikan atau mengurangi penggunaan zat psikoaktif atau (kurang umum) untuk menangani masalah kehidupan lainnya. Intervensi ini dirancang terutama untuk dokter umum dan petugas layanan kesehatan primer lainnya (WHO, 2001; WHO, 2010b). Dengan mengikuti pendekatan yang berpusat pada klien dan berbasis kekuatan, pasien diberdayakan dan dimotivasi untuk mengambil tanggung jawab dan mengubah perilaku penggunaan napza. Jika tersedia dan perlu, intervensi singkat dapat diperpanjang satu atau dua sesi untuk membantu pasien mengembangkan keterampilan dan sumber daya yang diperlukan untuk berubah atau untuk tindak lanjut dalam upaya menilai apakah rawatan lebih lanjut diperlukan.

Intervensi singkat yang efektif membutuhkan beberapa langkah dasar. Pertama, petugas membahas topik penggunaan napza sehubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan pasien dan bagaimana penggunaan napza tersebut berhubungan dengan situasi pasien saat ini. Diskusi berpusat pada pasien, dengan strategi seperti merangkum dan refleksi yang digunakan untuk memberikan umpan balik. Pasien diminta untuk berbicara tentang perubahan dan untuk menetapkan tujuan yang realistis. Sesi berakhir dengan rangkuman dari petugas dan pemberian umpan balik positif untuk memberdayakan pasien dalam mengambil tanggung jawab untuk mengubah perilaku mereka.

Komponen intervensi singkat yang efektif dapat diringkas dalam kerangka FRAMES:

- *Feedback* atau umpan balik diberikan kepada individu tentang risiko atau gangguan pribadi mereka
- *Responsibility* atau tanggung jawab perubahan ditempatkan pada individu
- *Advice* atau saran untuk perubahan diberikan oleh petugas
- *Menu* untuk bantuan mandiri (*self-help*) atau pilihan pengobatan alternatif ditawarkan
- *Emphatic style* atau gaya empati digunakan dalam konseling
- *Self-efficacy* atau efikasi diri atau pemberdayaan yang optimistis kemudian muncul.

WHO merekomendasikan pendekatan sembilan langkah berikut untuk intervensi singkat setelah skrining ASSIST (WHO, 2010b):

- bertanya kepada klien apakah mereka tertarik melihat skor kuesioner ASSIST mereka
- menggunakan kartu laporan umpan balik ASSIST untuk memberikan umpan balik yang dipersonalisasi untuk klien tentang skor mereka
- memberikan saran tentang cara mengurangi risiko yang terkait dengan penggunaan napza
- mengijinkan klien untuk mengambil tanggung jawab utama atas pilihan mereka
- menanyakan kepada klien seberapa peduli mereka dengan skor mereka
- menimbang hal-hal baik tentang penggunaan napza dibandingkan hal-hal yang kurang baik tentang dari penggunaan napza
- meringkas dan menganalisis pernyataan klien tentang penggunaan napza mereka, dengan penekanan pada 'hal-hal yang kurang baik'
- menanyakan kepada klien seberapa peduli mereka dengan hal-hal yang kurang baik
- memberi klien bahan yang bisa dibawa pulang untuk mendukung intervensi singkat.

Unofficial Translation

Rujukan ke rawatan

Setelah skrining dan penilaian lanjutan yang dilakukan pada seseorang mengkonfirmasi bahwa ia mengalami gangguan penggunaan napza yang signifikan secara klinis atau penggunaan polysubstance yang serius, atau ada kondisi kesehatan psikiatris atau fisik yang terjadi secara bersamaan, ia harus dirujuk ke fasilitas yang paling tepat untuk rawatan tanpa ada penundaan. Rujukan mungkin dipercepat dengan membuat janji dengan pusat rawatan di hadapan pasien, menggunakan 'navigator pasien' yang menemani pasien ke pusat rawatan, dan dengan menindaklanjuti dengan pasien terkait pendaftarannya ke dalam program rawatan. Metode rujukan yang paling efisien melibatkan memulai dan menyediakan rawatan untuk gangguan penggunaan napza di pengaturan atau tempat yang melakukan SBIRT.

REKOMENDASI WHO
(mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)

- Individu yang menggunakan ganja harus ditawari intervensi singkat ketika mereka terdeteksi di pengaturan layanan kesehatan non-spesialis. Intervensi singkat harus terdiri dari sebuah sesi tunggal selama 5-30 menit yang memadukan umpan balik dan saran yang diindividualisasi untuk mengurangi konsumsi ganja/psikostimulan dan menawari tindak lanjut (follow up)
- Orang dengan masalah yang terus berlangsung terkait penggunaan ganja dan obat psikostimulan yang tidak merespons terhadap intervensi singkat harus dipertimbangkan untuk dinilai oleh spesialis atau secara khusus.

4.2.2 Intervensi psikososial berbasis bukti

Deskripsi

Intervensi psikososial harus digunakan dalam program rawatan rawat jalan untuk mengatasi faktor motivasi, perilaku, psikologis, dan psikososial lain yang terkait dengan gangguan penggunaan napza. Intervensi ini telah terbukti efektif dalam mengurangi penggunaan napza, mempromosikan pantang, dan mencegah kekambuhan. Intervensi psikososial juga dapat berfungsi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap rawatan dan terapi obat-obatan. Gangguan penggunaan napza yang berbeda memerlukan intervensi lain. Berikut adalah sejumlah intervensi yang telah terbukti efektif: psikoedukasi, terapi perilaku kognitif, wawancara motivasi (*motivational interviewing*), pendekatan penguatan masyarakat; terapi peningkatan motivasi; terapi keluarga; manajemen kontingensi; terapi perilaku dialektik; terapi kognitif berbasis kesadaran; terapi penerimaan dan komitmen; terapi perilaku kognitif yang berfokus pada trauma, kelompok dukungan (*mutual help*) (termasuk kelompok 12 langkah), dan dukungan termpat tinggal dan pekerjaan (WHO, 2016).

Terapi perilaku kognitif

Terapi perilaku kognitif atau *cognitive- behavioral therapy* (CBT) didasarkan pada pemahaman bahwa pola perilaku dan proses kognitif terkait penggunaan napza merupakan pola yang dipelajari dan dapat dimodifikasi. Selama rawatan, pasien diperkenalkan dengan keterampilan menangani masalah (*coping*) dan strategi kognitif baru untuk menggantikan pola perilaku dan pola pikir maladaptif. Sesi terapi CBT disusun dengan tujuan spesifik yang harus dicapai pada setiap sesi dan difokuskan pada masalah langsung yang dihadapi oleh pasien. CBT dapat digunakan sebagai pendekatan jangka pendek yang dapat diadaptasikan kepada berbagai jenis pasien dan pengaturan dan berlaku untuk sesi rawatan individu maupun kelompok. CBT dapat bekerja dengan baik ketika digabungkan dengan berbagai perawatan psikososial dan farmakologis lainnya.

Manajemen kontingensi

Manajemen kontingensi (*contigency management,* CM) melibatkan pemberian imbalan konkret kepada pasien untuk memperkuat perilaku positif seperti pantang, kehadiran di rawatan, dan kepatuhan terhadap pengobatan, atau tujuan rawatan khusus pasien tersebut. Efektivitas CM membutuhkan hasil positif yang dengan ukuran objektif yang disepakati (biasanya uji toksikologi urin dan hasil skrining obat negatif) dan umpan balik

Unofficial Translation

segera. Hasil tes narkoba memberikan indikator kemajuan rawatan dan dapat dibahas dalam sesi terapi untuk meningkatkan pemahaman tentang kondisi pasien. Pendekatan CM, yang dapat dikombinasikan dengan CBT, sering digunakan sebagai bagian dari rawatan yang berfokus pada penguatan perilaku baru yang bersaing dengan penggunaan napza.

Pasien menjalani CM, tidak seperti pasien yang menjalani jenis rawatan lain, sering menunjukkan pengurangan awal penggunaan napza yang lebih besar. Namun, diragukan apakah efek ini dapat bertahan tanpa menggunakan CM dalam kombinasi dengan pendekatan rawatan lainnya. CM telah terbukti sangat berguna dalam merawat pasien dengan gangguan penggunaan amfetamin dan kokain, membantu mengurangi berhenti dari rawatan, dan membantu mengurangi penggunaan napza. Penelitian lain menemukan bahwa ketika CM menggunakan voucher untuk memberi hadiah kepada pasien untuk pencapaian yang signifikan dalam perawatan mereka, tindakan ini sebenarnya meningkatkan jumlah pasien yang mendapat pekerjaan. Meskipun banyak penelitian menggunakan hadiah uang, sangatlah penting untuk mengadaptasi CM sesuai dengan budaya dan masyarakat sekitar dan dengan masukan dari pasien.

Pendekatan penguatan masyarakat

Pendekatan penguatan komunitas adalah pendekatan perilaku untuk mengurangi penggunaan napza melalui modifikasi cara orang dengan gangguan penggunaan napza berinteraksi dengan masyarakat mereka untuk mendapatkan penguatan yang lebih positif dari interaksi tersebut. Praktisi pendekatan penguatan masyarakat mendorong klien untuk secara progresif menyusun serangkaian kegiatan menyenangkan yang tidak terkait dengan penggunaan napza, seperti interaksi keluarga yang positif, kegiatan sosial yang sehat atau bekerja. Strategi pendekatan penguatan masyarakat meliputi: mengembangkan keterampilan (seperti komunikasi, sosial, pekerjaan, penyelesaian masalah, penolakan napza dan keterampilan untuk pencegahan kambuh) orang dengan gangguan penggunaan napza; mendorong klien untuk melihat setiap aspek kehidupan mereka yang penting bagi kebahagiaan mereka, dan bekerja dengan anggota keluarga dan anggota masyarakat lain tempat klien berada untuk mendorong interaksi mereka menjadi lebih positif.

Wawancara motivasi (*motivational interviewing*) dan terapi peningkatan motivasi

Wawancara motivasi atau *motivational interviewing* (MI) adalah intervensi psikososial untuk meningkatkan motivasi dalam mengubah perilaku. Pendekatan ini bersifat kolaboratif, menggugah dan mengakui otonomi pasien. Dokter berperan sebagai penasihat, bukan petugas yang otoritatif, dan berupaya memahami apa yang menurut pasien berharga. Tindakan ini akan membangun empati dan menumbuhkan aliansi terapeutik yang dapat mendorong perubahan perilaku. Pasien mungkin menyadari bahwa perilaku penggunaan napza mereka tidak konsisten dengan hal-hal yang penting bagi mereka. MI juga merupakan pendekatan yang menjanjikan untuk mengurangi perilaku berisiko tinggi, seperti seks tanpa kondom dan berbagi jarum. Satu atau dua sesi MI cukup memadai untuk penggunaan napza ringan. MI dapat diperpanjang hingga enam sesi atau lebih (dan pendekatannya kemudian disebut terapi peningkatan motivasi) untuk mengobati gangguan penggunaan napza yang lebih parah.

Pendekatan rawatan yang berorientasi keluarga

Pendekatan rawatan berorientasi keluarga formal adalah kumpulan metode yang mengakui pentingnya hubungan keluarga dan budaya dalam perilaku. Pendekatan memanfaatkan atau menggunakan sistem keluarga atau hubungan keluarga untuk secara positif mempengaruhi perilaku anggota keluarga dengan gangguan penggunaan napza. Konsep keluarga dapat mencakup banyak hubungan keluarga: pasangan menikah tanpa anak, keluarga inti atau keluarga besar, pasangan yang tinggal bersama dengan atau tanpa anak, keluarga orang tua tunggal, dan keluarga 'campuran' yang terdiri dari pasangan dengan anak-anak dari hubungan sebelumnya.

Pendekatan rawatan yang berorientasi keluarga telah terbukti efektif dalam meningkatkan keterlibatan dalam rawatan, mengurangi penggunaan napza, dan meningkatkan partisipasi dalam rawatan jika dibandingkan dengan rawatan yang berfokus pada pasien secara individu. Pendekatan yang berorientasi keluarga sangat berguna dalam mengedukasi pasien dan keluarga mereka tentang sifat gangguan penggunaan napza dan proses pemulihan. Pendekatan berorientasi keluarga yang diidentifikasi sebagai pendekatan yang efektif untuk

Unofficial Translation

gangguan penggunaan napza yang berbeda mencakup terapi perilaku pasangan, terapi keluarga strategis singkat, terapi keluarga fungsional,terapi multisistemik, dan terapi keluarga multidimensi.

Terapi keluarga multidimensi tampaknya sangat efektif dalam mengobati ketergantungan ganja pada remaja.Terapi perilaku pasangan telah lebih banyak diteliti sebagai bagian dari pengobatan ketergantungan alkohol dan pada pasien dengan gangguan penggunaan opioid dan kokain serta mungkin juga berlaku untuk tata laksana gangguan penggunaan napza lainnya.

Bekerja dengan keluarga juga dapat membantu ketika pasien menolak untuk berpartisipasi dalam rawatan, seperti dengan menggunakan pendekatan terapi keluarga unilateral atau penguatan masyarakat dan pelatihan keluarga. UNODC telah menyusun materi pelatihan terapi keluarga, yang berada dalam domain publik[2] untuk rawatan gangguan penggunaan napza di kalangan remaja.

Kapanpun memungkinkan dan sesuai, keluarga dan pengasuh orang dengan gangguan penggunaan napza harus berpartisipasi dan mendukung proses rawatan, sambil tetap menghormati kerahasiaan pasien. Partispasi ini mencakup berbagi informasi yang benar tentang gangguan penggunaan napza dan rawatannya (dengan mengingat masalah kerahasiaan); menilai kebutuhan kesehatan pribadi, sosial dan jiwa; dan memfasilitasi akses ke kelompok dukungan untuk keluarga dan pengasuh (jika tersedia) dan sumber daya sosial lainnya.

Mutual-help group (Kelompok dukungan)

Kelompok dukungan (*mutual-help group*) seperti *Narcotics Anonymus,* program dukungan sebaya 12 langkah, dan entitas yang digerakkan oleh sebaya dan bersifat saling membantu dapat mendukung individu dengan gangguan penggunaan napza. Kelompok semacam itu memberikan informasi, kegiatan terstruktur, dan dukungan sebaya dalam lingkungan yang tidak menghakimi. Terdapat kebutuhan untuk memberikan n informasi tentang kelompok dukungan setempat kepada pasien berserta rincian kontaknya. Penyedia layanan juga dapat memfasilitasi keterlibatan pasien dengan merujuk secara langsung atau membantu pasien mempertahankan kontak yang bertahan lama dengan perwakilan dari inisiatif dukungan sebaya yang tersedia di daerah setempat.

REKOMENDASI WHO
(mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)

- Intervensi psikososial termasuk manajemen kontingensi, dan terapi perilaku kognitif (CBT) dan terapi keluarga dapat ditawarkan untuk pengobatan ketergantungan psikostimulan.
- Intervensi psikososial berdasarkan terapi perilaku kognitif atau terapi peningkatan motivasi (MET) atau terapi keluarga dapat ditawarkan untuk tata laksana ketergantungan ganja.
- Intervensi psikososial termasuk terapi perilaku kognitif (CBT), terapi pasangan, terapi psikodinamik, terapi perilaku, terapi jaringan sosial, manajemen kontingensi dan intervensi motivasi, dan fasilitasi dua belas langkah dapat ditawarkan untuk pengobatan ketergantungan alkohol.

4.2.3 Intervensi farmakologis berbasis bukti

Deskripsi

Obat-obatan dapat sangat membantu dalam menata laksana dan/atau mengobati berbagai gangguan akibat penggunaan napza, seperti keracunan, overdosis, putus obat, ketergantungan, dan gangguan kejiwaan yang disebabkan oleh napza atau terkait napza. Intervensi farmakologis harus diberikan bersamaan dengan intervensi psikososial.

Intervensi farmakologis untuk tata laksana putus obat

Gejala putus obat yang tidak diakui dan tidak diobati akan memunculkan risiko dikeluarkannya pasien dari rawatan. Tata laksana gejala putus obat, yang juga dikenal sebagai "detoksifikasi", biasanya menjadi perhatian utama jika pasien memiliki riwayat penggunaan opioid alkohol, benzodiazepine, barbiturate atau ketergantungan polysubstance yang parah dan sering berlarut-larut. Kondisi ini mengharuskan adanya protokol

penanganan putus obat berbasis bukti, yang biasanya merupakan pendekatan farrmakoterapi yang disertai dengan istirahat, nutrisi, dan konseling motivasi.

Putus obat opioid

Terapi farmakologis untuk penghentian penggunaan opioid melibatkan pengobatan jangka pendek dengan metadon dan buprenorfin, atau alpha-2 agonis adrenergik (clonidine atau lofexidine). Jika tak satu pun dari obat tersebut tersedia, pilihan lain adalah dengan menggunakan dosis opioid lemah yang terus dikurangi serta obat-obatan untuk mengobati gejala spesifik yang muncul. Namun, orang dengan ketergantungan opioid umumnya merespon lebih baik terhadap rumatan agonis opioid jangka panjang karena, dengan sendirinya, detoksifikasi membuat mereka berisiko lebih besar mengalami overdosis.

REKOMENDASI WHO
(mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)

- Layanan untuk putus obat opioid harus terstruktur sedemikian rupa sehingga layanan putus obat bukan merupakan layanan yang berdiri sendiri tetapi terintegrasi dengan opsi rawatan yang sedang berjalan.
- Layanan putus obat opioid harus direncanakan bersama-sama dengan rawatan yang sedang berjalan.
- Untuk tata laksana putus obat opioid, dosis opioid agonsist (metadon atau bufrenorfin) yagn semakin menurun harus lebih dipilih untuk digunakan meskipun agonis alfa-2-adernergik juga dapat digunakan.
- Klinisi tidak boleh menggunakan kombinasi antagonis opioid dan sedasi berat dalam tata laksana putus obat opioid
- Klinisi tidak boleh secara rutin menggunakan kombinasi agnost opioid dan sedassi minimal dalam tata laksana putus obat opioid
- Layanan psikososial harus secara rutin ditawarkan bersamaan dengan rawatan farmakologis untuk putus obat opioid.

Putus obat untuk obat penenang, hipnotik, atau ansiolitik

Pasien yang dirawat di program rawatan harus ditanyai tentang penggunaan polysubstance, termasuk alkohol dan penggunaan obat penenang, dan dimonitor untuk mengamati timbulnya gejala putus obat, atau diobati secara profilaksis jika dianggap berisiko tinggi terkait potensi putus obat dari penenang, hipnotik atau ansiolitik (penggunaan berat atau berlarut-larut, atau riwayat episode putus obat sebelumnya).

Putus obat pada obat penenang, hipnotik, atau ansiolitik dapat secara efektif diobati dengan benzodiazepin *long-acting*, dimulai dengan dosis yang cukup untuk meredakan gejala putus obat dan terus dikurangi dengan perlahan selama beberapa hari atau minggu. Terdapat kebutuhan untuk memantau pasien guna berjaga-jaga terhadap timbulnya gejala alkohol berat atau putus obat obat penenang-hipnosis, termasuk kejang, ketidakstabilan kardiovaskular, dan delirium. Penting untuk memastikan bahwa rawatan tidak hanya memperpanjang penggunaan obat penenang-hipnosis.

Putus obat stimulan

Putus obat stimulan kurang didefinisikan dengan baik dibandingkan dengan sindrom putus obat dari zat yang menyebabkan depresi sistem saraf pusat. Namun demikian, dalam putus obat stimulan, depresi sangat menonjol dan disertai oleh malaise, inersia, dan ketidakstabilan suasana hati. Pengobatan farmakologis untuk putus obat stimulan, jika diindikasikan, harus simtomatik atau difokuskan pada tata laksana gejala.

Putus obat ganja

Sindrom putus obat ganja yang ditandai dengan insomnia, sakit kepala, perasaan murung, dan mudah tersinggung, dapat terjadi pada pengguna berat ganja. Terapi farmakologis untuk putus obat ganja atau kanabis, jika diindikasikan, harus bersifat simptomatik atau terfokus pada tata laksana gejala.

Unofficial

Zat lainnya

Pengelolaan putus obatobat psikoaktif lain, termasuk zat psikoaktif baru, harus didasarkan pada bukti ilmiah tentang praktik terbaik terbaru.

REKOMENDASI WHO
(mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)

- Penanganan putus obat untuk ganja, kokain atau amfetamin paling baik dilakukan dalam lingkungan yang mendukung. Tidak ada obat khusus yang direkomendasikan untuk pengobatan putus obat untuk obat-obatan tersebut.
- Peredaan gejala (misalnya agitasi, gangguan tidur) dapat dicapai dengan pengobatan simtomatik untuk periode sindrom putus obat. Depresi atau psikosis dapat terjadi selama putus obat meski lebih jarang, dan dalam kasus-kasus ini individu perlu dipantau secara ketat dan saran dicari dari spesialis yang relevan, jika tersedia.
- Penanganan putus obat benzodiazepin paling baik dilakukan dengan cara yang terencana (elektif) dengan menggunakan dosis yang semakin berkurang secara bertahap selama 8-12 minggu dan dengan konversi ke benzodiazepin long-acting daripada short acting kerja lama, daripada menggunakan yang kerja pendek. Dukungan psikososial sangat membantu bagi individu yang menjalani regimen obat yang terus dikurangi. Sindrom putus obat benzodiazepin, jika tidak dikendalian, dapat menjadi parah; jika gejala putus obat yang parah terjadi (atau terjadi dengan cara yang tidak direncanakan pada penghentian obat-obatan ini secara tiba-tiba), saran spesialis harus diperoleh mengenai dimulainya rejimen sedasi benzodiazepine dosis tinggi dan rawat inap.
- Pada individu yang mengalami putus obat benzodiazepin, keberadaan komorbiditas fisik (seperti kejang atau nyeri kronis) atau komorbiditas psikiatrik dapat menjadi indikasi tambahan untuk rawat inap.

Intervensi farmakologis untuk tata laksana ketergantungan opioid

Mengingat bahwa ketergantungan opioid umumnya bersifat kronis dan kambuhan, penerapan rawatan pencegahan kambuh jangka panjang bagi individu yang menghentikan penggunaan opioid non-medis menjadi dibutuhkan. Rawatan pencegahan kambuh harus mencakup kombinasi terapi farmakologis dan intervensi psikososial. Rawatan yang hanya mengandalkan pendekatan psikososial akan mencapai hasil yang lebih rendah dibandingkan dengan rawatan yang juga menggabungkan pengobatan yang tepat.

Terdapat dua strategi terapi farmakologis utama yang digunakan untuk mengatasi ketergantungan opioid (WHO, 2009).

- Terapi rumatan agonis opioid (OAMT) dengan opioid jangka panjang (metadon atau buprenorfin), yang dikombinasikan dengan bantuan psikososial, adalah intervensi farmakologis yang paling efektif untuk ketergantungan opioid.
- Detoksifikasi, diikuti oleh pengobatan pencegahan kambuh menggunakan antagonis opioid (naltrexone), sangat berguna untuk pasien yang termotivasi untuk tidak menggunakan opioid.

Terapi rumatan agonis opioid

Tujuan utama OAMT adalah untuk mengurangi atau mengakhiri penggunaan opioid non-medis dan risiko terkaitnya serta mendukung pantang dengan mencegah gejala putus obat, serta meminimalkan keinginan untuk mengkonsumsi zat dan efek opioid lain yang muncul jika opioid dikonsumsi.

Semua pasien yang menerima OAMT harus memiliki akses ke intervensi psikososial dan dukungan dalam pemulihan. Hubungan antara modalitas pengobatan yang berbeda harus tersedia untuk memungkinkan dukungan tersebut. Ketidakpatuhan terhadap aturan program rawatan saja seharusnya tidak secara umum menjadi dasar pemulangan paksa dari rawatan. Kebutuhan untuk memastikan keselamatan staf dan pasien lain dapat membenarkan pemulangan paksa pasien dari rawatan. Namun, sebelum seorang pasien dikeluarkan tanpa persetujuan pasien, tindakan yang wajar harus diambil untuk memperbaiki situasi, termasuk mengevaluasi kembali pendekatan rawatan yang digunakan. Jika pemulangan tidak dapat dihindari, penting

untuk melakukan segala upaya untuk merujuk pasien ke fasilitas atau cabang rawatan lain dan mencegah overdosis.

Terapi rumatan metadon

Dibandingkan dengan rawatan tanpa obat, pasien yang diterapi dengan metadon menunjukkan penurunan penggunaan heroin dan napza lainnya. Mereka memiliki tingkat kematian yang lebih rendah, lebih sedikit komplikasi medis, tingkat penularan HIV dan hepatitis yang lebih rendah, penurunan keterlibatan dalam kegiatan kriminal dan peningkatan fungsi sosial dan pekerjaan.

Penting untuk mengikuti aturan umum 'mulai dari yang rendah, dengan lambat', saat memulai penggunaan metadon. Setelah dimulai secara aman, tujuan rawatan adalah untuk mencapai dosis optimal rumatan jangka panjang untuk mencegah keinginan dan penggunaan opioid ilegal. Terdapat kebutuhan untuk secara bertahap menyesuaikan dosis awal ke atas dengan dosis ideal yang menghilangkan hasrat opioid, tanpa menginduksi sedasi atau euforia, dan memungkinkan pasien untuk berfungsi secara optimal di semua bidang kehidupan mereka. Dokter harus menyesuaikan dosis ke atas jika pasien menggunakan heroin dan ke bawah jika mereka dalam sedasi, atau siap untuk menghentikan terapi.

Efektivitas dosis rumatan etadon bergantung pada faktor individu, seperti kemampuan untuk memetabolisme obat dan gangguan metabolisme dengan obat lain (misalnya, untuk pengobatan infeksi HIV atau TB, gangguan kejiwaan atau kardiovaskular) yang dapat mengubah tingkat efektivitas metadon. Untuk mempertahankan kadar plasma yang memadai dan menghindari putus obat opioid, penting untuk memberikan metadon setiap hari dan memantau pasien secara teratur untuk kepatuhan terhadap rejimen pengobatan mereka. Pada awal pengobatan, metadon harus diberikan di bawah pengawasan. Setelah pasien stabil, dosis dibawa pulang dapat diperkenalkan, dengan mempertimbangkan hukum setempat dan penilaian risiko-manfaat individu.

Salah satu cara untuk mengurangi pengalihan metadon adalah dengan mencairkan dosis yang diawasi atau dosis 'dibawa pulang' hingga titik ketika obat paling tidak mungkin disuntikkan.

Kombinasi Buprenorfin dan buprenorfin/nalokson

Rawatan rumatan buprenorfin dan rumatan metadon memiliki tujuan dan prinsip yang sama. Namun, sementara premis untuk induksi metadon adalah 'mulai dari yang rendah, dengan lambat', induksi buprenorfin dapat dilanjutkan dengan cukup cepat ke dosis efektif setelah dosis pertama terbukti dapat ditoleransi dengan baik. Kondisi ini disebabkan oleh sifat induksi buprenorfin yang memiliki risiko toksisitas relatif rendah karena tindakan agonis parsial obat ini.

Dibandingkan dengan metadon, buprenorfin lebih sedikit berinteraksi dengan obat lain yang biasa diberikan. Seperti halnya metadon, dosis buprenorfin harus diberikan di bawah pengawasan sampai pasien stabil. Setelah itu, dimungkinkan untuk memperkenalkan dosis yang dibawa pulang dengan mempertimbangkan hukum setempat dan penilaian risiko-manfaat individu.

Untuk mencegah penggunaan buprenorfin secara non-medis, termasuk menyuntikkan atau penyalahgunaan tablet buprenorfin, obat ini juga tersedia dalam kombinasi buprenorfin-nalokson. Kombinasi ini membuatnya kurang menarik untuk penggunaan non-medis, dan penggunaannya dapat memicu gejala putus obat jika disuntikkan. Karena formulasi sublingual dapat memakan waktu hingga 15 menit untuk sepenuhnya larut dalam mulut, formulas dalam bentuki film juga telah dikembangkan dan film ini akan mengeras jika berkontak dengan air sehingga jauh lebih sulit untuk menyuntikkannya.

Terapi antagonis opioid dengan naltrexone

Terapi dengan antagonis opioid jangka panjang, naltrexone, hanya dapat dimulai setelah detoksifikasi pada individu yang tidak menggunakan opioid selama seminggu atau lebih (biasanya, mereka yang pulang dari rawatan residensial). Naltrexone digunakan untuk mencegah kekambuhan karena dapat memblokir efek opioid selama satu - dua hari. Kecuali pasien cukup termotivasi, tingkat putus pengobatannya bisa tinggi.

Naltrexone dapat bermanfaat bagi pasien yang:

Unofficial translation

- kurang memiliki akses ke terapi dengan agonis
- sangat termotivasi untuk menjauhkan diri dari semua opioid
- tidak dapat menjalani terapi agonis karena efek samping
- telah berhasil dengan terapi agonis tetapi ingin menghentikan sementara sambil tetap terlindung dari relaps.

Naltrexone tersedia dalam bentuk tablet oral yang dapat diminum setiap hari atau tiga kali seminggu untuk mempertahankan kadar obat yang diperlukan untuk menghasilkan efek terapi. Naltrexone juga tersedia dalam preparat *extended-release depot* (diberikan sebagai suntikan atau sebagai implan) dengan dosis tunggal yang dapat mempertahankan tingkat terapi obat selama tiga hingga enam minggu. Sejumlah formulasi implan naltrexone telah melaporkan durasi peredaran opioid yang lebih lama.

REKOMENDASI WHO
(WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)

- Terapi farmakologis yang dibantu secara psikososial seharusnya tidak bersifat wajib
- Terapi harus dapat diakses oleh populasi yang kurang beruntung.
- Terapi farmakologi ketergantungan opioid harus dapat diakses secara luas dan mungkin mencakup pemberian terapi dalam pengaturan layanan primer. Pasien dengan komorbiditas dapat diterapi di layanan kesehatan primer jika layanan tersebut memiliki akses konsultasi ke spesialis bila diperlukan.
- Pada saat layanan terapi dimulai, harus ada prospek yang realistis bahwa layanan akan terjangkau secara finansial.
- Pilihan terapi farmakologis esensial harus terdiri dari terapi dan layanan rumatan agonis opioid untuk tata laksana putus obat opioid. Paling tidak, pilihan ini akan mencakup metadon atau buprenorfin untuk rumatan agonis opioid dan tata laksana putus obat rawat jalan.
- Untuk mencapai cakupan dan hasil rawatan yang optimal, rawatan ketergantungan opioid harus disediakan secara gratis, atau ditanggung oleh asuransi kesehatan masyarakat.
- Rawatan farmakologis untuk ketergantungan opioid harus dapat diakses oleh semua yang membutuhkan, termasuk mereka yang berada di penjara dan pengaturan tertutup lainnya.
- Pilihan pengobatan farmakologis harus terdiri dari metadon dan buprenorfin untuk rumatan agonis opioid dan putus obat opioid, agonis adrenergik alfa-2 untuk putus obat opioid, naltrexone untuk pencegahan relaps, dan nalokson untuk pengobatan overdosis.
- Pemberian dosis metadon dan buprenorfin harus diawasi langsung pada fase awal rawatan.
- Untuk pasien dengan ketergantungan opioid yang tidak memulai rawatan rumatan agonis opioid, farmakoterapi antagonis yang menggunakan naltrexone harus dipertimbangkan setelah selesainya penanganan putus obat opioid.
- Dosis dibawa pulang dapat direkomendasikan ketika dosis dan situasi sosial stabil, dan ketika ada risiko rendah pengalihan fungsi obat untuk tujuan tidak sah.
- Dosis take-away dapat diberikan kepada pasien ketika manfaat dari berkurangnya frekuensi kehadiran dianggap lebih besar daripada risiko pengalihan penggunaan dosis, dan keputusan ini yang harus ditinjau secara teratur.
- Untuk memaksimalkan keamanan dan efektivitas program rawatan rumatan agonis, kebijakan dan peraturan harus mendorong struktur dosis fleksibel, dengan dosis awal rendah dan dosis rumatan tinggi, serta tanpa menentukan batasan pada tingkat dosis dan durasi rawatan.
- Dukungan psikososial harus tersedia untuk semua pasien yang mengalami ketergantungan opioid, dalam hubungannya dengan rawatan farmakologis dari ketergantungan opioid.
- Catatan medis terbaru harus disimpan untuk semua pasien. Catatan ini harus setidaknya mencakup riwayat, pemeriksaan klinis, penyelidikan, diagnosis, status kesehatan dan sosial, rencana rawatan dan revisinya, rujukan, bukti persetujuan, obat yang diresepkan, dan intervensi lain yang diterima. Kerahasiaan catatan pasien harus dipastikan.
- Pemulangan paksa dari rawatan dibenarkan untuk memastikan keselamatan staf dan pasien lain, tetapi ketidakpatuhan terhadap aturan program saja seharusnya tidak secara umum menjadi alasan untuk pemulangan yang bersifat tidak sukarela. Sebelum pemulangan secara paksa dilakukan, langkah-langkah yang masuk akal untuk memperbaiki situasi harus diambil, termasuk evaluasi ulang pendekatan rawatan yang digunakan.
- Otoritas kesehatan harus memastikan bahwa penyedia rawatan memiliki keterampilan dan kualifikasi yang memadai untuk menggunakan zat yang dikendalikan secara tepat. Persyaratan ini

REKOMENDASI WHO (WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009)
dapat mencakup pelatihan dan sertifikasi pascasarjana, sertifikasi pendidikan berkelanjutan, dan lisensi serta penyisihan dana untuk pemantauan dan evaluasi. • Proses yang terdokumentasi harus ditetapkan untuk memastikan pengadaan, penyimpanan, pengeluaran, dan dosis obat-obatan yang aman dan legal diikuti, khususnya untuk metadon dan buprenorfin. • Harus ada sistem untuk memantau keamanan layanan rawatan, termasuk memantau tingkat pengalihan fungsi obat.

Intervensi farmakologis untuk tata laksana gangguan karena penggunaan psikostimulan

Psikostimulan, seperti amfetamin dan kokain, adalah salah satu obat psikoaktif yang paling sering digunakan dan menjadi masalah di banyak wilayah di dunia. Hingga saat ini, tidak ada obat yang terbukti secara konsisten berkhasiat dalam mengobati gangguan penggunaan psikostimulan. Obat-obatan yang digunakan terutama berfungsi untuk mengelola gangguan kejiwaan dan gejala putus obat yang terjadi secara bersamaan.

Gejala sindrom putus obat stimulan dapat diobati dengan obat simtomatik, sesuai kebutuhan. Namun, dokter harus meresepkan obat-obatan psikoaktif dengan hati-hati, hanya untuk jangka pendek, dan memantau respons pengobatan dengan cermat karena penggunaan yang berkepanjangan dapat meningkatkan risiko toleransi dan penyalahgunaan obat.

Obat antipsikotik dan obat penenang dapat digunakan untuk tata laksana gejala psikotik yang disebabkan oleh keracunan psikostimulan akut. Mengingat bahwa banyak pasien dengan gangguan penggunaan psikostimulan memiliki gangguan kejiwaan serius yang terjadi secara bersamaan (seperti gangguan depresi mayor, gangguan bipolar, atau skizofrenia), obat-obatan psikotropika yang tepat memainkan peran utama dalam rawatan mereka. Pasien dengan gangguan penggunaan psikostimulan sering merupakan pengguna polysubstance dan mungkin mengalami gangguan (termasuk ketergantungan alkohol atau ketergantungan opioid), yang disebabkan oleh penggunaan zat lain, yang harus ditangani dengan menggunakan pendekatan farmakologis dan psikososial.

REKOMENDASI WHO (mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)
• Intervensi psikososial termasuk manajemen kontingensi, terapi perilaku kognitif (CBT) dan terapi keluarga dapat ditawarkan untuk rawatan ketergantungan psikostimulan • Dexamphetamine tidak boleh ditawarkan untuk rawatan gangguan penggunaan stimulan di pengaturan non-spesialis..

Intervensi farmakologis untuk tata laksana gangguan akibat penggunaan ganja

Sampai saat ini tidak ada pengobatan farmakologis yang disetujui untuk gangguan penggunaan ganja dan perawatan psikososial tetap menjadi pendekatan utama. Jika terjadi sindrom putus obat untuk ganja, obat simptomatik dapat digunakan untuk menata laksana gejala putus obat, sesuai dengan yang diperlukan. Namun, dokter hanya boleh meresepkan obat psikoaktif untuk jangka pendek dan memonitor respons pengobatan karena penggunaan yang lama dapat meningkatkan risiko toleransi dan penyalahgunaan obat.

REKOMENDASI WHO (mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)
• Intervensi psikososial berdasarkan terapi perilaku kognitif (CBT) atau terapi peningkatan motivasi (MET) atau terapi keluarga dapat ditawarkan untuk tata laksana ketergantungan ganja

Unofficial Translation

4.2.4 Identifikasi dan tata laksana overdosis

Overdosis opioid

Opioid adalah depresan poten fungsi pernapasan, dan overdosis opioid yang mengakibatkan depresi pernapasan dan kematian adalah penyebab utama kematian akibat penggunaan opioid. Orang dengan ketergantungan opioid adalah kelompok yang paling mungkin mengalami overdosis terutama jika opioid digunakan melalui suntikan atau digunakan dalam kombinasi dengan zat penenang lain yang juga memiliki potensi depresi pernapasan (seperti alkohol, benzodiazepin atau barbiturat). Penurunan toleransi setelah periode pantang secara signifikan meningkatkan risiko overdosis opioid. Periode berisiko tinggi ini berlangsung pada minggu-minggu awal setelah keluar dari rawat inap atau dari detoksifikasi residensiall atau setelah penghentian rawatan ketergantungan obat dengan menggunakan naltrexone, serta dibebaskan dari tahanan.

Overdosis opioid dapat diidentifikasi sebagai kombinasi dari tiga gejala pupil mengecil, tidak sadar, dan depresi pernapasan. Resusitasi penyelamatan darurat dan/atau pemberian nalokson tepat waktu dapat mencegah kematian akibat overdosis opioid. Pemberian antagonis opioid, nalokson, adalah tindakan yang menyelamatkan nyawa yang dapat sepenuhnya membalikkan efek overdosis opioid dalam beberapa menit. Nalokson terdaftar di dalam Daftar Model Obat Esensial WHO. Dengan sejarah panjang keberhasilan klinis dan efek samping yang sangat jarang, nalokson harus tersedia di semua pengaturan/*setting* yang telah dipaparkan dalam dokumen ini dan di semua fasilitas layanan kesehatan yang mungkin diminta untuk merespons terhadap overdosis opioid. Meskipun akses ke nalokson seringkali hanya terbatas untuk para petugas profesional kesehatan, pihak-pihak yang cenderung menjadi saksi overdosis opioid, seperti petugas penjangkauan, polisi, teman sebaya, teman dekat, dan anggota keluarga, harus memiliki akses ke nalokson dan diinstruksikan tentang cara pemberian nalokson dalam tata laksana darurat dugaan overdosis opioid (WHO, 2014a).

Nalokson dapat disuntikkan secara intramuskular, subkutan dan intravena atau diberikan secara intranasal. Formulasi nalokson intranasal lebih terkonsentrasi dibandingkan dengan yang disuntikkan karena mukosa hidung memiliki batas jumlah cairan yang dapat diserap pada satu waktu dan dosis yang digunakan dalam pemberian intranasal mungkin harus lebih tinggi daripada yang diberikan secara intramuskuler.

Selain pemberian nalokson, tata laksana overdosis opioid juga meliputi tata laksana jalan nafas, teknik resusitasi (seperti membantu ventilasi dan penyelamatan pernapasan), memanggil ambulans, dan tinggal bersama orang tersebut sampai ia sepenuhnya pulih.

Overdosis stimulan

Overdosis stimulan memiliki manifestasi gejala dan tanda-tanda keracunan stimulan akut yang parah dengan gambaran perilaku dan fisiologis yang menunjukkan terlalu aktifnya sistem saraf simpatik yang disebabkan oleh peningkatan aktivitas neurotransmitter katekolamin yang mungkin mengancam nyawa. Gambaran klinis meliputi agitasi, kecemasan parah, paranoia, gangguan penilaian dan perilaku yang tidak pantas, grandiositas, kejang, dan kondisi psikotik berat yang sering kali berhubungan dengan hipertermia, takikardia parah, hipertensi, aritmia jantung, infark miokard, atau infark miokard dan rhabdomyolysis. Gambaran ini biasanya muncul setelah penggunaan dosis tinggi kokain, amfetamin atau stimulan lainnya.

Pengobatan overdosis stimulan berfokus pada tata laksana sindrom dan gejala overdosis dengan menggunakan benzodiazepin dan (kadang-kadang obat antipsikotik) untuk menenangkan dan memantau pasien. Sementara itu, pengobatan akan mempertahankan dan fungsi vital pasien dengan perhatian khusus pada fungsi kardiovaskular dan hidrasi.

REKOMENDASI WHO (WHO guidelines on community management of opioid overdose, 2014)
• Orang yang mungkin menyaksikan overdosis opioid harus memiliki akses ke nalokson dan diberi instruksi cara pemberian nalokson agar mereka dapat menggunakannya untuk tata laksana darurat dugaan overdosis opioid. • Nalokson efektif bila diberikan melalui rute intravena, intramuskuler, subkutan, dan intranasal. Orang yang memberikan nalokson harus memilih rute pemberian berdasarkan

Unofficial Translation

REKOMENDASI WHO (WHO guidelines on community management of opioid overdose, 2014)
formulasi yang tersedia, keterampilan mereka dalam pemberian obat, pengaturan dan konteks lokal. • Dalam dugaan overdosis opioid, orang yang pertama merespons harus fokus pada tata laksana jalan napas, membantu ventilasi, dan memberikan nalokson. • Setelah resusitasi yang berhasil setelah pemberian nalokson, tingkat kesadaran dan pernapasan orang yang terkena overdosis harus diamati dengan cermat sampai pemulihan penuh telah tercapai.

4.2.5 Pengobatan kondisi kesehatan jiwa dan fisik yang terjadi secara bersamaan

Gangguan jiwa komorbid

Gangguan kejiwaan yang terjadi bersamaan, termasuk gangguan suasana hati, kecemasan, atau ketakutan, yang secara khusus terkait dengan stres (seperti gangguan stres pascatrauma), skizofrenia atau gangguan psikotik primer lainnya dapat memperumit penyebab alami gangguan penggunaan napza dan mengganggu keterlibatan klien dalam rawatan. Penggunaan obat-obatan psikoaktif yang berbeda dan konsumsi alkohol dapat memiliki efek memperburuk atau memperparah gejala dan sindrom gangguan kejiwaan. Gangguan ini mencakup depresi atau gejala manik, kegelisahan dan gejala psikotik, seperti delusi atau halusinasi. Efeknya dapat hilang atau berkurang secara signifikan dengan penghentian penggunaan napza. Penting sekali untuk melakukan skrining pada semua pasien dengan gangguan penggunaan napza untuk melihat keberadaan gangguan jiwa komorbid. Skrining awal dapat dilakukan dalam pengaturan rawatan manapun, tetapi harus dilakukan lebih ketat di pengaturan rawat jalan dan rawat inap. Kondisi pantang dari penggunaan napza tidak boleh dijadikan syarat untuk memulai pengobatan gangguan jiwa komorbid. Semua pasien dengan gangguan penggunaan napza harus memiliki akses ke evaluasi dan perawatan kesehatan jiwa, yang memerlukan persetujuan mereka dan penghormatan terhadap kerahasiaan mereka.

Untuk mengevaluasi gejala gangguan jiwa lain secara akurat di kalangan pasien dengan gangguan penggunaan napza, sangat penting untuk membedakan gangguan kejiwaan independen dari gangguan yang disebabkan oleh zat yang mungkin sembuh dengan berpantang menggunakan zat. Rawatan rawat inap jangka pendek dapat memberikan kesempatan untuk melakukan penilaian diagnostik komprehensif dan menetapkan apakah gejala psikiatrik sembuh atau berkurang ketika penggunaan napza berhenti. Rawat inap juga menjadi kesempatan untuk memulai perawatan medis atau psikososial untuk gangguan yang terjadi bersamaan yang akan tetap bertahan meski pasien sudah menerapkan pantang penggunaan napza.

Mungkin akan bermanfaat untuk melakukan wawancara psikiatrik terstruktur dengan menggunakan instrumen diagnostik, seperti *Mini International Neuropsychiatric interview for DSM 5, Composite International Diagnostic Interview* atau *Structured Clinical Interview for DSM 5,* dan alat diagnostik lain untuk gangguan jiwa. Wawancara akan membantu dalam mendiagnosis kondisi komorbiditas, seperti depresi berat, gangguan bipolar, dan gangguan kecemasan. Panduan lebih rinci tentang tata laksana gangguan jiwa dapat ditemukan di Panduan Intervensi mhGAP (WHO, 2016).

Penilaian dan tata laksanarisiko melukai diri sendiri dan/atau bunuh diri

Bunuh diri adalah tindakan membunuh diri sendiri secara disengaja, sedangkan melukai diri sendiri adalah istilah yang lebih luas yang mengacu pada keracunan atau cedera yang disengaja yang dilakukan sendiri, dengan atau tanpa maksud untuk menimbulkan kematian atau mendapatkan hasil yang fatal. Penting untuk mengenali risiko melukai diri sendiri dan/atau bunuh diri pada orang dengan gangguan penggunaan napza. Selama penilaian awal dan berkala sesuai kebutuhan, setiap orang dengan gangguan penggunaan napza harus diminta untuk mengungkapkan pemikiran atau rencana melukai diri sendiri yang telah mereka miliki dalam sebulan terakhir, atau tindakan melukai diri sendiri yang telah mereka lakukan pada tahun lalu.

Ketika melakukan penilaian terhadap kemungkinan melukai diri sendiri dan/atau risiko bunuh diri, faktor-faktor berikut ini penting untuk diperhatikan:

Unofficial Translation

- penilaian risiko yang akan terjadi, dengan kata lain, tindakan saat ini atau baru-baru ini (dalam bulan sebelumnya), pikiran atau rencana melukai diri sendiri dan/atau bunuh diri, serta agitasi ekstrem, kekerasan, dan kesulitan atau kurangnya komunikasi;
- riwayat tindakan merugikan diri sebelumnya (serta riwayat cedera atau keracunan);
- adanya kondisi fisik atau jiwa penyerta;
- adanya nyeri kronis;
- keparahan gejala emosional; dan
- ketersediaan dukungan sosial.

Jika individu sebelumnya memiliki pemikiran, rencana, atau tindakan melukai diri sendiri, sejumlah strategi pencegahan harus diterapkan (WHO, 2016).

Penting untuk menasihati individu, keluarga mereka, dan orang lain yang relevan untuk membatasi akses pasien ke hal-hal yang bisa digunakan untuk melukai diri sendiri (seperti pestisida dan zat beracun lainnya, obat-obatan, atau senjata api).

Kontak rutin (panggilan telepon, kunjungan rumah, surat, kartu kontak, dan kontak intervensi singkat) perlu dilakukan dengan penyedia layanan kesehatan non-spesialis. Kontak harus lebih sering dilakukan pada awal rawatan dan kemudian dikurangi frekuensinya ketika individu membaik. Kondisi individu menentukan intensitas dan durasi kontak.

Jika sumber daya manusia memungkinkan, pendekatan penyelesaian masalah terstruktur adalah metode rawatan yang disarankan untuk individu yang telah melakukan tindakan melukai diri sendiri pada tahun sebelumnya.

Dukungan sosial (dari sumber daya masyarakat informal dan/atau formal yang tersedia) harus dapat diakses oleh individu yang secara sukarela memberikan informasi tentang pemikiran melukai diri sendiri atau yang diidentifikasi memiliki rencana melukai diri sendiri dalam satu bulan terakhir atau melakukan tindakan melukai diri sendiri di tahun terakhir.

Individu yang beresiko melukai diri sendiri tidak boleh dirawat di rumah sakit secara rutin dalam layanan non-psikiatrik rumah sakit umum sebagai upaya untuk mencegah tindakan melukai diri sendiri. Namun, mungkin perlu untuk memasukkan mereka ke rumah sakit umum untuk mengelola efek medis dari tindakan melukai diri sendiri. Dalam kasus-kasus seperti ini, penting sekali untuk memantau perilaku individu tersebut dengan cermat sehingga dapat mencegahnya melukai diri sendiri di rumah sakit.

Dalam hal petugas kesehatan merasa khawatir dengan risiko bahaya serius yang akan terjadi dalam waktu dekat (misalnya, ketika orang tersebut melakukan kekerasan, sangat gelisah, atau tidak berkomunikasi), penting untuk mempertimbangkan rujukan darurat ke layanan kesehatan jiwa. Jika layanan tersebut tidak tersedia, keluarga, teman, individu yang peduli, dan sumber daya lain yang tersedia harus dimobilisasi untuk mengawasi individu tersebut selama risiko tersebut masih ada.

Dalam semua kasus di atas, sangat penting untuk menilai dan menata laksana penyakit jiwa dan medis penyerta secara memadai.

REKOMENDASI WHO (mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)
• Penyedia layanan kesehatan non-spesialis harus bertanya tentang pikiran atau rencana melukai diri sendiri di bulan lalu atau tindakan melukai diri sendiri di tahun lalu kepada individu berusia di atas 10 tahun yang menderita depresi, gangguan bipolar, skizofrenia, epilepsi, gangguan penggunaan alkohol, gangguan penggunaan narkoba, dan demensia serta anak-anak yang didiagnosis menderita gangguan jiwa, atau individu yang datang dengan penyakit kronis. rasa sakit, atau tekanan emosional akut yang terkait dengan konflik interpersonal saat ini atau yang mengalami kehilangan atau peristiwa kehidupan yang parah lainnya baru-baru ini saat melakukan penilaian awal kepada mereka dan secara berkala sesuai kebutuhan.

Unofficial Translation

Depresi

Depresi berat adalah gangguan jiwa komorbid yang paling sering ditemui di kalangan orang dengan gangguan penggunaan napza (Torrens et al, 2015). Orang dengan depresi mengalami serangkaian gejala, termasuk suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kemampuan untuk menikmati kegiatan yang sebelumnya menyenangkan, penurunan energi atau peningkatan kelelahan untuk selama setidaknya dua minggu.

Hubungan antara penggunaan napza dan depresi sangat kompleks. Gangguan penggunaan napza berkontribusi pada berkembangnya depresi dan penggunaan napza dapat mengganggu hasil pengobatan depresi. Depresi, pada gilirannya, dapat meningkatkan penggunaan napza dan mempercepat perkembangan gangguan penggunaan napza (WHO, 2004). Gejala depresi dapat terjadi selama putus obat dan mereda saat pasien berpantang napza, tetapi gejala tersebut juga dapat bertahan lama setelah penghentian penggunaan zat. Oleh karena itu, pasien harus sering menjalani penilaian. Jika gejala depresi tetap ada dan episode depresi didiagnosis, penting untuk mengobati kedua gangguan tersebut secara bersamaan dengan menggunakan model perawatan terintegrasi. Yang penting, penggunaan napza atau gangguan penggunaan napza tidak boleh menghalangi pengobatan untuk depresi.

Setelah pasien dinilai secara memadai, terdapat sejumlah pilihan farmakologis dan psikososial yang dapat diterapkan. Pasien mungkin memerlukan perawatan farmakologis dengan antidepresan jika gejala depresi menetap dan mengganggu fungsi sehari-hari. Intervensi psikososial untuk depresi meliputi psikoedukasi, pengelolaan stres, terapi perilaku kognitif, aktivasi perilaku, pelatihan relaksasi, terapi interpersonal kelompok, dan penguatan dukungan sosial. Pedoman yang lebih terperinci tentang pengelolaan depresi berat di fasilitas kesehatan non-spesialis dapat ditemukan di Panduan Intervensi mhGAP (WHO, 2016).

Kegelisahan (Ansietas)

Segera setelah berhenti menggunakan napza, banyak pasien mengalami kecemasan atau insomnia yang dapat diobati dengan obat simptomatik. Namun, obat penenang-hipnotis seperti benzodiazepin harus digunakan dengan hati-hati sebagai pengobatan lini pertama karena adanya potensi ketergantungannya yang tinggi. Selain itu, obat ini juga dapat meningkatkan risiko overdosis fatal jika pasien menggunakan napza yang dapat menyebabkan depresi pernapasan (seperti opioid). Obat-obatan alternatif, seperti antidepresan, harus dipertimbangkan bersama dengan perawatan psikososial dan perilaku.

Gangguan psikotik

Orang dengan gangguan penggunaan napza juga dapat mengalami skizofrenia atau gangguan psikotik primer lainnya. Gangguan psikotik ditandai oleh pikiran dan persepsi yang terdistorsi, serta emosi dan perilaku yang terganggu. Pembicaraan yang tidak koheren atau tidak relevan mungkin juga ditemui. Mungkin ada gejala seperti halusinasi, delusi, kelainan perilaku parah (perilaku tidak teratur, agitasi, kegembiraan, tidak aktif atau hiperaktif) serta gangguan suasana hati dan emosi.

Psikosis dapat berkembang selama keracunan atau putus obat untuk zat psikoaktif tertentu. Namun, psikosis juga dapat terjadi pada saat pasien sudah menjalani pantang akibat gangguan jiwa komorbid independen. Penting untuk membedakan antara gejala psikotik yang terkait dengan penggunaan napza (yang sembuh dengan berpantang) dan gangguan psikotik independen. Gejala psikotik akut atau persisten mungkin memerlukan konsultasi dengan, dan/atau rujukan ke profesional kesehatan jiwa untuk memulai rawatan farmakologis dan psikososia. Terapi mungkin termasuk indikasi penggunaan obat antipsikotik dan/atau penstabil suasana hati, psikoedukasi, intervensi keluarga, terapi perilaku kognitif, pelatihan keterampilan hidup dan keterampilan sosial dan dukungan pekerjaan. Pedoman yang lebih rinci tentang tata laksana farmakologis dan psikososial psikosis (termasuk gangguan bipolar) dapat ditemukan dalam Panduan Intervensi mhGAP (WHO, 2016).

Penggunaan banyak zat (*polysubstance*)

Beberapa orang dengan gangguan penggunaan napza dapat menggunakan beberapa zat psikoaktif serta mencampur opioid, stimulan, alkohol, ganja, dan zat lain. Penggunana banyak zat ini dapat menghambat proses diagnostik dan rawatan serta meningkatkan risiko komplikasi yang disebabkan oleh interaksi

Unofficial translation

farmakologis. Misalnya, mengonsumsi zat dengan efek sedatif akan meningkatkan risiko overdosis opioid. Penilaian awal harus mencakup perincian yang cukup pada semua zat yang digunakan, frekuensi dan intensitas penggunaan, serta skrining untuk komorbiditas medis dan psikiatrik lainnya.

Gangguan penggunaan alkohol

Gangguan penggunaan alkohol sering menjadi komorbiditas pada gangguan penggunaan napza. Diagnosis dan penilaian tingkat keparahan gangguan penggunaan alkohol penting karena akan menentukan intervensi pengobatan yang diperlukan. Kondisi putus zat akut untuk penggunaan alkohol pada orang dengan ketergantungan alkohol mungkin memerlukan tata laksana medis karena dapat menyebabkan kejang, psikosis akut (delirium tremens), dan, dalam beberapa kasus, kematian.

Selama penilaian awal, penting untuk memeriksa riwayat penggunaan alkohol, adanya gangguan penggunaan alkohol komorbid, dan kebutuhan untuk tata laksana putus zat alkohol. Kuisioner, seperti *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (WHO, 2010a) dan *Alcohol Use Disorder Identification Test*l (WHO, 2001) berguna untuk menyaring pasien sebagai bagian dari penilaian diagnostik selanjutnya. Kuesioner Ketergantungan Alkohol (Stockwell et al., 1979) dan Kuisioner Masalah Alkohol (Drummond, 1990) dapat membantu menilai tingkat ketergantungan alkohol dan masalah terkait lainnya.

Jika perlu untuk menatalaksana gejala putus zat alkohol dan mengobati gangguan penggunaan alkohol komorbid, tata laksana ini harus dilakukan di bawah pengawasan staf terlatih sesuai dengan pedoman terkait.

Kondisi kesehatan fisik komorbid

Setiap kondisi medis akut yang terlihat saat masuk mungkin perlu ditata laksana sebelum atau selama rawatan atau selama perawatan lebih lanjut. Kondisi ini antara lain mencakup: demam, nyeri akut, perdarahan gastrointestinal atau pendarahan lainnya, kejang, pneumonia dan kondisi kardiovaskular akut.

Bergantung pada kondisi setempat, pengobatan gangguan penggunaan napza, termasuk ketergantungan opioid, harus dikombinasikan dengan pengobatan untuk TB, HIV, hepatitis dan kondisi kesehatan menular atau tidak menular lainnya, jika diperlukan (WHO, 2012b). Program rawatan rawat inap jangka pendek atau rawatan residensial mungkin tidak memiliki sumber daya medis, keahlian atau waktu yang memadai untuk memulai pengobatan tersebut, tetapi konsultasi dan rujukan ke layanan yang tepat harus tersedia.

Hepatitis B sering ditemui di banyak populasi pengguna napza, terutama (tetapi tidak secara eksklusif pada) para pengguna napza suntik. Rawatan rawat inap jangka pendek dapat menjadi kesempatan untuk memberikan vaksinasi hepatitis B. Bergantung pada lamanya pengobatan, orang yang sebelumnya tidak pernah menjalani vaksinasi hepatitis B lengkap dapat mengambil manfaat dari jadwal vaksinasi yang dipercepat, yang terdiri dari dua atau tiga dosis., tanpa harus menjalani pengujian serologis sebelumnya (WHO, 2012a).

Nyeri kronis adalah masalah umum lain yang dapat berkontribusi pada penggunaan napza, terutama opioid, dan memunculkan risiko relaps dan overdosis. Penting untuk merujuk pasien untuk evaluasi lebih lanjut terkait sumber rasa sakit, dan menyusun strategi tata laksana nyeri secara spesifik.

REKOMENDASI WHO
(Guidelines on management of physical health conditions in adults with severe mental disorders, WHO, 2018)

- Untuk orang dengan gangguan jiwa berat dan gangguan penggunaan zat komorbid (napza dan/atau alkohol) intervensi harus dipertimbangkan sesuai dengan pedoman mhGAP WHO.
- Intervensi non-farmakologis (mis. Wawancara motivasi/*Motivational interviewing*) dapat dipertimbangkan dan disesuaikan dengan kebutuhan orang dengan gangguan jiwa berat dan gangguan penggunaan napza.
- Petugas pemberi resep harus mempertimbangkan potensi interaksi obat antara obat-obatan yang digunakan untuk pengobatan gangguan penggunaan napza dan gangguan jiwa yang parah.

Unofficial Translation

4.2.6 Tata laksana pemulihan

Deskripsi

Tata laksana pemulihan, yang juga dikenal sebagai "aftercare" yang berorientasi pada pemulihan, "perawatan berkelanjutan" atau dukungan sosial, menggambarkan proses jangka panjang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien, serta mendukung mereka dalam pemulihan dari gangguan penggunaan napza. Tata laksana pemulihan adalah pendekatan yang dikembangkan untuk rawatan jangka panjang gangguan penggunaan napza yang melampaui episode rawatan tunggal, atau program aftercare jangka pendek. Tata laksana ini harus mendukung pasien selama proses rawatan mereka dalam pengaturan dan modalitas perawatan yang berbeda. Setelah pasien stabil selama pantang yang dicapai melalui rawat jalan atau rawatam residensial, tata laksana pemulihan harus dilaksanakan. Tata laksana ini berfokus pada pengurangan risiko relaps penggunaan napza dengan secara komprehensif mendukung fungsi sosial, kesejahteraan, serta reintegrasi sosial ke dalam komunitas dan masyarakat. Sejalan dengan perspektif kehidupan, tata laksana pemulihan membantu meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan, sambil menstabilkan dan memperkuat pemulihan. Selain itu, tata laksana ini membantu meningkatkan fungsi sosial pasien dengan memungkinkan mereka untuk membangun kekuatan dan ketahanan mereka sambil tetap fokus pada tanggung jawab pribadi dalam mengelola gangguan penggunaan napza.

Pemulihan yang berkelanjutan dimungkinkan, dan sekitar 50% pasien dengan gangguan penggunaan napza dapat mencapainya (White, 2012).

Idealnya, setelah rawatan rawat inap jangka panjang dan intensif di rumah sakit, pasien harus pindah ke tingkat rawatan yang kurang intensif atau tata laksana pemulihan jangka panjang. Ini berbeda dengan skenario umum episode rawatan berulang, tanpa kontinuitas, dan kekambuhan berulang, yang dikaitkan dengan, antara lain hasil yang lebih buruk dan peningkatan risiko overdosis. Rawatan dan perawatan berkelanjutan yang berorientasi pada pemulihan merupakan pendekatan tata laksana jangka panjang pasien dalam jejaring sumber daya dan layanan dukungan berbasis masyarakat. Tata laksana pemulihan yang diarahkan secara profesional, seperti halnya tata laksana gangguan kesehatan kronis lainnya, menggeser fokus perawatan dari yang berusaha untuk “menerima, merawat, dan memulangkan” ke kemitraan tata laksana kesehatan yang berkelanjutan antara layanan dan pasien. Dalam model ini, pemantauan pasca-stabilisasi, edukasi pemulihan, pelatihan pemulihan, hubungan aktif dengan komunitas pemulihan (seperti dukungan sebaya 12 langkah), pengembangan sumber daya, dan akses untuk cepat kembali ke pengobatan, bila diperlukan, telah menggantikan proses pemulangan pasien tradisional.

Studi longitudinal telah berulang kali menunjukkan bahwa rawatan gangguan penggunaan napza memainkan peran dalam mengurangi penggunaan napza, masalah terkait napza, dan biaya bagi masyarakat. Namun, kekambuhan pasca-pulang dan akhirnya membuat pasien masuk kembali ke rawatan sangat umum ditemui. Sebagian besar pasien yang dirawat pada kenyataannya telah menerima rawatan sebelumnya. Risiko kambuh tampaknya menurun, tetapi baru tercapai pada saat pasien sudah empat sampai lima tahun berhasil berpantang (Dennis, Foss dan Scott, 2007). Oleh karena itu, semua pasien, terlepas dari tahap pemulihan mereka, harus diberitahu tentang cara mengidentifikasi dan mengelola overdosis dan risiko terkait.

Fokus pada tata laksana jangka panjang, sebagai kebalikan dari rawatan satu episode, didukung oleh bukti bahwa ketergantungan obat paling baik dipahami dan dikelola sebagai gangguan kronis dan sering kambuh, mirip dengan penyakit multifaktorial lainnya seperti hipertensi, asma dan diabetes, dan bukan sebagai penyakit atau episode akut (DuPont, Compton dan McLellan, 2015). Dengan demikian, individu dengan gangguan penggunaan napza harus memiliki akses seumur hidup ke intervensi medis dan psikososial, dengan intensitas yang sesuai dengan keparahan gejala mereka. Pendekatan tata laksana pemulihan harus mencakup intervensi farmakologis, psikososial dan lingkungan jangka panjang yang bertujuan mengurangi penggunaan napza dan perilaku kriminal sambil membantu meningkatkan kesehatan fisik dan jiwa secara keseluruhan, kesejahteraan, dan fungsi sosial. Terdapat bukti bahwa intervensi tata laksana pemulihan merupakan itnervensi yang efektif (McCollister et al., 2013, dan bahwa keterlibatan dalam dukungan sebaya 12 langkah membantu pasien menjauhkan diri dari napza dan alkohol, yang mengarah ke lebih sedikit masalah (Donovan et al., 2013; Hai et al., 2019). Profesional kesehatan dapat meningkatkan keterlibatan dalam dukungan sebaya dengan mendorong kehadiran pasien.

Unofficial Translation

Untuk melakukan tata laksana pemulihan yang efektif, perlu melibatkan seluruh sistem, mengintegrasikan semua modalitas rawatan, dan melibatkan partisipasi pemangku kepentingan di luar sektor kesehatan. Berbagai pemangku kepentingan di masyarakat memainkan peran dan harus dilibatkan dalam proses pemulihan. Pemangku kepentingan ini mencakup keluarga dan pengasuh, teman, tetangga, kelompok dukunga mandiri, pemimpin spiritual dan masyarakat, pemangku kepentingan dari sektor pendidikan, sistem peradilan pidana serta fasilitas olahraga dan rekreasi.

Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza dapat menghambat akses dan mengurangi keberhasilan dalam perawatan dan rehabilitasi. Semua upaya harus dilakukan untuk meningkatkan kesadaran, mempromosikan sikap non-stigmatisasi, dan mengatasi diskriminasi struktural terhadap orang dengan gangguan penggunaan napza.

Populasi target

Setelah rawatan awal untuk gangguan penggunaan napza, sebagian besar pasien memerlukan beberapa tingkat tata laksana pemulihan jangka panjang, yang intensitasnya mencerminkan kebutuhan masing-masing pasien. Pasien dengan riwayat beberapa episode relaps, gangguan kesehatan fisik dan jiwa, dukungan keluarga dan masyarakat yang kurang, masalah keuangan, hukum dan/atau tempat tinggal, sangat memerlukan tata laksana pemulihan. Pasien dengan kompleksitas gangguan serius, khususnya mereka yang mengalami gangguan penggunaan napza dan gangguan fungsi dengan awitan dini, keterampilan hidup yang buruk, dan cara dan sarana yang terbatas untuk mengatasi stres, memerlukan program tata laksana pemulihan yang lebih intensif. Yang terpenting, pasien yang sangat rentan kambuh harus mendapatkan manfaat dari komponen tata laksana pemulihan yang sesuai dan memenuhi kebutuhan sebelum dipulangkan dari rawatan jangka panjang di rumah sakit atau rawat jalan intensif.

Tujuan

Tujuan utama tata laksana pemulihan adalah untuk mempertahankan manfaat yang diperoleh dalam modalitas rawatan lain dengan memberikan dukungan terus menerus yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Rawatan berorientasi pemulihan meminimalkan risiko yang terkait dengan penggunaan napza, mempertahankan pantang atau mengurangi tingkat penggunaan napza, dan mengendalikan perilaku mencari napza selama tahap perawatan intensif. Selanjutnya, rawatan berusaha untuk membantu mengembangkan dan mengkonsolidasikan aset pribadi dan sosial yang diperlukan pasien untuk mengatasi keadaan eksternal dan mempertahankan gaya hidup sehat. Ini termasuk perjalanan berkesinambungan menuju pemulihan pribadi dan sosial sebagai bagian dari menjalani kehidupan yang bebas napza, meningkatkan perawatan diri untuk kesejahteraan fisik dan psikologis, dan mendapatkan kembali martabat pribadi, harga diri, pertumbuhan spiritual, dan integrasi sosial.

Pemulihan dapat memperoleh manfaat dari rawatan berkelanjutan (termasuk intervensi pengobatan farmakologis dan psikososial) dan/atau tetap terlibat dengan komunitas pemulihan yang lebih luas, seperti kelompok dukungan bersama atau dukungan sebaya (termasuk kelompok Narkotika Anonim dan kelompok 12 langkah). Rawatan yang berorientasi pemulihan mendukung pengembangan keterampilan untuk mengelola stres sehari-hari yang terkait dengan pemeliharaan tempat tinggal, pengangguran atau masalah di tempat kerja, isolasi sosial, atau hubungan interpersonal yang tidak memuaskan. Secara khusus, pasien memerlukan dukungan sebelum dan selama krisis dan konflik untuk membantu mengendalikan reaksi disfungsional dan emosional yang intensif. Melalui semua ini, rawatan yang berorientasi pada pemulihan dan intervensi tata laksana pemulihan akan meningkatkan fokus pada pengurangan stimulasi tekanan yang dapat memicu terulangnya pencarian obat kompulsif. Secara umum, rawatan yang berorientasi pemulihan membantu pasien meningkatkan dan menstabilkan kualitas hidup mereka dan peluang mereka untuk reintegrasi sosial di masyarakat.

Model dan komponen

Perawatan berkelanjutan dan tata laksana pemulihan adalah kesempatan bagi pasien untuk mempertahankan kontak dengan sistem rawatan kesehatan, layanan sosial, dan fasilitas layanan. Umumnya, seorang konselor atau petugas profesional lainnya (petugas sosial atau perawat) mengoordinasikan manajemen kasus, sering

Unofficial Translation

bertemu pasien, memberikan dukungan positif, mendorong keterlibatan dalam masyarakat, dan membantu mengelola situasi stres yang muncul. Konselor membantu pasien untuk terhubung dengan profesional lain yang dapat mendukung reintegrasi sosial pasien. Untuk menanggapi kebutuhan spesifik, konselor merujuk pasien terutama ke petugas sosial dan psikolog, praktisi medis, profesional di bidang kesehatan seksual, dan profesional kesehatan reproduksi, serta petugas dukungan hukum.

Banyak pasien dengan gangguan penggunaan napza memerlukan perawatan dan dukungan farmakologis dan psikososial yang berkelanjutan. Rawatan dan dukungan ini mencakup rujukan yang tepat, perawatan pasca rawatandalam bentuk apa pun, dan dukungan aftercare. Penting untuk menjalin hubungan antara berbagai cabang rawatan untuk memastikan bahwa rawatan dan dukungan berfungsi dengan baik. Sebagai contoh, pasien dengan gangguan penggunaan napza kompleks yang tidak memiliki dukungan sosial membutuhkan rawatan rawat inap jangka pendek, diikuti dengan rujukan ke rawatan residensial jangka panjang. Untuk pasien dengan gangguan penggunaan napza yang kurang parah dan dukungan sosial yang lebih baik, pengobatan rawat jalan diindikasikan. Pasien harus memiliki dukungan untuk menavigasi sistem rawatan sosial untuk mengakses pelatihan kejuruan, tempat tinggal yang stabil, dan layanan lainnya sesuai kebutuhan.

Prinsip tata laksana pemulihan

Pendekatan tata laksana pemulihan memiliki karakteristik yang terdiri dari sejumlah faktor.

Fokus pada peningkatan kekuatan daripada kekurangan: Pendekatan berorientasi pemulihan berusaha mengidentifikasi, mendukung, dan mengembangkan keterampilan, bakat, sumber daya, dan minat alih-alih menekankan kebutuhan, kekurangan, dan patologi.

Merupakan program yang fleksibel dan tidak kaku: Program tata laksana pemulihan harus menanggapi perubahan yang dialami pasien dari waktu ke waktu, dengan menawarkan pilihan dan menyediakan berbagai dukungan dan layanan fleksibel untuk memenuhi perubahan kebutuhan individu tersebut.

Pertimbangan untuk otonomi pasien: Tata laksana pemulihan adalah pendekatan mandiri yang mendorong dan mendukung pasien dalam membuat pilihan berdasarkan informasi tentang kehidupan dan rawatan mereka. Pentingnya menggabungkan pilihan pasien telah ditekankan di bidang kedokteran lain, terutama dalam tata laksana penyakit kronis, dan telah terbukti efektif dalam meningkatkan tanggung jawab individu untuk pemulihan mereka.

Partisipasi masyarakat: Alih-alih mengatasi gangguan penggunaan napza secara terpisah, tata laksana pemulihan mencakup pelibatan anggota keluarga, teman dan masyarakat untuk memperkuat aspek sosial pemulihan. Orang lain didorong untuk memainkan peran dalam pemulihan pasien dengan menggunakan sumber daya masyarakat, seperti organisasi profesi, LSM, dukungan bersama atau dukungan sebaya, organisasi berbasis agama, dan sekolah serta lembaga pendidikan lainnya.

Kegiatan tata laksana pemulihan

Tata laksana pemulihan menggabungkan berbagai intervensi dan kegiatan yang mempromosikan dan memperkuat sumber daya internal dan eksternal untuk membantu pasien secara sukarela dan aktif menangani masalah terkait napza dan penggunaan napza pasien jika pasien mengalami kekambuhan. Beberapa kegiatan mungkin sudah ada di rumah pasien, fasilitas kesehatan, lingkungan dan masyarakat sementara yang lain mungkin perlu dikembangkan.

Faktor dan kegiatan berikut meningkatkan reintegrasi sosial dan meningkatkan peluang remisi dan pemulihan yang stabil:

- memperkuat ketahanan individu, efikasi diri, dan kepercayaan diri untuk mengelola tantangan dan tekanan sehari-hari sambil mempertahankan komitmen untuk pemulihan dan menghindari kekambuhan penggunaan napza;
- jejaring sosial yang mendukung (seperti pasangan, pengasuh, anggota keluarga, dan teman) yang dapat memantau stabilitas pemulihan, pantang napza, dan kepatuhan terhadap pengobatan;

Unofficial Translation

- mengedukasi pasien tentang faktor-faktor berbeda yang berkontribusi pada penggunaan napza mereka dan melengkapi mereka dengan strategi untuk menciptakan dan memelihara lingkungan sosial yang mendukung dan mempromosikan kesehatan dan pemulihan;
- mengedukasi pasien tentang sistem rawatan kesehatan dan sosial dan menavigasi mereka melalui layanan kesehatan dan sosial;
- memberikan akses ke pengobatan farmakologis jangka panjang kepada pasien, jika diindikasikan;
- mengedukasi pasien tentang, dan memberi mereka akses ke, strategi dan alat untuk mencegah dan mengelola overdosis obat;
- mengedukasi pasien tentang cara mengidentifikasi dan mengelola overdosis napza, termasuk penggunaan nalokson untuk overdosis opioid;
- keterlibatan dengan individu dan jejaring sosial teman dan rekan kerja mereka yang dapat memberikan dukungan dalam mempertahankan pantang dan mencapai tujuan pemulihan;
- pekerjaan yang berarti dan dihargai;
- mengurangi beban stigma dan diskriminasi berdasarkan kesehatan, usia, jenis kelamin, seksualitas, kelas, ras, identitas budaya dan sebagainya;
- bebas dari kekerasan dan pelecehan;
- partisipasi sosial dan integrasi dalam mengejar pendidikan dan kejuruan, termasuk melakukan kegiatan sukarela atau keterlibatan masyarakat;
- keterlibatan aktif dalam kelompok *self help,* dukungan bersama, spiritual atau kelompok dukungan lainnya;
- keterlibatan sosial, budaya, politik, kemanusiaan atau spiritual yang menyediakan cara untuk mencapai tujuan yang lebih kuat dalam kehidupan, orientasi seksual;
- akomodasi yang stabil; dan
- penyelesaian masalah hukum dan keuangan.

Kriteria untuk penyelesaian program dan indikator efektivitas

Dengan perspektif "jalan hidup", tata laksana pemulihan bersifat terbuka dan dapat berlanjut untuk seumur hidup. Tata laksana ini mencakup pendekatan tata laksanan penyakit kronis yang tujuannya adalah untuk membantu individu secara efektif mengelola masalah kesehatan mereka sendiri dan, dengan demikian, meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka.

Dalam mengevaluasi keberhasilan kegiatan dan program tata laksana pemulihan, penting untuk mempertimbangkan kapasitas pasien untuk: menurunkan risiko kambuh dan overdosis; mengurangi penggunaan zat psikoaktif dan bahaya terkait, serta; meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis, kesejahteraan, fungsi sosial, dan reintegrasi. Addiction Severity Index dan instrumen terstruktur serupa yang mengevaluasi fungsi secara keseluruhan dalam konteks gangguan penggunaan napza dapat digunakan untuk menilai kemajuan dalam berbagai aspek kesehatan dan fungsi. Dalam mengevaluasi efektivitas tata laksana pemulihan, perlu berkonsentrasi pada penilaian kemajuan dalam "modal pemulihan", yaitu sumber daya internal dan eksternal yang dapat membantu memulai dan mempertahankan pemulihan.

Persyaratan utama untuk tata laksana pemulihan

Rencana rawatan individu adalah kunci untuk memastikan bahwa setiap pasien mendapat manfaat dari rawatan yang berorientasi pemulihan. Penyusunan rencana harus didasarkan pada penilaian yang dilakukan dengan bantuan tim profesional dan dengan partisipasi pasien. Rencana rawatan harus spesifik untuk individu dan konsisten dengan tata laksana penyakit kronis dan kondisi kesehatan lainnya. Tidak seperti program rawatan intensif, rencana perawatan dalam rawatan berorientasi pemulihan memperluas fokus dari rawatan medis saja ke rawatan sosial dengan membawa profesional dari bidang lain. Idealnya, para profesional ini harus berfungsi sebagai tim multi-disiplin (yang terdiri dari petugas sosial, psikolog, penasihat sebaya, dan, mungkin saja, tokoh yang dituakan, pemimpin spiritual, dan pemimpin masyarakat lainnya), serta mencakup pula teman dan anggota keluarga yang mendukung.

Setelah program rawat jalan berbasis masyarakat, rawat inap atau rawatan residensial selesai, perencanaan aftercare harus dikonsolidasikan ke dalam rencana tata laksana pemulihan individu. Integrasi ini harus

Unofficial Translation

mencakup strategi pribadi untuk: mencegah kekambuhan penggunaan napza atau *polysubstance* (dengan risiko overdosis yang tinggi); mempertahankan tempat tinggal, mengamankan atau mempertahankan pekerjaan; membangun atau mempertahankan jejaring sosial positif; dan mengintegrasikan kembali pasien ke masayarakat. Rencana juga harus mencakup akses cepat ke rawatan jika pasien kambuh.

Tata laksana pemulihan idealnya melibatkan pemantauan berkala atau pertemuan tindak lanjut (checkup) atau panggilan telepon yang dilakukan oleh konselor rawatan gangguan napza, psikolog, profesional lain atau dokter atau perawat layanan kesehatan primer. *Check up* dapat membantu mempertahankan pemulihan dan mencegah kekambuhan. Selama *check up*, pasien mungkin diminta untuk memberikan informasi terbaru tentang kinerja mereka, kondisi hidup dan mekanisme untuk mengatasi stres atau mempertahankan hubungan yang sehat. *Check up* pemulihan dapat mencakup pengujian toksikologi obat sukarela, dengan pasien ditawari opsi untuk diskrining di komunitas. Tujuan dari pengujian ini adalah untuk memberikan pasien insentif dari 'bebas napza', mendeteksi kekambuhan dan, jika perlu, memungkinkan mereka mendapat manfaat dari intervensi ulang yang tepat waktu. Terdapat bukti yang muncul bahwa *check up* pemulihan merupakan metode yang efektif untuk tata laksana pemulihan dari waktu ke waktu, dan bahwa *check up* ini efektif dari segi biaya dan berpotensi untuk menjadi strategi penghematan biaya dalam mendorong pantang dan mengurangi penggunaan napza di kalangan orang dengan gangguan penggunaan napza kronis (White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott dan Laudet, 2014; Garner et al., 2014)

Unofficial Translation

BAB 5

Populasi dengan kebutuhan rawatan dan perawatan khusus

Standar ini, mengakui bahwa sejumlah kelompok populasi memiliki kebutuhan rawatan dan perawatan khusus dan mungkin memerlukan pertimbangan dan intervensi khusus untuk mengobati gangguan penggunaan napza.

Bab ini bukan merupakan daftar lengkap populasi atau kelompok yang memiliki kebutuhan rawatan dan perawatan khusus. Sejumlah kelompok populasi mungkin memerlukan hal-hal khusus dalam rawatan dan perawatan. Kelompok-kelompok tersebut termasuk kelompok dengan pola penggunaan napza tertentu (termasuk penggunaan *polysubstance*); memiliki kebutuhan kesehatan khusus (orang dengan kondisi kesehatan komorbiditas, seperti mereka yang hidup dengan HIV, gangguan jiwa, dan disabilitas); usia tertentu (seperti anak-anak dan remaja dan orang tua); memiliki kebutuhan perawatan dan dukungan sosial tertentu (seperti orang-orang yang kehilangan tempat tinggal, terpinggirkan secara sosial, hidup dalam kemiskinan, buta huruf dan mereka yang berpendidikan terbatas); dan kondisi tempat tinggal tertentu (orang-orang yang tinggal di daerah terpencil dan pedesaan, migran). Selain itu, perempuan dan ibu hamil, kelompok seksual minoritas, pekerja seks, kelompok agama dan etnis minoritas, penduduk asli dan orang-orang yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana memerlukan intervensi khusus dan ketentuan khusus untuk rawatan. Prinsip-prinsip standar rawatan dan perawatan yang diuraikan dalam Bab 2 berlaku untuk semua orang dengan gangguan penggunaan napza. Untuk sebagian besar kelompok populasi yang disebutkan di atas, kombinasi stigma dan diskriminasi sering kali menambah hambatan akses ke rawatan. Tata kelola klinis yang baik harus menjamin semua orang mendapat akses yang sama ke rawatan dan perawatan. Terdapat kebutuhan untuk melakukan upaya bersama untuk menghilangkan hambatan struktural untuk akses ke rawatan., mencegah marginalisasi sosial, dan mempromosikan sikap non-stigmatisasi.

Bab 5 menguraikan pertimbangan sistem rawatan dan penilaian kebutuhan yang memfasilitasi pemberian rawatan kepada populasi dan kelompok dengan kebutuhan rawatan dan perawatan khusus. Sistem rawatan lokal harus dirancang, direncanakan, dan didanai untuk menyediakan rawatan dan perawatan yang sesuai, mudah diakses, dan terjangkau sesuai dengan prinsip-prinsip yang diuraikan dalam dokumen ini.

Unofficial translation

5.1 Ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza

5.1.1 Deskripsi

Perempuan dengan gangguan penggunaan napza yang sedang hamil mewakili populasi unik yang membutuhkan rawatan khusus terutama karena dua alasan. Pertama, penggunaan napza dapat mempengaruhi ibu dan janin, sementara rawatan yang diberikan juga dapat mempengaruhi keduanya secara negatif. Pemberian rawatan untuk gangguan penggunaan napza pada ibu hamil mungkin menimbulkan tantangan medis dan etika. Kedua, seperti semua orang tua, banyak ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza dan pasangan mereka dapat mengambil manfaat dari pelatihan keterampilan pengasuhan dan dukungan seputar perawatan dan perkembangan anak. Selain itu, begitu bayi lahir, bayi mungkin memerlukan layanan medis dan layanan lainnya mengingat kemungkinan pajanan terhadap napza sebelum ia lahir. Selain itu, kesempatan untuk memberikan rawatan gangguan penggunaan napza (dan zat lain) untuk ibu hamil memiliki potensi luar biasa untuk membuat perubahan positif dalam kehidupan ibu dan janin jika keduanya menerima layanan tersebut. Dengan demikian, seringkali 'pasangan ganda atau diad' ini berpartisipasi dalam rawatan ibu

hamil dengan gangguan penggunaan napza, yaitu diad ibu-janin dan diad ibu-anak. Dinamika dan dukungan keluarga memainkan peran penting dalam kehamilan dan hasil rawatan. Untuk alasan ini, rawatan ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus mencakup komponen intervensi keluarga yang signifikan.

Ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza menghadapi masalah yang sama seperti banyak orang dewasa lainnya yang mengalami gangguan penggunaan napza. Beberapa masalah, seperti kurangnya pendidikan formal atau kemungkinan keterlibatan dengan sistem peradilan hukum, umum terjadi pada laki-laki, perempuan dan ibu hamil. Namun, stigma, perasaan malu dan kurangnya hubungan yang positif dan suportif dapat memengaruhi perempuan lebih buruk dan merupakan alasan utama mengapa perempuan sering menahan diri dari mencari dan memasuki rawatan atau terlibat di dalamnya. Selain itu, hanya ada sedikit layanan rawatan untuk gangguan penggunaan napza yang peka terhadap gender, yang selanjutnya membatasi akses ke rawatan bahkan untuk perempuan yang siap untuk terlibat dengan layanan rawatan dan dukungan. Perempuan dengan gangguan penggunaan napza lebih mungkin untuk: pernah mengalami pelecehan dan/atau penelantaran anak; telah berulang kali terkena kekerasan interpersonal; secara ekonomi bergantung pada orang lain untuk bertahan hidup; dan tidak memiliki akses ke peluang pendidikan atau kejuruan formal dibandingkan laki-laki. Dengan kehamilan, masalah-masalah ini dapat semakin meningkat, menghambat akses dan keterlibatan dalam rawatan, dan membahayakan hasil rawatan. Banyak ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza mungkin merasa berkonflik, malu dan merasa bersalah tentang apa yang sering mereka lihat sebagai ketidakmampuan mereka untuk mengendalikan perilaku penggunaan napza mereka.

Ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza memiliki hak yang sama dengan perempuan yang tidak hamil untuk memperoleh rawatan, atau dengan perempuan yang tidak memiliki gangguan penggunaan napza dalam menerima layanan sehingga ia tidak boleh dikecualikan dari rawatan atau dicegah untuk menerima rawatan dengan alasan kehamilan. Rawatan perempuan dengan gangguan penggunaan napza tidak lebih rumit daripada rawatan untuk pasien lain. Perempuan dengan gangguan penggunaan napza seharusnya tidak dipaksa untuk melakukan aborsi dan sterilisasi. Selain itu, program rawatan harus memiliki prosedur dan perlindungan untuk mencegah penahanan dan rawatan paksa ibu hamil. Terakhir, perempuan memiliki hasil jangka panjang yang lebih baik ketika mereka menerima rawatan yang berfokus pada masalah yang lebih umum ditemukan di kalangan perempuan dengan gangguan penggunaan napza dibandingkan dengan perawatan yang tidak memiliki fokus yang berpusat pada perempuan.

5.1.2 Model dan komponen

Skrining dan *intake*

Secara umum, semua perempuan usia subur yang memasuki layanan rawatan harus diskrining untuk kehamilan. Skrining ini mungkin mencakup anamnesis dan tes urin. Layanan yang menyediakan rawatan untuk ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza dan anak-anak mereka biasanya memiliki prosedur skrining dan *intake* yang membantu menentukan kesesuaian untuk masuk ke dalam program. Paling tidak, skrining harus menilai tiga faktor: kondisi medis akut yang membutuhkan perhatian medis segera; risiko putus obat dan kebutuhan akan tata laksana putus obat dan/atau detoksifikasi; dan risiko membahayakan diri sendiri dan/atau orang lain. Satu atau lebih dari tiga faktor ini dapat mengindikasikan kebutuhan untuk merujuk atau memindahkan seorang ibu hamil ke unit medis atau psikiatris yang lebih khusus untuk mengelola risiko, setidaknya untuk sementara, sebelum ia dimasukkan ke dalam program rawatan khusus untuk gangguan penggunaan napza. Sebagai langkah pertama dalam membangun hubungan pasien-penyedia layanan dan kesempatan untuk membangun hubungan, penting untuk mempertimbangkan kebutuhan ibu hamil dan apakah kebutuhan tersebut sesuai dengan layanan yang ditawarkan program.

Penting untuk memiliki kebijakan tertulis tentang prosedur skrining dan *intake* untuk ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza (dan kondisi komorbiditas) dan harus mencakup unsur-unsur berikut:

- deskripsi prosedur skrining dan tindakan asupan dan/atau wawancara; sejauh mungkin, semua tindakan *intake*, instrumen dan alat penilaian yang digunakan sehubungan dengan ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus divalidasi;
- pelatihan yang dibutuhkan oleh staf untuk melakukan *intake* dan skrining; dan

Unofficial Translation

- kebijakan tentang kelayakan untuk masuk ke program dan prosedur untuk tidak masuk, termasuk informasi tentang layanan alternatif untuk ibu hamil.

Semua informasi klinis harus disimpan di lokasi yang aman dan terjaga serta dimasukkan ke dalam catatan pasien.

Penilaian

Saat memasuki program, seorang ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus menjalani penilaian klinis yang tujuannya adalah untuk memeriksa aspek-aspek yang relevan dari keadaan hidupnya secara rinci untuk tiga tujuan, yaitu diagnosis yang akurat, penempatan di rawatan yang tepat, dan penyusunan rencana dan sasaran perawatan yang tepat. Tujuan utama penilaian adalah untuk mengevaluasi keadaan kehidupan saat ini dan mengumpulkan informasi tentang kesehatan fisik dan psikologis, penggunaan napza, dukungan keluarga, dan situasi sosial. Penilaian ini sangat penting dalam menyusun rencana rawatan yang sesuai dengan kekuatan dan kebutuhan ibu hamil. Informasi khusus untuk kehamilan, seperti tanggal perkiraan kelahiran, kehamilan sebelumnya, dan rencana persalinan juga penting. Idealnya, penilaian harus menggunakan berbagai sumber informasi untuk memperoleh riwayat medis lengkap dari perempuan tersebut dan konteks psikososial tempat ia tinggal. Terdapat kebutuhan untuk penilaian awal yang berkembang menjadi proses yang berkelanjutan, dengan rencana untuk melakukan penilaian dan pengkajian berkala dalam perjalanan rawatan. Mengingat perubahan dalam fungsi fisik, psikologis, dan sosial yang dihadapi, sangat penting untuk menilai dan meninjau status kesehatan seorang perempuan selama perawatan, mengadaptasi rencana perawatan untuk mencerminkan perubahan kebutuhan, dan saat ia memasuki pemulihan. Frekuensi penilaian tersebut akan bergantung pada perjalanan klinis rawatan dan setiap kemunduran yang ditemui ketika rawatan berlangsung. Standar penilaian yang digunakan sama dengan yang berlaku untuk skrining dan *intake*, seperti dijelaskan di atas.

Perencanaan perawatan

Staf program harus menyusun rencana perawatan individu untuk ibu hamil, berdasarkan penilaian, dengan mempertimbangkan keinginan klien, dan sepenuhnya melibatkannya dalam perencanaan dan penetapan tujuan. Rencana perawatan harus dikaji secara rutin, terutama mengingat perubahan cepat yang terjadi sepanjang kehamilan dan setelah melahirkan. Seorang ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza tidak boleh dilihat sebagai penerima informasi pasif, tetapi sebagai peserta aktif dalam proses perencanaan perawatan. Seorang perempuan harus berpartisipasi aktif dalam keputusan rawatan yang mempengaruhi tidak saja dirinya tetapi juga janin yang dikandungnya. Rencana perawatan harus mencakup kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan dan kebidanan. Mungkin akan perlu juga untuk memonitor perkembangan janin.

Pendekatan rawatan

Pendekatan rawatan untuk ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza sangat bergantung pada tingkat dan pola penggunaan obat-obatan psikoaktif (dan zat lain) klien. Dalam keadaan tertentu, mungkin tepat bagi penyedia layanan primer atau dokter kandungan untuk memberikan intervensi singkat yang berfokus pada edukasi dan pengkajian risiko. Namun, mengingat potensi risiko pada janin, perlu untuk membatasi intervensi tersebut untuk kasus-kasus tertentu. Program rawatan untuk ibu hamil yang menggunakan zat psikoaktif harus menggunakan pendekatan berbasis bukti.

Ibu hamil dapat menerima pengobatan untuk gangguan penggunaan napza di pengaturan rawat jalan, rawat inap atau residensial. Rawatan mungkin termasuk intervensi psikososial dan farmakoterapi, bergantung pada jenis zat yang digunakan dan tingkat keparahan atau kompleksitas masalah yang dihadapi.

Unofficial Translation

REKOMENDASI WHO
(Guidelines for identification and managemetn of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- Penyedia layanan kesehatan harus bertanya kepada semua ibu hamil tentang penggunaan alkohol dan zat lain (dulu dan sekarang) sedini mungkin dalam kehamilan dan pada setiap kunjungan antenatal.
- Penyedia layanan kesehatan harus menawarkan intervensi singkat kepada semua ibu hamil yang menggunakan alkohol atau napza.
- Penyedia perawatan kesehatan yang melakukan tata laksana ibu hamil atau ibu dalam masa pascapersalinan yang memiliki gangguan penggunaan alkohol dan gangguan penggunaan napza lainnya harus menawarkan penilaian komprehensif, dan perawatan individual.
- Penyedia layanan kesehatan harus sedini mungkin memberi nasihat kepada ibu hamil yang mengalami ketergantungan alkohol atau obat-obatan untuk menghentikan penggunaan alkohol atau napza dan menawarkan, atau merujuk pada, layanan detoksifikasi di bawah pengawasan medis jika diperlukan dan relevan.

Pertimbangan farmakologis sangat penting bagi perempuan dengan gangguan penggunaan opioid jika obat merupakan bagian penting dari rawatan. Seorang perempuan dengan gangguan penggunaan opioid tidak boleh ditolak untuk menjalani rawatan dengan obat agonis opioid karena kehamilannya. Pilihan obat opioid harus dibuat secara individual, dengan mempertimbangkan karakteristik pasien. Resep rumatan metadon atau buprenorfin dapat dipilih secara efektif dengan memperhatikan rasio risiko-ke-manfaat yang menguntungkan (tapi efeknya dapat bervariasi dari pasien ke pasien). Bukti penelitian menunjukkan bahwa pajanan buprenorfin dalam rahim menyebabkan sindrom abstinensia neonatal yang kurang parah atau sindrom putus zat neonatal (NWS) dibandingkan metadon. Namun, sindrom abstinensia neonatal adalah kondisi yang mudah diidentifikasi dan diobati. Kondisi ini hanya merupakan salah satu aspek dari keputusan rasio risiko-manfaat lengkap untuk ibu hamil dan dokternya dalam pertimbangan untuk keputusan pengobatan.

Baik metadon maupun buprenorfin secara efektif mengurangi penggunaan opioid dan memungkinkan pasien mendapatkan manfaat dari rawatan psikososial. Dosis obat harus dinilai kembali secara berkala selama kehamilan untuk penyesuaian, biasanya ke atas. Tujuannya adalah untuk mempertahankan tingkat terapi obat dalam plasma dan, dengan demikian, meminimalkan risiko gejala putus obat dan keinginan untuk mengkonsumsi opioid, dan mengurangi atau menghilangkan penggunaan obat non-medis.

Jika seorang ibu hamil menggunakan metadon atau buprenorfin, terapi harus dilanjutkan dengan obat yang sama, terutama ketika responsnya baik. Putus obat secara medis dari agonis opioid selama kehamilan tidak dianjurkan. Putus obat dikaitkan dengan tingginya tingkat drop out dari pengobatan dan kambuh, bersama dengan risiko yang menyertai perempuan dan janin. Selain itu, putus obat opioid meningkatkan risiko keguguran.

Tidak ada bukti yang cukup untuk mendukung pengobatan farmakologis selama kehamilan untuk mengelola ketergantungan stimulan jenis amfetamin, ganja, kokain atau agen volatile. Namun, pengobatan farmakologis dapat digunakan, jika sesuai, untuk mengobati kondisi kesehatan penyerta. Obat-obatan psikofarmakologis mungkin berguna dalam mengobati gejala gangguan kejiwaan untuk mengelola penarikan pada ibu hamil dengan ketergantungan stimulan. Namun, obat-obatan tidak diperlukan secara rutin.

REKOMENDASI WHO
(Guidelines for identification and managemetn of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)

- Ibu hamil yang tergantung pada opioid harus didorong untuk menggunakan terapi rumatan opioid jika tersedia daripada mencoba detoksifikasi opioid.
- Ibu hamil dengan ketergantungan benzodiazepine harus menjalani pengurangan dosis bertahap, menggunakan benzodiazepin long-acting.
- Dalam tata laksana putus obat untuk ibu hamil dengan ketergantungan stimulan, obat-obatan psikofarmakologis mungkin berguna untuk membantu mengurangi gejala gangguan kejiwaan, tetapi tidak secara rutin diperlukan.

Unofficial Translation

- Farmakoterapi tidak direkomendasikan untuk rawatan rutin ketergantungan pada stimulan jenis amfetamin, kanabis, kokain, atau agen volatile pada pasien ibu hamil.
- Ibu hamil dengan ketergantungan opioid harus disarankan untuk melanjutkan atau memulai terapi rumatan opioid dengan metadon atau buprenorfin.

Rawatan komprehensif

Pendekatan rawatan komprehensif yang berpusat pada perempuan terdiri dari merawat seluruh individu dalam diad dua ibu-anak. Pendekatan ini dapat mencakup berbagai intervensi dan layanan, seperti kelompok yang mendapat informasi trauma dan praktik rawatan individu; pengasuhan anak dan pendidikan pengasuhan anak; perawatan medis umum; perawatan kebidanan dan ginekologi; intervensi dan layanan untuk gangguan kejiwaan komorbiditas; intervensi awal; dukungan sosial, termasuk rehabilitasi kejuruan, tempat tinggal, dan transportasi; dan bantuan hukum. Penyediaan layanan-layanan tersebut diperlukan tetapi tidak cukup untuk membuat rawatan menjadi berpusat pada perempuan. Program rawatan berpusat pada perempuan untuk ibu hamil yang menggunakan napza harus peka dan mampu mengatasi faktor biologis serta budaya, sosial dan lingkungan spesifik yang berkaitan dengan penggunaan napza dan rawatan pada perempuan. Pendekatan ini akan mengoptimalkan hasil perawatan.

Terdapat pertimbangan lain yang harus dipertimbangkan dalam rawatan perempuan dengan gangguan penggunaan napza:

- Hubungan interpersonal bermakna dan riwayat keluarga memainkan peran integral dalam memulai dan melanjutkan penggunaan napza.
- Stigma dan terbatasnya ketersediaan layanan rawatan yang peka gender menghalangi perempuan untuk memasuki rawatan.
- Perempuan sering memasuki rawatan untuk gangguan penggunaan napza dari beragam sumber rujukan.
- Peran sebagai pengasuh, harapan jender, dan kesulitan sosial ekonomi membuat perempuan lebih rentan terhadap hambatan untuk mencari bantuan, masuk ke rawatan, dan selama menjalani rawatan. Hambatan ini dapat menunda masuknya perempuan ke rawatan sampai gangguan mencapai tahap yang lebih parah, dengan patologi medis dan psikiatris tambahan.
- Perempuan lebih cenderung terlibat dalam perilaku mencari bantuan dan menghadiri rawatan setelah masuk ke rawatan.
- Ibu hamil mungkin memerlukan pengobatan farmakologis dan dosis obat yang disesuaikan.
- Perempuan mungkin membutuhkan perawatan yang berfokus pada perempuan dalam pengaturan untuk jenis kelamin tunggal terpisah yang aman untuk mendapatkan manfaat maksimal.
- Perempuan mungkin memerlukan pelatihan dan dukungan terkait masalah-masalah seperti kesehatan seksual, kontrasepsi, pengasuhan anak, dan perawatan anak.
- Perempuan dan anak-anak lebih rentan terhadap risiko kekerasan dalam rumah tangga dan pelecehan seksual, dan akan mendapat manfaat dari hubungan dengan agen-agen sosial yang melindungi mereka.
- Layanan rawatan harus dapat mengakomodasi anak-anak untuk memungkinkan ibu menerima rawatan.

Protokol persalinan

Program - program yang mencakup persalinan bayi untuk ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus memiliki protokol persalinan tertulis yang merinci kemungkinan masalah dengan persalinan dan tata laksana pasien. Paling tidak, masalah-masalah seperti di mana persalinan akan dilakukan, siapa yang akan diberitahukan, apa yang dibutuhkan oleh ibu dan bayinya, dan bagaimana ibu akan mendapatkannya harus ditangani. Prosedur tata laksana nyeri yang tepat juga harus disediakan. Banyak perempuan dengan gangguan penggunaan opioid lebih sensitif terhadap rasa sakit daripada perempuan tanpa gangguan tersebut. Jika rasa sakit yang tidak diobati membuat ibu tidak mungkin merawat bayinya, kondisi tersebutdapat memicu kekambuhan penggunaan napza dan hasil buruk lainnya untuk ibu dan bayi.

Unofficial Translation

Protokol perawatan pasca persalinan/postpartum

Semua program yang menyediakan layanan untuk ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus memiliki protokol perawatan pasca persalinan/postpartum. Perempuan tidak boleh keluar dari rawatan hanya karena alasan kehamilan atau status postpartum saja. Metode untuk mendukung diad ibu-bayi yang setidaknya mencakup keterampilan pengasuhan dasar harus ditetapkan.

Menyusui

Meskipun setiap upaya harus dilakukan untuk mendorong menyusui pada ibu dengan gangguan penggunaan napza, keputusan tentang menyusui harus dievaluasi berdasarkan kasus per kasus. Menyusui dapat menjadi kontra indikasi dalam kasus ibu yang HIV-positif dan untuk ibu dengan kondisi medis lain yang menggunakan obat psikotropika tertentu. Kontraindikasi atau tindakan pencegahan lain terkait menyusui dapat diperlukan jika ibu menggunakan inhalansia, metamfetamin, stimulan, obat penenang, dan alkohol. Dianjurkan agar dokter membuat perjanjian yang jelas dan lebih disukai tertulis dengan ibu tentang praktik menyusui mereka.

REKOMENDASI WHO (Guidelines for identification and managemetn of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014)
• Ibu dengan gangguan penggunaan naoza harus didorong untuk menyusui kecuali risikonya jelas lebih besar daripada manfaatnya. • Ibu menyusui yang menggunakan alkohol atau napza harus dinasihati dan didukung untuk menghentikan penggunaan alkohol atau napza; Namun, penggunaan napza tidak selalu merupakan kontraindikasi untuk menyusui. • Kontak kulit-ke-kulit adalah penting terlepas dari pilihan pemberian asupan pada bayi dan perlu didorong secara aktif untuk ibu dengan gangguan penggunaan napza yang mampu merespons terhadap kebutuhan bayinya. • Ibu yang stabil dalam rawatan rumatan opioid dengan metadon atau buprenorfin harus didorong untuk menyusui kecuali risikonya lebih besar daripada manfaatnya.

5.1.3 Tata laksana bayi baru lahir yang secara pasif terpajan opioid dalam rahim

Deskripsi

Jumlah bayi baru lahir yang lahir setelah pajanan intrauterin berkelanjutan terhadap opioid dan zat psikoaktif lainnya sulit ditentukan. Tetapi dalam semua kasus, hasil kesehatan bayi baru lahir meningkat jika ibu mereka menerima perawatan medis, psikososial, dan pengobatan yang komprehensif. Kegagalan untuk memberikan layanan ini menempatkan bayi pada risiko prematuritas, pertumbuhan intrauterin terhambat, sepsis neonatorum, lahir mati, asfiksia perinatal, kelekatan ibu-bayi yang buruk, kekurangan, pengabaian, kegagalan untuk berkembang, dan sindrom kematian bayi mendadak. Salah satu kondisi utama yang mungkin ada pada 50-80% bayi baru lahir yang terpapar opioid dalam rahim adalah sindrom abstinensia neonatal atau sindrom putus zat neonatal (NWS). NWS didefinisikan sebagai perubahan sementara pada: sistem saraf pusat (ditandai dengan iritabilitas, teriakan bernada tinggi, tremor, hipertensi, hiperrefleksia dan gangguan tidur); sistem gastrointestinal (misalnya regurgitasi, tinja encer, peningkatan refleks mengisap, mengisap dan menelan yang tidak teratur, dan asupan yang buruk dengan penurunan berat badan); dan sistem pernapasan (misalnya hidung tersumbat dan takipnea), serta gangguan sistem saraf otonom (seperti bersin dan menguap) yang bermanifestasi pada hari-hari dan minggu-minggu awal setelah kelahiran pada bayi yang terpapar opioid atau obat penenang lain dalam rahim. Bayi yang baru lahir mengalami NWS dari penggunaan opioid non-medis ibunya yang dibeli di jalan atau dari obat opioid yang diresepkan yang diberikan oleh dokter ibunya untuk mengatasi untuk kondisi medis ibu. Opioid ini mungkin mencakup metadon atau buprenorfin yang digunakan untuk mengobati gangguan penggunaan opioidnya.

Unofficial translation

Pengobatan sindrom putus obat pada bayi baru lahir

Pengobatan NWS harus mencakup intervensi non-farmakologis diikuti dengan pengobatan (setelah diperlukan) setelah penilaian komprehensif. Langkah-langkah yang mendukung termasuk: rooming-in, menyusui, menawarkan dot (mengisap non-nutrisi), bedong dengan tangan bebas untuk mengisap tanpa berpakaian berlebihan, dan kontak kulit-ke-kulit dengan ibu. Nasopharynx bayi baru lahir harus disedot, dan pemberian asupan harus dilakukan secara sering (setiap dua jam) dalam jumlah kecil (jika hasil pemberian asupan tetap buruk) tanpa melakuannya secara berlebihan. Posisi bayi harus berada di sisi kanan untuk mengurangi aspirasi, jika ada muntah atau regurgitasi (keduanya merupakan gejala yang menonjol pada NWS).

Memulai pengobatan farmakologis NWS tidak boleh ditunda. Obat yang paling umum digunakan untuk NWS karena pajanan opioid adalah morfin yang diberikan secara per oral atau metadon, sesuai dengan berat dan skor tubuh. Fenobarbital umumnya diberikan dalam kasus abstinensia neonatal akibat zat lain (seperti barbiturat, etanol, dan hipnotik sedatif). Tujuan pengobatan adalah untuk meringankan gejala putus obat dan menenangkan bayi sehingga menormalkan fungsi makan, tidur, dan pembuangan. Dosis obat harus segera ditingkatkan bila diperlukan, lebih disukai sebagai respons terhadap penilaian keparahan NWS rutin dengan menggunakan instrumen yang divalidasi dan juga segera dikurangi ketika gejala NWS berkurang.

REKOMENDASI WHO
(mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings, 2012)

- Fasilitas layanan kesehatan yang menyediakan layanan kebidanan harus memiliki protokol untuk mengidentifikasi, menilai, memantau dan mengintervensi, menggunakan metode non-farmakologis dan farmakologis, untuk neonatus yang terpapar prenatal dengan opioid.
- Opioid harus digunakan sebagai pengobatan awal untuk bayi dengan sindrom penarikan opioid neonatal jika diperlukan.
- Jika bayi memiliki tanda-tanda sindrom penarikan neonatal karena penarikan dari obat penenang atau alkohol, atau zat yang terpapar bayi tidak diketahui, maka fenobarbital mungkin merupakan pilihan pengobatan awal yang lebih disukai.

5.1.4 Pelatihan dan dokumentasi staf

Pelatihan staf

Setiap anggota staf yang berkontak langsung dengan pasien (sekretaris, manajer kantor) harus memiliki pengetahuan dan peka terhadap masalah yang dihadapi ibu hamil. Staf harus dilatih tentang apa yang harus dilakukan ketika seorang perempuan melahirkan: siapa yang harus dihubungi, bagaimana bereaksi dan ke mana harus pergi untuk mencari bantuan medis. Banyak ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza mungkin merasa berkonflik, malu dan merasa bersalah tentang apa yang sering mereka lihat sebagai ketidakmampuan mereka untuk mengendalikan perilaku penggunaan napza. Staf perlu menyadari perasaan dan kekhawatiran ini dan siap untuk merespons dengan tepat dengan cara yang mendukung. Mempermalukan dan menstigmatisasi perempuan terkait penggunaan napza selama kehamilan bukanlah metode pengobatan yang efektif untuk melindungi janin dari pajanan obat atau meningkatkan kesehatan ibu. Sebaliknya, stigmatisasi dapat menyebabkan tingkat drop out dari pengobatan yang tinggi.

Semua staf kesehatan yang merawat bayi harus dilatih untuk mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala sindrom putus zat neonatal (atau sindrom abstinensi neonatal) serta kondisi neonatal yang dapat muncul dengan cara yang mirip dengan NWS (misalnya septikemia, ensefalitis, meningitis, pasca-kelahiran, iritasi anoksik pada sistem saraf pusat, hipoglikemia, hipokalsemia, dan pendarahan otak).

Dokumentasi

Terlepas dari jenis pengaturan atau intensitas perawatan yang diberikan, dokumentasi yang tepat terkait perawatan ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus mencakup dokumentasi atau catatan pasien secara rutin. Dokumentasi ini termasuk kontrak perawatan, penilaian, perawatan individual dan rencana tata laksana. Yang tak kalah penting adalah pengkajian perawatan dan perubahan perawatan, pengelolaan tujuan

perawatan, dan ringkasan penyelesaian perawatan. Layanan yang memberikan perawatan kepada ibu hamil dengan gangguan penggunaan napza harus menyimpan catatan untuk semua layanan medis, psikiatris dan rawatan yang diberikan untuk memastikan implementasi semua perawatan yang direkomendasikan dilakukan dan adanya koordinasi yang erat antara berbagai penyedia perawatan. Setiap penilaian untuk sindrom putus zat neonatal harus dicatat bersama dengan intervensi obat dan non-obat yang disediakan untuk meminimalkan NWS.

5.2 Anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza

5.2.1 Deskripsi

Penggunaan zat psikoaktif biasanya dimulai pada masa remaja (10-19 tahun) dan bahkan masa kanak-kanak. Semakin awal penggunaan napza dimulai, semakin besar risiko untuk berkembangnya penggunaan napza ke arah penggunaan berat dan gangguan penggunaan napza secara cepat.

Mayoritas anak-anak dan remaja tidak menggunakan obat-obatan psikoaktif. Anak-anak yang menggunakan napza biasanya memiliki lebih banyak faktor risiko dan memiliki lebih sedikit faktor pelindung. Mereka bisa merupakan korban pengabaian dan penganiayaan fisik, seksual dan emosional. Mereka mungkin telah dieksploitasi dalam perang, terorisme, dan perdagangan napza, dan dapat mengalami berbagai bentuk kekerasan. Anak-anak tersebut dapat mengalami perampasan, kemiskinan, tunawisma, kelaparan, diskriminasi berbasis gender, dan sering berpindah-pindah. Akibatnya, mereka dapat mengembangkan berbagai kondisi kesehatan jiwa dan fisik yang kurang baik. Jika anak-anak dipekerjakan untuk menanam, memproduksi, dan mendistribusikan napza, mereka mungkin tetap buta huruf dan menjadi korban di setiap titik industri perdagangan napza. Anak-anak yang keluarganya menanam tanaman napza dan memproduksi napza dapat terpapar residu beracun dan menjadi perokok pasif. Anak-anak yang tinggal di negara-negara konflik menjadi rentan terhadap risiko mengerikan dalam berbagai cara. Tentara anak sering memiliki akses mudah ke napza untuk membuat mereka tetap terjaga, berjuang, dan melakukan tindakan menakutkan lainnya serta untuk mengatasi trauma.

Anak-anak dan remaja yang menggunakan zat psikoaktif mungkin tidak mengidentifikasi penggunaan napza sebagai masalah bagi diri mereka sendiri atau orang lain dalam kehidupan mereka dan mungkin tidak menyadari bahaya signifikan yang disebabkan oleh penggunaan napza terhadap perkembangan otak dan perkembangan psikososial mereka. Selain itu, penggunaan napza di masa kanak-kanak dan remaja dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan penggunaan napza seumur hidup dan kondisi kesehatan jiwa lainnya. Akibatnya, anak-anak tersebut selanjutnya mungkin lebih membutuhkan layanan rawatan gangguan penggunaan napza dan layanan rawatan kesehatan jiwa.

Masa kanak-kanak dan remaja adalah periode perkembangan penting ketika otak sangat rentan terhadap gangguan penggunaan napza dan penggunaan napza. Mengingat efek neurotoksik dari napza atau alkohol pada otak yang sedang berkembang, penggunaan napza perlu diidentifikasi dan diatasi sedini mungkin. Anak-anak dan remaja juga dapat mengambil manfaat dari intervensi untuk penggunaan napza bahkan jika mereka tidak bergantung pada zat tertentu. Penghentian penggunaan zat dengan segera dapat membantu meminimalkan risiko kerusakan fisik dan/atau psikologis selanjutnya. Kunjungan medis, sekolah, atau kunjungan kesehatan terkait rutin lainnya memberikan kesempatan untuk bertanya kepada anak-anak dan remaja tentang penggunaan napza. Remaja akan merespons dengan jujur jika mereka tidak merasa terancam oleh dampak negatif akibat kejujurannya. Terapi keluarga adalah intervensi berbasis bukti untuk remaja dengan gangguan penggunaan napza serta untuk remaja dengan riwayat kenakalan.

Remaja bukan anak-anak yang lebih tua atau orang dewasa yang lebih muda. Masa remaja ditandai dengan pematangan fisiologis semua sistem tubuh dan transformasi yang mengubah aspek kehidupan lainnya, termasuk dari ketergantungan masa kanak-kanak pada orang tua dan pengasuh menuju kemandirian orang dewasa. Periode kehidupan ini membutuhkan layanan kesehatan dan pendidikan yang disesuaikan, perlindungan kesehatan dan promosi kesehatan yang dirancang untuk mencerminkan perkembangan remaja, dan untuk memenuhi kebutuhan mereka.

Unofficial Translation

Remaja menghadapi hambatan khusus dalam mengakses layanan dan informasi kesehatan. Mereka sering menganggap layanan rawatan kesehatan masyarakat tidak dapat diterima karena dianggap kurang menghormati, kurang menghargai privasi dan kerahasiaan, takut akan stigma, diskriminasi dan pemaksaan nilai-nilai moral oleh penyedia layanan kesehatan. Selain itu, layanan kesehatan seringkali memerlukan dukungan atau izin dari orang tua dan pasangan, termasuk untuk masalah sensitif seperti kesehatan seksual dan reproduksi. Remaja mungkin kekurangan dukungan orang tua. Mereka mungkin berada di bawah kendali orang tua atau pasangan mereka karena norma sosial-budaya dan gender dan fakta ini sering diperkuat oleh hukum dan peraturan tentang persetujuan. Semua hal ini dapat dapat mencegah mereka mencari perawatan.

Seperti halnya kelompok usia lainnya, hambatan berbentuk literasi kesehatan yang rendah, kemiskinan, dan marginalisasi juga berdampak negatif terhadap akses remaja, tetapi kemungkinan dengan dampak yang lebih besar.

5.2.2 Model dan komponen

Anak-anak dan remaja yang menggunakan napza mungkin tinggal bersama keluarga mereka tetapi juga mungkin hidup di jalanan setelah menjadi yatim piatu atau ditolak oleh keluarga mereka atau di lembaga sistem pemasyarakatan. Kondisi dan pengaturan rawatan untuk anak dan remaja di jalanan atau institusi sistem pemasyarakatan mungkin sangat berbeda dengan pengaturan rawat jalan tradisional atau rawatan residensial, dan mungkin melibatkan lebih penjangkauan dan drop-in center daripada yang biasanya ditemukan dalam pengelolaan gangguan penggunaan napza di kalangan orang dewasa. Remaja dapat dibawa ke rawatan oleh orang tua mereka yang khawatir tentang penggunaan napza yang dilakukan anaknya baru-baru ini.

Penelitian tentang rawatan untuk anak-anak dan remaja masih terbatas dan, temuan penelitian dari rawatan yang diberikan kepada orang dewasa di masa lalu sering memandu pemberian rawatan untuk anak-anak dengan gangguan penggunaan napza. Meskipun terdapat bukti yang menggembirakan bahwa perawatan psikososial sesuai usia akan efektif pada remaja, bukti yang sangat terbatas tersedia mengenai rawatan pada anak-anak yang masih muda. Untuk mengobati anak-anak dengan gangguan penggunaan napza, perlu untuk merancang rawatan psikososial agar sesuai dengan tingkat perkembangan kognitif dan pengalaman hidup mereka. Ini mungkin menimbulkan masalah yang tidak terduga, seperti anak-anak merespons secara berbeda terhadap obat-obatan dibandingkan dengan remaja dan orang dewasa.

Terdapat masalah lain yang perlu dipertimbangkan ketika memberikan rawatan untuk anak-anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza.

- Status hukum anak-anak dan remaja mengenai kompetensi dan kapasitas mereka untuk menyetujui pengobatan bervariasi dari satu negara ke negara. Ada kebutuhan untuk mempertimbangkan hal ini dan meminta izin atau keterlibatan orang tua, sesuai dengan kebutuhan.
- Anak-anak dan remaja yang menggunakan napza memiliki kebutuhan rawatan dan perawatan yang unik yang mencerminkan perkembangan otak dan fungsi kognitif mereka, serta keterampilan mengatasi masalah yang terbatas, mengingat tahap perkembangan psikososial mereka.
- Remaja memiliki tingkat pengambilan risiko dan pencarian hal baru yang tinggi, dan sangat responsif terhadap tekanan teman sebaya.
- Remaja dengan masalah penggunaan napza memiliki prevalensi tinggi untuk terkena gangguan kejiwaan komorbid dan mengalami disfungsi keluarga, sehingga masalah ini harus menjadi fokus pengobatan.
- Karena pemikiran mereka lebih kongkrit dan keterampilan bahasa mereka belum berkembang dengan baik serta kurang memiliki sikap introspektif jika dibandingan orang dewasa, anak-anak dan remaja juga mungkin memliki kemungkinan lebih kecil untuk membahas masalah mereka.
- Terdapat kebutuhan untuk mengadaptasi intervensi rawatan perilaku dengan mempertimbangkan kemampuan kognitif anak-anak dan remaja yang terbatas.
- Anak-anak dan remaja mungkin memiliki motivasi yang berbeda dari orang dewasa untuk berpartisipasi dalam rawatan dan untuk berbagi tujuan rawatan umum dengan penyedia rawatan.

Unofficial translation

Rawatan gangguan penggunaan napza harus disesuaikan dengan kebutuhan unik remaja dan dapat mengatasi kebutuhan keseluruhannya dan bukan hanya penggunaan napza. Penting untuk mengidentifikasi kekerasan, pelecehan anak dan risiko bunuh diri dan bahaya, pada kesempatan paling awal dalam rawatan, dan untuk mengambil tindakan untuk melindungi atau memproteksi anak atau remaja. Pemantauan penggunaan napza adalah kunci rawatan remaja dengan tujuan memberikan dukungan yang dibutuhkan dan struktur tambahan saat otak mereka berkembang. Dalam rawatan, remaja membutuhkan lebih banyak dan dukungan berbeda daripada orang dewasa. Mengingat timbulnya keterlibatan seksual dan tingkat pelecehan seksual yang lebih tinggi di antara remaja dengan ketergantungan napza, tes sukarela untuk penyakit menular seksual seperti HIV, serta hepatitis B dan C, merupakan bagian penting dari rawatan napza untuk remaja. Rawatan juga harus mencakup strategi seperti: pelatihan keterampilan sosial, pelatihan kejuruan, intervensi berbasis keluarga dan intervensi kesehatan seksual, termasuk pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit menular seksual.

Rawatan harus berusaha untuk mengintegrasikan bidang lain dari keterlibatan sosial remaja, seperti keluarga, sekolah, olahraga dan hobi, dan mengakui pentingnya hubungan teman sebaya yang positif. Rawatan untuk remaja harus mempromosikan keterlibatan orang tua yang positif, jika sesuai, dan memastikan akses ke lembaga kesejahteraan anak.

Gangguan penggunaan zat dan layanan rawatan kesehatan jiwa harus mengakomodasi karakteristik unik anak-anak dan remaja dan fleksibel dalam mengidentifikasi dan menangani kebutuhan mereka. Ini harus dilakukan dalam kerangka kerja yang paling melindungi anak-anak dan remaja dari bahaya sambil memenuhi kebutuhan kesehatan individu mereka.

Layanan penjangkauan

Tujuan dari program penjangkauan adalah untuk mengidentifikasi anak-anak dan remaja yang mungkin membutuhkan layanan kesehatan dan sosial. Program - program tersebut menyediakan layanan semacam itu sejauh mungkin, dengan mengingat kendala tempat seorang anak mungkin tinggal (misalnya di jalanan atau di penjara). Dengan demikian, staf penjangkauan harus menargetkan anak-anak dan remaja yang diketahui berisiko, dan kemudian berfungsi sebagai saluran untuk layanan yang diperlukan. Layanan ini harus berusaha untuk mengatasi berbagai masalah, termasuk yang masalah kejiwaan, perilaku, dan sosial. Dalam kasus penjangkauan, staf dapat melakukan skrining untuk mengumpulkan informasi yang cukup terkait penentuan kebutuhan rujukan dan rawatan, dan untuk memainkan peran aktif dalam mengatur rujukan atau rawatan. Layanan penjangkauan mungkin juga perlu menilai dinamika dan kerentanan antar-keluarga yang ada di dalamnya. Memulai rawatan untuk gangguan penggunaan napza lebih diutamakan daripada mencari penyebab dan tingkat masalahnya.

Skrining dan penilaian

Program rawat jalan dan rawat inap tradisional yang memberikan rawatan kepada anak-anak dan remaja biasanya memiliki prosedur skrining dan *intake* yang menentukan kesesuaian anak atau remaja untuk memasuki program. Setidaknya, perlu untuk menyaring tiga faktor risiko sebagai bagian dari proses penerimaan: keparahan gangguan penggunaan napza; risiko melukai diri sendiri dan membahayakan orang lain; dan masalah keamanan lainnya, seperti kerentanan terhadap pelecehan (emosional, seksual dan/atau fisik). Kombinasi faktor-faktor risiko serta komplikasi yang melibatkan gangguan lainnya mungkin menunjukkan kebutuhan untuk memasukan anak atau remaja ke pengaturan rawatan rawat inap yang lebih sesuai, jika rawatan rawat jalan tidak dapat menjamin dukungan dan keamanan yang memadai. Suatu penilaian untuk mengevaluasi keadaan kehidupan anak atau remaja saat ini dan mengumpulkan informasi tentang fisik, psikologis, keluarga dan sejarah sosial mereka untuk menentukan kebutuhan perawatan khusus diperlukan. Penilaian ini membantu dalam menyususn rencana perawatan yang sesuai dengan kekuatan dan kebutuhan anak atau remaja. Standar yang digunakan dalam skrining dan penilaian anak-anak dan remaja tidak boleh berbeda dari yang digunakan untuk populasi pasien lainnya.

Perencanaan perawatan

Unofficial translation

Anak-anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza perlu dipertimbangkan sebagai bagian integral dari tim perawatan yang berfokus pada kesejahteraan fisik dan psikologis. Penting untuk melihat mereka tidak hanya sebagai pasien yang secara pasif diberi tahu tentang status kesehatan mereka tetapi, akan lebih tepat, sebagai peserta aktif dalam pengambilan keputusan pengobatan, bersama dengan pengasuh. Selain itu, sejak awal dalam proses perencanaan, manajemen kasus dapat membantu dengan hubungan ke layanan masyarakat yang relevan dan - dalam kasus rawatan rawat inap – terdapat kebutuhan untuk memutuskan tentang transisi kembali ke masyarakat. Perencanaan perawatan juga membutuhkan kolaborasi dengan sistem sekolah dan harus memperhitungkan kebutuhan untuk melanjutkan pendidikan formal.

Pendekatan rawata

Pendekatan rawatan untuk anak-anak dan remaja dengan gangguan penggunaan napza sangat bergantung pada zat yang digunakan. Seperti halnya populasi pasien lain, rawatan harus melibatkan intervensi psikososial dalam kombinasi dengan obat bila sesuai. Namun, hanya terdapat sedikit penelitian tentang kemanjuran farmakoterapi untuk mengobati remaja, dan bahkan lebih sedikit lagi bukti untuk kemanjurannya pada gangguan penggunaan zat anak. Oleh karena itu, tidak ada obat yang disetujui untuk digunakan dalam kelompok populasi ini. Terdapat sejumlah dukungan untuk penggunaan agonis opioid, seperti metadon dan buprenorfin, untuk mengobati remaja ketika mereka dapat memberikan persetujuan hukum untuk terapi tersebut. Terapi ini harus digunakan untuk remaja dengan ketergantungan opioid parah yang berisiko tinggi untuk terus menggunakan napza. Orang tua juga harus memberikan persetujuan untuk rawatan anak di bawah umur, seperti yang disyaratkan oleh hukum nasional. Remaja dengan durasi gangguan penggunaan opioid singkat, yang memiliki dukungan keluarga dan sosial yang signifikan, dapat merespon tata laksana putus obat opioid dengan atau tanpa resep naltrexone lanjutan sebagai strategi pencegahan kambuh. Farmakoterapi yang sesuai juga harus digunakan untuk mengobati gangguan kejiwaan yang terjadi bersamaan sebagai bagian dari rencana rawatan terpadu yang juga melibatkan rawatan psikososial.

Pendekatan psikososial untuk pengobatan gangguan penggunaan napza pada anak-anak dan remaja harus mencakup berbagai kebutuhan mereka dan menggunakan pendekatan individual yang memperhitungkan kerentanan dan kekuatan mereka serta riwayat perkembangan sejak lahir hingga saat ini. Contoh pendekatan rawatan untuk gangguan penggunaan napza pada anak-anak dan remaja termasuk pendekatan keterampilan hidup, intervensi berbasis keluarga dan psikoedukasi. Remaja akan mendapat manfaat dari pelatihan pengendalian diri, keterampilan sosial, dan pengambilan keputusan. Ketika tersedia dan telah diuji secara lokal, penggunaan teknologi digital berbasis bukti juga dapat dimasukkan ke dalam program rawatan.

Masalah spesifik jender dalam rawatan remaja

Pengakuan perbedaan gender harus menjadi bagian integral dari rawatan pada anak-anak dan remaja. Anak laki-laki biasanya lebih suka kelompok gender campuran, sementara anak perempuan lebih suka kelompok perempuan saja, yang mencerminkan perbedaan dalam sosialisasi dan riwayat penggunaan napza perempuan dan laki-laki. Mengingat tingkati kekerasan fisik, pelecehan seksual dan pertukaran seks untuk obat-obatan yang lebih tinggi pada anak perempuan daripada anak laki-laki, setidaknya sebagian dari program rawatan harus spesifik jender dan mencakup komponen yang berhubungan dengan kesehatan seksual dan reproduksi. Untuk anak perempuan, rawatan dapat berfokus pada kerentanan khusus yang memengaruhi anak perempuan, seperti depresi dan riwayat pelecehan fisik dan seksual, sedangkan untuk anak laki – laki, rawatan mungkin lebih fokus pada masalah pengendalian impuls, gangguan di sekolah dan masyarakat dan riwayat pembelajaran dan masalah perilaku. Namun, akan ada kebutuhan untuk mengatasi banyak masalah ini pada semua anak dan remaja.

Singkatnya, berinvestasi dalam layanan rawatan obat yang khusus dirancang untuk remaja juga akan memicu pertumbuhan ekonomi dengan membantu meningkatkan produktivitas, mengurangi pengeluaran kesehatan, dan mengurangi turunnya kesehatan yang buruk antargenerasi serta berlanjutnya kemiskinan dan diskriminasi.

Unofficial Translation

5.3 Gangguan penggunaan napza di kalangan orang yang berhadapatan dengan sistem peradilan pidana

5.3.1 Deskripsi

Jumlah populasi penjara di seluruh dunia terus bertambah, menempatkan beban keuangan yang sangat besar pada pemerintah dan biaya besar bagi kohesi sosial masyarakat. Diperkirakan bahwa lebih dari 10,3 juta orang, termasuk narapidana dan tahanan, ditahan di lembaga pemasyarakatan di seluruh dunia pada Oktober 2015. Meskipun perempuan hanya mencakup 6,8% dari seluruh jumlah tahanan dunia, populasi penjara perempuan telah meningkat 50% sejak tahun 2000, sementara angka peningkatan untuk tahun tersebut untuk populasi penjara pria adalah 18% (Walmsley, 2015).

Secara global, diperkirakan satu dari tiga tahanan telah menggunakan zat terlarang di beberapa titik saat dipenjara (prevalensi seumur hidup rata-rata 32,6%, berdasarkan data dari 32 studi), dengan 20,0% melaporkan penggunaan pada tahun lalu (median prevalensi tahun lalu dari 45 studi) dan 16,0% melaporkan penggunaan saat ini (prevalensi rata-rata bulan lalu dari 17 studi). Menurut perkiraan, orang dengan gangguan penggunaan napza mewakili proporsi tinggi populasi penjara di banyak negara (UNODC, 2017. UNODC, 2019).

Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa penggunaan napza, termasuk penggunaan napza suntik, sangat lazim dilakukan di penjara, dengan berbagi jarum dan peralatan suntik menjadi hal biasa. Praktek penyuntikan yang tidak aman di penjara, tempat dengan angka HIV tinggi, menempatkan pengguna napza suntik pada risiko infeksi HIV yang meningkat melalui penggunaan jarum dan peralatan suntik yang terkontaminasi (UNODC, 2017).

Secara global, sekitar 2,8% (2,05 - 3,65%) tahanan menderita TB aktif, dengan angka tertinggi di Eropa Timur dan Asia Tengah (4,9%) dan Afrika Timur dan Selatan (5,3%). Pengguna napza di penjara telah terbukti berisiko lebih tinggi tertular TB (UNODC, 2017).

Penting untuk menyaring penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza di antara orang-orang yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana. Ini adalah kesempatan untuk mendorong seseorang yang diskrining positif untuk menerima dukungan yang sesuai dan, jika perlu, intervensi rawatan dengan rujukan ke layanan rawatan untuk gangguan penggunaan napza. Pendekatan ini mungkin memerlukan respons terkoordinasi yang melibatkan peradilan pidana serta sistem rawatan kesehatan dan sosial. Rawatan gangguan penggunaan napza berbasis bukti telah terbukti efektif dalam mengurangi penggunaan napza dan mempromosikan pemulihan sambil memutus siklus lingkaran setan penggunaan napza dan kejahatan, dan mengurangi pelanggaran ulang dan penahanan kembali di antara orang dengan gangguan penggunaan napza yang melakukan berhadapan dengan dengan sistem peradilan pidana (Justice Policy Institute, 2008; Gumpert et al., 2010; Sun et al., 2015; Zhang et al., 2017).

Rawatan untuk orang dengan gangguan penggunaan napza yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana dapat - bergantung pada pelanggarannya – menjadi alternatif hukuman atau hukuman paralel dengan hukuman atau penahanan (dalam pengaturan penjara, misalnya).

Konvensi pengendalian obat internasional (PBB, 1961, 1971, 1988) mengantisipasi fasilitasi rawatan sebagai alternatif parsial atau lengkap untuk terhadap hukuman atau vonis hukuman (atau bersamaan dengan penghukuman atau vonis hukuman), terutama untuk dipertimbangkan dalam kasus-kasus pidana tertentu yang bersifat minor yang dilakukan oleh seseorang dengan gangguan penggunaan napza. Rawatan sebagai alternatif selain hukuman atau vonis dapat diterapkan di sepanjang kontinum peradilan pidana selama tahap praperadilan, persidangan, dan pasca penetapan vonis.

5.3.2 Model dan komponen

Rawatan dan perawatan berbasis bukti harus tersedia untuk semua orang dengan gangguan penggunaan napza terlepas dari status hukum mereka. Orang dengan gangguan penggunaan napza yang berhadapan

Unofficial Translation

dengan sistem peradilan pidana dapat ditawari layanan rawatan napza baik sebagai alternatif dari hukuman atau vonis atau secara paralel dengan hukuman, misalnya, di dalam penjara, bergantung pada tingkat keparahan kejahatan yang dilakukan dan hukuman yang mungkin diterima atau tidak diterima oleh mereka. Untuk memberikan tanggapan yang efektif kepada siapa pun yang memiliki gangguan penggunaan napza, yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana, perlu untuk mempertimbangkan tingkat keparahan gangguan penggunaan napza dan kondisi kesehatan komorbid mereka. Sejalan dengan Aturan Standar Minimum PBB untuk Tindakan Non-Penahanan (The Tokyo Rules) (PBB, 1990), penjara harus selalu menjadi langkah terakhir. Selain itu, keadaan khusus yang dihadapi perempuan yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana harus dipertimbangkan, sesuai dengan Peraturan PBB untuk Perlakukan terhadap Narapidana Perempuan dan Tindakan Non-Penahanan bagi Pelanggar Perempuan (Peraturan Bangkok) (PBB, 2011).

Ketika orang dengan gangguan penggunaan napza melakukan pelanggaran pidana yang dianggap kecil (baik terkait napza atau tidak), rawatan dapat ditawarkan sebagai alternatif hukuman atau vonis, sesuai dengan konvensi dan norma internasional. Menawarkan rawatan berbasis bukti untuk gangguan penggunaan napza kepada orang-orang yang berhadapann dengan sistem peradilan pidana adalah respons kesehatan masyarakat dan keselamatan publik yang efektif (Belenko, Hiller dan Hamilton, 2013; UNODC dan WHO, 2019).

Orang dengan gangguan penggunaan napza yang tidak dapat mengambil manfaat dari rawatan sebagai alternatif dari hukuman atau vonis karena mereka menjalani hukuman penjara, perlu menerima rawatan dan perawatan yang disediakan di penjara atau tempat lain.

Skrining dan penilaian dalam konteks peradilan pidana

Interaksi dengan sistem peradilan pidana dapat menjadi kesempatan untuk mendorong orang dengan gangguan penggunaan napza untuk secara sukarela berpartisipasi dalam layanan rawatan. Oleh karena itu, sangat penting untuk menyaring penggunaan napza dan gangguan penggunaan napza di kalangan mereka yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana, lebih disukai sebagai bagian dari skrining kesehatan yang lebih besar.

Semua titik kontak dalam sistem peradilan pidana harus menawarkan kesempatan untuk melakukan skrining dan penilaian untuk gangguan kesehatan, termasuk gangguan penggunaan napza. Penting untuk menetapkan, pada titik paling awal kontak mereka dengan sistem peradilan pidana, apakah pelaku dengan gangguan penggunaan napza memenuhi syarat untuk alternatif hukuman atau vonis, dan untuk menerapkan alternatif jika berlaku. Otoritas peradilan dan kesehatan harus memiliki kapasitas bersama untuk mengevaluasi rawatan untuk menentukan apakah rawatan dapat berfungsi sebagai alternatif hukuman atau vonis. Selain itu, mereka harus menentukan pilihan rawatan mana yang tersedia dan paling sesuai untuk orang yang dipertimbangkan menerima rawatan, dengan mempertimbangkan pelanggaran yang dilakukan dan kebutuhan rawatan kesehatannya.

Poin-poin dan peluang untuk intervensi menghubungkan pengguna napza dengan layanan termasuk: kontak dengan petugas penegak hukum; penahanan awal dan/atau pemeriksaan pengadilan awal; penjara dan pengadilan; masuk kembali ke sistem peradilan pidana; dan program pemasyarakatan di masyarakat, seperti masa percobaan dan pembebasan bersyarat, untuk pelanggar. Setiap aktor di setiap titik intervensi memiliki kesempatan untuk mengidentifikasi tanda-tanda potensi gangguan penggunaan narkoba dan zat psikoaktif serta penggunaan napza lainnya, dan untuk memastikan pemeriksaan kesehatan yang cepat untuk gangguan penggunaan napza. Setelah skrining memberikan hasil positif, profesional kesehatan terlatih harus melakukan penilaian komprehensif. Penilaian ini akan memungkinkan untuk merencanakan dan mengimplementasikan intervensi kesehatan secara berurutan dan terutama diperlukan dalam mengelola sindrom putus obat untuk menghindari penderitaan yang tidak perlu dan, dalam beberapa kasus, komplikasi berbahaya dan mengancam jiwa di kalangan orang-orang dengan ketergantungan napza yang ditahan.. Skrining untuk gangguan penggunaan napza dan zat lain harus menjadi bagian integral dari skrining kesehatan standar setiap kali sistem peradilan pidana membawa orang ke tahanan.

Penilaian adalah proses yang berkesinambungan yang dapat dilakukan oleh orang yang berbeda di lingkungan berbeda pada berbagai tahap kontak dengan sistem peradilan pidana. Misalnya, penilaian awal

Unofficial translation

dapat dilakukan di tingkat praperadilan, untuk diikuti oleh penilaian lain di penjara. Ada beberapa alasan mengapa penilaian ulang mungkin diperlukan, seperti misalnya perubahan dalam persepsi kebutuhan individu terhadap rawatan, motivasi atau status kesehatan. Terdapat kebutuhan khusus untuk mempertimbangkan risiko bunuh diri di semua tahap penilaian.

Hanya petugas yang terlatih yang bisa melakukan penilaian untuk gangguan penggunaan napza. Berikut ini adalah masalah utama yang harus dicakup dalam penilaian:

- Apakah ada risiko langsung terhadap kehidupan, termasuk akibat overdosis?
- Apakah orang tersebut memerlukan rawatan segera, seperti untuk gejala putus obat atau psikosis?
- Apakah pola penggunaan napza sesuai dengan pola penggunaan atau ketergantungan yang berbahaya?
- Apakah orang tersebut tertarik menerima rawatan untuk gangguan penggunaan napza?
- Rawatan seperti apa yang telah mereka terima di masa lalu?
- Apa kisaran intervensi pengobatan yang mungkin efektif?
- Apa jenis intervensi pengobatan yang tersedia?
- Apakah intervensi tersebut tersedia untuk orang yang menerima rawatan sebagai alternatif untuk hukuman atau vonis dan/atau dalam sistem penjara?
- Dari intervensi rawatan ini, mana yang akan diminati orang tersebut?
- Adakah masalah medis yang terjadi bersamaan (termasuk kondisi kejiwaan) yang perlu dipertimbangkan?
- Bagaimana situasi hukum nantinya seandainya rawatan diterima atau ditolak?

Berdasarkan penilaian komprehensif terhadap ndividu dan kebutuhan mereka terkait rawatan dan domain kehidupan penting lainnya (kesehatan, sosial, hukum), penting untuk mengembangkan pendekatan rawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan tersebut. Sangat penting untuk menghindari pendekatan yang hanya berfokus pada hukuman, atau yang tidak memiliki struktur. Agar efektif, intervensi rawatan untuk orang dengan gangguan penggunaan napza dan riwayat kenakalan remaja harus mengatasi kebutuhan yang kompleks dan risiko masalah, termasuk risiko untuk kembali melakukan pelanggaran.

Rawatan gangguan penggunaan napza dalam konteks peradilan pidana

Premis dasar pemberian layanan kesehatan dalam sistem peradilan pidana adalah bahwa layanan tersebut harus mematuhi prinsip-prinsip yang sama seperti pada pada bagian lain dari perawatan kesehatan dan praktik medis, dan sesuai dengan jenis dan cakupan yang diuraikan dalam seluruh Standar. Keputusan yang dibuat oleh pejabat peradilan pidana tidak boleh merampas hak seseorang atas rawatan dan layanan kesehatan yang dia butuhkan.

Sebagai aturan umum, layanan kesehatan dalam sistem peradilan pidana harus setara dalam standar dengan layanan kesehatan di masyarakat (prinsip kesetaraan). Harus ada hubungan antara sistem peradilan pidana dan layanan berbasis masyarakat untuk memastikan layanan tanpa gangguan, kontinuitas, dan kualitas perawatan berkelanjutan.

Ketika seorang pelanggar yang memiliki kemungkinan tinggi untuk mengalami gangguan penggunaan napza berhadapan dengan sistem peradilan pidana (misalnya ditangkap oleh polisi karena pelanggaran terkait napsa) mereka harus menjalani skrining yang diikuti oleh penilaian dan intervensi singkat oleh profesional kesehatan terlatih. Penilaian dapat menentukan apakah pelanggar memenuhi kriteria diagnostik untuk gangguan penggunaan napza yang mencakup ketergantungan napza atau pola penggunaan napza yang berbahaya. Dalam kasus penggunaan napza tanpa fitur diagnostik gangguan penggunaan napza atau dalam kasus pola penggunaan napza berbahaya, dimungkinkan untuk memberikan intervensi rawatan singkat (lihat bagian 4.2.1) sambil menilai kebutuhan risiko dan faktor risiko lebih lanjut .Tindakan ini juga ditujukan untuk mencegah pelanggaran ulang dan/atau residivisme. JIka penilaian diagnostik mengidentifikasi adanya ketergantungan napza, maka harus dillakukan rawatan berbasis bukti untuk ketergantungan napza. Rawatan ini harus ditawarkan sebagai alternatif terhadap vonis atau hukuman, atau secara paralel dengan penetapan vonis dan pemenjaraan, bergantung pada situasi hukumnya. Jika penilaian mengidentifikasi adanya masalah somatis/jiwa

Unofficial Translation

lain atau masalah sosial, pelanggar perlu dirujuk ke layanan yang dapat menyediakan rawatan dan perawatan. Alternatif lain adalah layanan ini dapat diintegrasikan dalam tata laksana gangguan penggunaan napza.

Rawatan untuk ketergantungan napza dalam konteks peradilan pidana

Ketika pelaku dengan ketergantungan napza berhadapan dengan sistem peradilan pidana, kecil kemungkinan bahwa mereka telah menerima rawatan yang memadai untuk gangguan penggunaan napza mereka. Interaksi dengan sistem peradilan pidana dapat menjadi kesempatan untuk menawarkan perawatan yang dibutuhkan oleh pelanggar untuk ketergantungan napza mereka.

Dengan asumsi bahwa individu tersebut menyetujui rawatan, penilaian diagnostik oleh seorang dokter harus, mengarah pada penyusunan rencana perawatan. Pada titik ini, perlu untuk menentukan apakah individu tersebut memenuhi syarat dan siap untuk berpartisipasi dalam pilihan rawatan yang tersedia, termasuk rawatan sebagai alternatif dari hukuman atau vonis, jika berlaku. Penilaian diagnostik juga harus mencakup masalah medis, kesehatan jiwa, atau sosial lainnya serta faktor-faktor yang dapat memodifikasi risiko untuk pengulangan pelanggaran dan/atau residivisme. Ini sangat penting untuk pengembangan rencana perawatan yang merespons kebutuhan individu. Jika orang tersebut bersedia untuk berpartisipasi dalam rawatan, perlu untuk membahas ketersediaan dan aksesibilitas layanan rawatan yang tepat. Jika keputusannya adalah melanjutkan dengan rawatan, aktor sistem peradilan pidana yang relevan harus memutuskan apakah rawatan harus ditawarkan sebagai alternatif sebagian atau seluruhnya untuk hukuman atau vonis. Mereka juga perlu memutuskan apakah rawatan harus diberikan selama penahanan - misalnya, di penjara - dan menentukan kondisi yang menjadi dasar keputusan mereka. Kondisi sistem peradilan dapat bervariasi, dari kehadiran awal di sesi perawatan dan kepatuhan berkelanjutan terjada rawatan hingga hasil rawtan menengah tertentu, seperti pantang atau pengurangan penggunaan napza. Jika pendekatan rawatan tidak mencapai hasil yang diinginkan, mungkin perlu untuk mempertimbangkan pendekatan rawatan alternatif yang lebih cocok untuk kebutuhan rawatan kesehatan dan sosial dari pelaku dengan gangguan penggunaan napza.

Layanan untuk individu dengan gangguan penggunaan napza yang berhadapan dengan sistem peradilan pidana harus fokus tidak hanya pada kebutuhan rawatan kesehatan tetapi juga pada kognisi, perilaku, sikap dan faktor kontekstual individu yang terkait dengan residivisme dan pelanggaran kembali. Program dan intervensi rawtan harus mempertimbangkan kebutuhan khusus pelanggar dengan gangguan penggunaan napza dan mengatasinya secara komprehensif. Ini tidak hanya akan membantu mencapai hasil kesehatan yang diharapkan, tetapi juga mencegah pelanggaran kembali dan residivisme.

5.3.3 Rawatan sebagai alternatif vonis atau hukuman

Untuk menawarkan respons kesehatan masyarakat dan keselamatan publik yang efektif, sembari mengatasi tantangan populasi penjara yang terus bertambah di seluruh dunia, alternatif terhadap hukuman atau vonis perlu dipertimbangkan untuk orang dengan gangguan penggunaan napza.

Untuk orang dengan gangguan penggunaan napza yang melakukan pelanggaran berkenaan dengan kepemilikan zat-zat yang dikendalikan secara internasional untuk konsumsi pribadi, dan pelanggaran ringan lainnya, konvensi pengendalian napza internasional telah mempertimbangkan langkah-langkah, seperti rawatan, edukasi, aftercare, rehabilitasi atau reintegrasi sosial, termasuk sebagai alternatif lengkap untuk hukuman atau vonis (PBB, 1961, 1971, 1988). Selain itu, Negara memiliki serangkaian standar dan norma mengenai penerapan tindakan non-penahanan, yang harus mereka pakai (PBB, 1990, 2011).

Terdapat berrbagai langkah-langkah alternatif yang berlaku di sepanjang kontinum peradilan pidana dari praperadilan, selama persidangan dan pasca persidangan, dengan beberapa perbedaan dalam sistem hukum common wealth dan kontinental (UNODC dan WHO, 2019). Individu dengan gangguan penggunaan napza yang berhadaoatb dengan sistem peradilan pidana menghadapi banyak masalah. Dengan demikian, program rawatan harus memiliki kapasitas, melalui jejaring mereka, untuk secara memadai memenuhi kebutuhan tambahan pasien, seperti residensial, pekerjaan, masalah hukum, keuangan dan keluarga.

Unofficial Translation

Program rawatan dalam konteks peradilan pidana sering dimulai dengan memberikan intervensi perawatan yang cukup terstruktur, termasuk pemantauan toksikologi yang ketat dan sistem insentif dan, pada tingkat yang lebih rendah, sanksi, untuk memastikan kepatuhan dengan rawtan. Seiring waktu, ketika pasien membuat kemajuan, program mengurangi intensitas layanan dan pengawasan.

Tabel 2 mencantumkan beberapa poin intervensi utama dan jenis program pengalihan yang telah diterapkan berbagai negara di sepanjang rangkaian rawatan terkait peradilan pidana (UNODC dan WHO, 2019). Individu harus selalu memiliki pilihan untuk menerima atau menolak opsi rawatan dan kondisi yang terkait dengannya. Perlindungan hukum yang biasa diberikan, termasuk hak untuk naik banding, harus selalu sejalan dengan rawatan di bawah pengawasan yudisial.

Tabel 2. Intervensi utama dan jenis program pengalihan di negara berbeda yang telah menerapkannys bersama dengan *continuum of care* peradilan pidana (UNODC dan WHO, 2019)

RESPONS ADMINISTRATIF	**RESPONS PERADILAN PIDANA**		
PRA PENANGKAPAN **Polisi** • Respons administratif dengan informasi/rujukan ke rawatan	**PRA SIDANG** Polisi, jaksa penuntut, jaksa pembela, magistrat pemeriksa • Memberi peringatan dengna pengalihan ke edukasi dan/atau rawatan • Pembatalan bersyarat/penundaan bersyarat untuk penuntutan • Pembayaran tebusan bersyarat (alternatif terhadap penahanan pra persidangan).	**PERSIDANGAN/ VONIS** Hakim, petugas masa percobaan • Penundaan hukuman dengan unsur rawatan • Menangguhkan pelaksanaan hukuman dengna unsur rawatan • Pengawasan percobaan/judisial • Pengadilan/dock khusus (misalnya pengadilan rawatan napza)	**SETELAH PEMBERIAN HUKUMAN** Direktur Lapas, dewan banding, menteri kehakiman • Pembebasan lebih awal/ keringanan hkuman/ pengurangan hukuman dengna unsur rawatan

5.3.4 Rawatan di penjara

Penjara harus menjadi langkah terakhir. Ketika orang dengan gangguan penggunaan napza menerima hukuman penjara - yang merupakan upaya terakhir dalam sistem peradilan pidana - tetapi tidak memenuhi syarat untuk menerima rawatan sebagai alternatif hukuman atau vonis, mereka harus ditawari perawatan untuk gangguan penggunaan napza di dalam sistem penjara.

Secara umum, intervensi rawatan dalam pengaturan penjara harus setara dengan yang tersedia untuk populasi umum (seperti yang dijelaskan dalam bab-bab sebelumnya). Intervensi semacam ini harus mempertimbangkan situasi unik individu dengan gangguan penggunaan napza yang menghadapi sanksi peradilan pidana, termasuk penjara. Intervensi rawatan harus selalu bersifat sukarela dan berdasarkan pada persetujuan pasien. Setiap orang yang memiliki akses ke layanan, termasuk individu di bawah pengawasan sistem peradilan pidana, harus memiliki hak untuk menolak rawatan, bahkan jika ini membuatnya harus menerima tindakan penahanan atau non-penahanan lainnya.

Pemberian rawatan terbaik untuk orang-orang di lingkungan penjara menghadirkan berbagai masalah yang kompleks, termasuk pertanyaan logistik, seperti siapa yang harus memberikan rawatan, di mana dan kapan.

Salah satu masalah yang lebih kompleks terkait dengan kepegawaian program rawatan yang tepat. Di beberapa penjara, anggota staf in-house dilatih untuk menyediakan layanan rawatan, sementara di penjara lain, penyedia rawatan eksternal dikontrak untuk memberikan layanan. Keputusan kepegawaian ini harus bertujuan untuk mencapai hasil terbaik dengan biaya serendah mungkin. Secara umum, bagaimanapun, hasil untuk pasien bergantung pada kualitas layanan yang diberikan daripada pada afiliasi penyedia layanan.

Idealnya, mereka yang berpartisipasi dalam rawatan harus dipisahkan, jika bisa, dari individu yang dipenjara lainnya untuk mempertahankan lingkungan terapeutik. Jika individu yang dalam pemulihan kembali ke lingkungan penjara umum, mereka berisiko tinggi menggunakan napza dan kambuh, yang dapat merusak pencapaian yang dicapai saat dalam perawatan. Ketika lingkungan perawatan yang terpisah atau berdiri sendiri tidak mungkin atau tidak tersedia, penting untuk mencoba dan meminimalkan paparan faktor risiko eksternal (misalnya dengan mengatur waktu makan dan rekreasi yang terpisah). Keputusan rawatan juga harus memperhitungkan jumlah waktu yang tersisa dalam hukuman pelaku. Agen harus mempertimbangkan berapa lama seseorang akan dipenjara dan meminta mereka untuk menyelesaikan rawatan yang ditugaskan sebelum mereka dilepaskan atau memastikan kelanjutan rawatan setelahnya.

Pertimbangan khusus tertentu berlaku untuk pemberian layanan intervensi pengobatan untuk gangguan penggunaan napza di penjara.

- Tata laksana putus obat yang didukung medis: Jika lembaga pemasyarakatan tidak memiliki tata laksana putus obat in-house, sangat penting bahwa individu dirujuk ke layanan medis luar. Memaksa individu untuk melakukan penangan putus obat tanpa bantuan medis bukan hanya tidak etis tetapi dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan seseorang.
- Rawatan rawat jalan atau *office-based* di penjara dapat mencakup periode rawatan intensif diikuti oleh periode rawatan kurang intensif. Metode "penurunan peringkat" dalam intensitas rawatan ini sangat sesuai untuk individu yang menerima layanan rawatan intensif di penjara dan yang, ketika kembali ke masyarakat, masih membutuhkan layanan rawatan, meskipun kurang intens. Penurunan intensitas rawatan secara bertahap harus bergantung pada apakah seseorang memenuhi tujuan rawatan mereka atau tidak.
- Rawatan residensial dapat disediakan di unit khusus di dalam penjara. Program semacam itu sangat berharga ketika menargetkan populasi berisiko tinggi tertentu, seperti pelanggar muda, perempuan, dan orang dengan gangguan kejiwaan. Memiliki lingkungan residensial terpisah akan meminimalkan paparan kepada orang-orang, terutama di populasi penjara umum, yang mungkin membuat individu yang menjalani rawatan menjadi korban. Ruang khusus ini juga membantu masalah target yang berkaitan dengan subkelompok (seperti mengatasi trauma di antara perempuan yang selamat dari peristiwa berbahaya).
- Komunitas terapeutik adalah model rawatan residensial yang dapat disesuaikan dengan populasi penjara. Program komunitas terapeutik berbasis penjara harus ditempatkan di unit penjara yang terpisah dengan struktur dan layanan yang serupa dengan program yang sebanding di luar pengaturan penjara.
- Pencegahan overdosis opioid adalah intervensi utama terutama pada saat keluar dari penjara. Untuk orang dengan gangguan penggunaan opioid, memulai atau melanjutkan terapi rumatan agonis opioid di penjara telah terbukti efektif dalam mencegah overdosis opioid pada saat keluar dari penjara.
- Untuk mengurangi risiko overdosis opioid setelah keluar dari penjara, orang-orang dengan riwayat penggunaan opioid, serta keluarga dan teman-teman mereka, harus diberi dengan nalokson yang dapat dibawa pulang, bersama dengan instruksi dan/atau pelatihan tentang bagaimana cara menggunakannya dalam kejadian overdosis opioid.

Unofficial Translation

Daftar Pustaka

Belenko, S, Hiller, M and Hamilton, L (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. Current Psychiatry Reports. Springer US, 15(11), p. 414. doi: 10.1007/s11920-013-0414-z.

CND (2016) Resolution 59/4 Development and dissemination of international standards for the treatment of drug use disorders. Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/Resolution_59_4.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Conrod, PJ and Nikolaou, K (2016). Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 57(3), pp. 371–394. doi: 10.1111/jcpp.12516.

Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. The American Journal on Addictions, 26(1) pp. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.

Cottler, L (2000). Composite International Diagnostic Interview—Substance Abuse Module (CID-ISAM).

Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet Psychiatry. 5(12), pp. 987–1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.

Dennis, ML, Foss, MA and Scott, CK (2007). An Eight-Year Perspective on the Relationship Between the Duration of Abstinence and Other Aspects of Recovery. Evaluation Review. 31(6), pp. 585–612. doi: 10.1177/0193841X07307771.

Dennis, ML, Scott, CK and Laudet, A (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. Current Psychiatry Reports. 16(4), p. 442. doi: 10.1007/s11920-014-0442-3.

Donovan, DM et al. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. Social work in public health. NIH Public Access, 28(3–4), pp. 313–32. doi: 10.1080/19371918.2013.774663.

Drummond, DC (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. British Journal of Addiction. X5, pp. 357–366. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990. tb00652.x

DuPont, RL, Compton, WM and McLellan, AT (2015). Five-Year Recovery: A New Standard for Assessing Effectiveness of Substance Use Disorder Treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. Elsevier, 58, pp. 1–5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.06.024.

Ernst, D, Miller, WR and Rollnick, S (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. International Journal of Integrated Care. Ubiquity Press, 7(4). doi: 10.5334/ijic.213.

First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, & Spitzer, RL (2015). Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version'.

Garner, BR et al. (2014). Recovery Support for Adolescents with Substance use Disorders: The Impact of Recovery Support Telephone Calls Provided by Pre-Professional Volunteers. Journal of substance abuse and alcoholism. NIH Public Access, 2(2), p. 1010. PMCID: PMC4285388.

GBD 2017 Risk Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. Elsevier, 392(10159), pp. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.

Gumpert, CH et al. (2010). The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from

Unofficial Translation

the MSAC Study. International Journal of Forensic Mental Health. Taylor & Francis Group, 9(2), pp. 82–92. doi: 10.1080/14999013.2010.499557.

Hai, AH et al. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Drug and Alcohol Dependence. 202, pp. 134–148. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045.

Justice Policy Institute (2008). Substance Abuse Treatment and Public Safety: Policy Brief. Available at: http://www.justicepolicy.org/images/upload/08_01_REP_DrugTx_AC-PS.pdf (Accessed: 1 October 2019).

Koob, GF and Volkow, ND (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), pp. 760–773. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.

Livingston, JD et al. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. Addiction, 107(1), pp. 39–50. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x.

Lopez-Quintero, C et al. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Drug and Alcohol Dependence. 115(1–2), pp. 120–130. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004.

McCollister, KE et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: evidence from a 4-year randomized trial. Addiction. 108(12), pp. 2166–2174. doi: 10.1111/add.12335.

McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disorders. 168(1), pp. 26–33. doi: 10.1097/00005053-198001000-00006.

Miller, PM, Peter M (2013). Interventions for addiction. Vol. 3: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier Science. Available at: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398338-1.05001-6 (Accessed: 21 February 2020).

NIDA (2012). Principles of drug addiction treatment- A research-based guide. Available at: https:// www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf (Accessed: 13 August 2019).

Rapp, RC et al. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit.', Journal of substance abuse treatment. NIH Public Access, 30(3), pp. 227–35. doi:10.1016/j. jsat.2006.01.002.

Rhodes, T (1996). Outreach work with drug users : principles and practice. Strasbourg: Council of Europe Pub.

SAMHSA (2015). Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System. Rockville, (HHS Publication No. (SMA)-15-4930. Rockville, MD). Available at: https://store.samhsa.gov/system/ files/sma15-4930.pdf (Accessed: 21 February 2020).

Shehaan, DV et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57.

Sheehan, DV (2016). The Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM 5 (MINI).

Silveri, MM et al. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. Pergamon, 70, pp. 244–259. doi:10.1016/J.NEUBIOREV.2016.06.042.

Stockwell, TR et al. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. British Journal of Addiction, 74, pp. 79–87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02415.x.

Unofficial Translation

Sun, H-M et al. (2015). Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. BMJ open. 5(1), p. e005997. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005997.

Torrens M, Mestre-Pintó, J-I and Domingo-Salvany, A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe', European Monitoring Centre for Drug Addiction. doi: 10.2810/532790.

UN (1961). Single Convention on Narcotic Drugs of 1961. Available at: https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html (Accessed: 13 August 2019).

UN (1971). Convention on Psychotropic Substances of 1971. Available at: https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html (Accessed: 13 August 2019).

UN (1988). United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988. Available at: https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions. html (Accessed: 13 August 2019).

UN (1990). United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (The Tokyo Rules). Available at: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/tokyorules.pdf (Accessed: 1October 2019).

UN (2011). United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/Crime_Resolutions/2010-2019/2010/General_Assembly/A-RES-65-229.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UN (2016). Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem (UNGASS): "Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem". Available at: https://undocs.org/A/RES/S-30/1 (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2003). Developing an Integrated Drug Information System: Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP) Toolkit. Available at: https://www.unodc.org/documents/publications/gap_toolkit_module1_idis.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2008b). Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document Sustained Recovery Management Good Practice. Available at: www.unodc.org/treatnet (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2012). TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Available at: https://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2014). Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia. Available at: https://www.unodc.org/documents/ drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf (Accessed: 1 October 2019).

UNODC (2015). World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

UUNODC (2016). World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

NODC (2017). World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).

UNODC (2018). World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).

UNODC (2019b). World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).

Unofficial Translation

UNODC and WHO (2008). Principles of Drug Dependence Treatment: discussion paper. Available at: https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf (Accessed: 30 September 2019).

UNODC and WHO (2018). International Standards on Drug Use Prevention (Second Updated Edition). Available at: https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf (Accessed: 12 August 2019).

UNODC and WHO (2019). Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: alternatives to conviction or punishment. Available at: https://www.unodc. org/documents/drug-treatment/UNODC_WHO_Alternatives_to_conviction_or_punishment_EN_0919. pdf (Accessed: 1 October 2019).

Wagner, F and Anthony, JC (2002). From First Drug Use to Drug Dependence Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. Neuropsychopharmacology. 26(4), pp. 479–488. doi: 10.1016/S0893-133X(01)00367-0.

Walmsley, R (2015). World Prison Population List eleventh edition. Available at: https://www. prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_ edition_0.pdf (Accessed: 21 February 2020).

White, LW (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Available at: https://www.naadac.org/assets/2416/ whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf (Accessed: 1 October 2019).

White, WL (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment. 33(3), pp. 229–241. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.015.

WHO (2001). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205.

WHO (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Available at: https:// www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43948.

WHO (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care / prepared by Humeniuk, R[et al]. World Health Organization. https://apps. who.int/iris/handle/10665/44320.

WHO (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/44321/9789241599399_eng.pdf?sequence=1 (Accessed: 1 October 2019).

WHO (2012a). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/75357.

WHO (2012b). WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. World Health Organization. https:// apps.who.int/iris/handle/10665/44068.

WHO (2014a). Community management of opioid overdose. World Health Organization. https:// apps.who.int/iris/handle/10665/137462.

WHO (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130.

Unofficial Translation

WHO (2016). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239.

WHO (2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718 . License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO (2019a). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Available at: https://icd.who.int/browse11/ l-m/en (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019b). The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023, was approved by the Seventy-first World Health Assembly in resolution WHA71.1 on 25 May 2018. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf (Accessed: 30 September 2019).

WHO (2019c). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHOMSD-19.1-eng.pdf?ua=1 (Accessed: 30 September 2019).

Zhang, H-H et al. (2017). Evaluation of a community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. Oncotarget. Impact Journals, LLC, 8(33), pp. 54046–54053. doi: 10.18632/oncotarget.18681.

Unofficial Translation

Catatan

Unofficial Translation