

SITUASI PENCATATAN DAN PELAPORAN PENYALAHGUNAAN NAPZA DI ENAM PROVINSI DI INDONESIA

Max Joseph Herman*, SR Muktiningsih*, Retno Gitawati*, Ondri Dwi Sampurno*,
Anwar Musadad**, Suhardi***

Abstrak

Masalah penyalahgunaan napza di Indonesia dalam dekade terakhir ini menunjukkan kecenderungan meningkat, diantaranya penyalahgunaan *ecstasy* yang termasuk dalam golongan *Amphetamine Type Stimulant (ATS)*. Lagipula tidak adanya data penyalahguna yang akurat dan reliabel menyebabkan perencanaan oleh pemerintah kurang strategis, khususnya dengan adanya kebijakan desentralisasi akhir-akhir ini.

Eksplorasi sistem pencatatan dan pelaporan penyalahgunaan napza dan dukungan struktural untuk memelihara adanya dan kelangsungan informasi telah dilakukan. Tujuan studi ini adalah mengkonfirmasi adanya sistem pencatatan dan pelaporan serta mengembangkan sistem pengumpulan data dari sektor kesehatan dalam skala nasional. Eksplorasi dimulai dengan pengumpulan format pencatatan dan pelaporan secara serentak dari enam provinsi yang ditentukan berdasarkan data jumlah penyalahguna dari BNN, yaitu Riau, Kalimantan Timur, Bali, Jawa Barat, Jawa Timur dan Sumatera Utara.

Hasil penelitian menunjukkan ada tiga format pencatatan dan pelaporan penyalahgunaan napza, yaitu RL 2a dan RL 2b dari Yanmedik berdasarkan klasifikasi penyakit dengan kode F10-F19, format Pusdatin dengan perincian variabel yang dilaporkan dan modifikasi format dari Ditjen POM yang ditemukan di Riau. Pelaporan oleh sebagian besar UPK minimal 4 kali dalam setahun.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pencatatan dan pelaporan penyalahgunaan napza di sektor kesehatan masih belum memadai dan berdiri sendiri sehingga untuk memperoleh data nasional perlu pemilihan setting yang sesuai serta pembentukan unit pengolah data laporan pada tingkat kabupaten, provinsi maupun nasional.

Pendahuluan

Masalah penyalahgunaan napza (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lain) di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat baik jenis zat yang digunakan, cara penggunaan, maupun kelompok atau kelas penggunaannya. Penyalahgunaan napza makin luas mulai dari kalangan elite hingga kalangan kelas sosial ekonomi lemah. Harga napza yang mahal serta pengawasan yang makin ketat seringkali menjadi penghalang untuk mendapatkannya, sehingga tidak tertutup kemungkinan menjadi pendorong terjadinya tindakan kriminal.

Selain opiat yang ragamnya hampir tidak berubah, jenis *ecstasy* diketahui semakin bertambah dan golongan ini dinamakan *Amphetamine Type Stimulant (ATS)*. ATS perlu mendapat perhatian serius karena cenderung semakin luas disalahgunakan dan mudah disintesis melalui modifikasi kimia efedrin, yaitu suatu obat perangsang SSP yang relatif murah dan beredar di Indonesia. Tujuan penggunaan ATS pun dapat mulai dari sekedar untuk "bersenang-senang" dengan "begadang" dan berdansa sepanjang malam, meningkatkan aktivitas kerja dan kesegaran sampai digunakan sebagai salah satu komponen obat pelangsing. Di

* Puslitbang Farmasi dan OT – Badan Litbangkes Depkes RI

** Puslitbang Ekologi Kesehatan – Badan Litbangkes Depkes RI

*** Puslitbang Pemberantasan Penyakit – Badan Litbangkes Depkes RI

dunia hanya sekitar 10% penyalahguna amfetamin (tidak termasuk *ecstasy*) yang membutuhkan perawatan. Informasi penyalahgunaan napza di Indonesia masih belum ditunjang oleh suatu sistem pencatatan dan pelaporan yang baik serta seragam secara nasional, sehingga informasi yang akurat masih belum diketahui. Pencatatan dan pelaporan penggunaan napza yang sudah dilakukan oleh berbagai instansi saat ini terbatas untuk memenuhi kebutuhan administrasi masing-masing dan sering berbeda antar instansi baik dalam hal sistem pencatatan dan pelaporan, yang mencakup format dan variabel, frekuensi, tujuan dan metoda. Di Indonesia ada otoritas nasional yaitu Badan Narkotika Nasional (BNN) yang saat ini belum mampu menyediakan informasi masalah napza. BNN memikul beban berat karena belum memiliki data nasional yang akurat mengenai jumlah penyalahguna opiat dan ATS. Informasi BNN selama ini lebih banyak bersumber dari kepolisian, padahal seharusnya BNN juga mendapat data dari berbagai sektor lainnya termasuk sektor kesehatan yang merupakan sumber informasi kasus medis terbesar.

Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi intensif sistem pencatatan dan pelaporan serta dukungan struktur terhadap keberadaan dan kelangsungan informasi penyalahguna napza karena di Indonesia dewasa ini sulit mendapatkan data terpercaya secara nasional. Situasi pencatatan

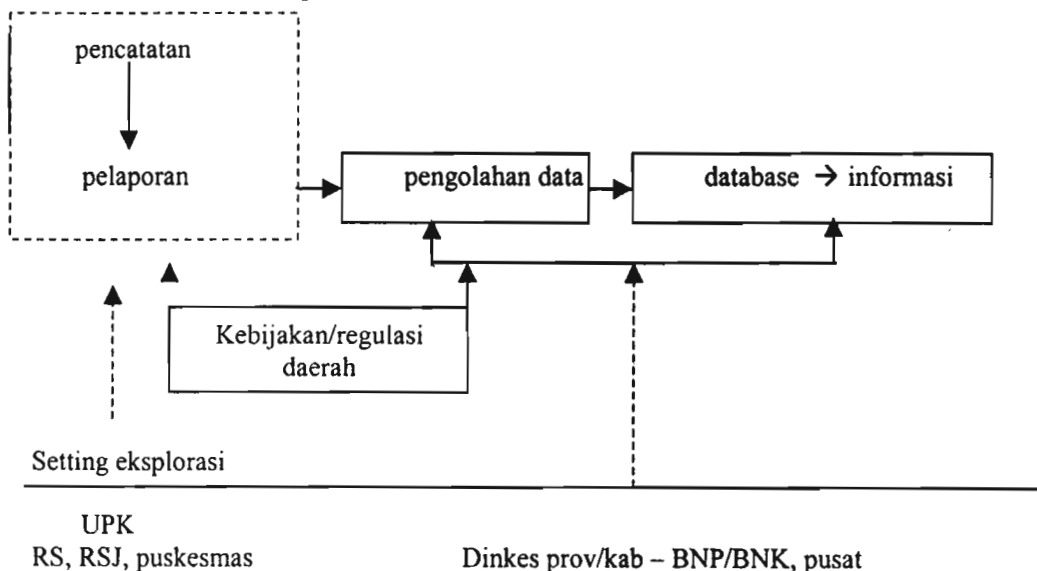
dan pelaporan napza di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) selama ini dengan adanya otonomi daerah makin simpang siur dan tidak jelas.

Sektor kesehatan terdiri atas penyedia data primer, yaitu UPK dan pengolah data, yakni Dinas Kesehatan (Dinkes), Badan Narkotika Provinsi (BNP) dan Badan Narkotika Kota (BNK) dan unit pusat. Sistem pencatatan dan pelaporan napza perlu dieksplor kembali untuk menilai keberadaannya serta untuk mengembangkan strategi sistem pengumpulan data yang handal khususnya dari sektor kesehatan.

Metodologi

Pendekatan studi ini bersifat kualitatif induktif dan eksplorasi dimulai dengan pengumpulan format pencatatan dan pelaporan. Inventarisasi dilakukan dalam 2 tahap. Tahap pertama adalah pertemuan dengan sebagian besar UPK di Jakarta bersama BNN yang menghasilkan kesediaan UPK untuk memberikan contoh format pencatatan-pelaporan yang mereka gunakan dan kesediaan beberapa UPK untuk menjadi narasumber dalam *round table discussion* pertama (RTD I). Tahap kedua adalah eksplorasi lapangan di 6 provinsi yang dipilih berdasarkan besarnya jumlah penyalahguna menurut BNN, yaitu Riau, Kalimantan Timur, Bali, Jawa Timur, Jawa

Gambar 1. Sistem Pencatatan, Pelaporan dan Pengolahan Data di Sektor Kesehatan
Sistem Pelaporan di Sektor Kesehatan



Barat dan Sumatera Utara. Pengumpulan data dilaksanakan secara serentak. Setiap ibukota provinsi dieksplorasi oleh 3 orang peneliti.

Sebagian besar hasil eksplorasi merupakan informasi lisan yang dikonfirmasi oleh pihak lain dan/atau dilengkapi dengan data sekunder yang tersedia. Analisis triangulasi dilakukan untuk mendapatkan data *valid* dan *reliabel*. Pengumpulan data sekunder merupakan cek silang atas suatu informasi. Eksplorasi secara kuantitatif menggunakan formulir isian yang sudah terlebih dahulu dikembangkan oleh tim peneliti.

Analisis dilakukan bertahap sebagai berikut :

1. Analisis lapangan. Semua informasi yang diperoleh pada hari itu dicatat dan dikelompokkan sesuai indikator lapangan. Diskusi lapangan merupakan cek silang antar instrumen (peneliti) dan antar informan (responden). Informasi ini kemudian langsung dimasukkan dalam matriks pedoman analisis lapangan. Cek silang dalam diskusi ini juga digunakan untuk mendapatkan informasi yang belum tuntas.
2. Analisis triangulasi. Data primer temuan di lapangan dibandingkan dengan data sekunder yang diperoleh. Data sekunder dikumpulkan melalui formulir isian dan fotokopi dokumen pelaporan, perencanaan dll.

3. Analisis isi. Informasi yang diperoleh dianalisis dan secara garis besar dikelompokkan atas sistem pencatatan pelaporan dan struktur pendukung. Analisis lebih lanjut dilakukan untuk melihat adanya benang merah berupa temuan pokok dan kemungkinan adanya temuan tambahan.
4. Pengecekan peserta. Salah satu langkah untuk standardisasi hasil kualitatif adalah pengecekan. Sebagai sesama petugas kesehatan, cara yang paling tepat adalah menganggap responden sebagai peserta/partisipan atau *member* dalam studi ini. Pengecekan peserta dilakukan pada *round table discussion* kedua.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian terbagi dalam 3 bagian besar yaitu eksplorasi lapangan, data kuantitatif dari formulir isian dan analisis *domain* serta tema utama.

Survei eksplorasi dilaksanakan di ibukota 6 provinsi terpilih dan institusi yang dikunjungi di tiap provinsi dapat disimak dalam tabel 1 pada halaman berikut.

Dari Tabel 1 terlihat variasi sumber informasi penyedia data primer dan struktur UPK yang mendukung keberadaan data napza. Variasi ini memungkinkan analisis triangulasi dan cek silang antara sumber-sumber yang menyediakan informasi dan pihak penerima laporan (Dinkes provinsi, BNP, BNK).

Tabel 1. Instansi Sumber Data yang Dikunjungi di Tiap Povinsi

	Riau	Kaltim	Jatim	Bali	Jabar	Sumut*
Dinkes provinsi	V	-	V	V	V	V
Dinkes kab/kota	V	V	V	-	V	V
BNP/BNK/Badan2 lain	BNK	BNK BNP di Balikpapan	BNP Bapenapza kar	BNP BNK	BKND	-
Dit narkoba Polda	-	-	V	-	-	-
RSU	V	V	V	V	V	V
RSJ	V	V	V	V	V	V
RS swasta	V	V	V	V	V	-
RS polri	-	-	V	-	-	-
Puskesmas	V	-	-	V	-	V
Pemda	-	-	V	-	-	-

* menggunakan teknik FGD.

Di beberapa provinsi terdapat badan lain di luar BNP atau BNK. Di Surabaya, selain BNP terdapat Bapenapzakar (Badan Penanggulangan Napza dan Kenakalan Remaja). Melihat kenyataan bahwa 70% penderita HIV/AIDS berasal dari pecandu maka Bapenapzakar diperluas menjadi BPNA (Badan Penanggulangan Napza dan AIDS). Di Samarinda (Kaltim), BNK dinilai birokratis karena keanggotaannya berupa instansi, maka dibentuk Tim Koordinasi Pemberantasan Narkoba yang beranggotakan

pejabat instansi terkait dan LSM. Sementara itu di Bandung dibentuk semacam jaringan kemitraan yang bernaung di bawah Badan Koordinasi Penanggulangan Penyalahgunaan Napza, Kenakalan Remaja dan Prostitusi.

Selain data primer hasil wawancara, sumber untuk triangulasi yang didapat dari dokumen terlihat pada tabel 2. Sementara eksplorasi kuantitatif keberadaan sistem pencatatan dan pelaporan dapat dilihat dalam tabel 3 dan 4.

Tabel 2. Macam Dokumen Terkumpul

Dokumen	Riau	Kaltim	Jatim	Bali	Jabar	Sumut
Renstra BNP/K	-	-	-	+	-	-
Renstra Pemda	-	+	-	+	-	-
Profil Dinkes Prop	+	-	-	-	+	-
Profil UPK	-	-	-	-	-	-
Model /form pencatatan UPK	+	+	+	+	+	+
Model/form pelaporan UPK	+	+	+	+	+	+

Tabel 3. Gambaran Umum Pengisian Formulir

No	Ikhwal	Jumlah (%)
1	Jumlah formulir terisi	32 (100)
2	Responden RSU	9 (28)
3	Responden RSJ	8 (25)
4	Responden non UPK	15 (47)

Tabel 4. Gambaran Isi Pencatatan

No	Ikhwal	Jumlah (%)	
1	Melakukan pencatatan	25 (78)	
2	Mencatat 12 variabel	4 (13)	
3	Mencatat < 12 variabel	21 (66)	
4	Melapor secara rutin	23 (72)	
5	Cara mengirim laporan	antar	15 (47)
		pos	9 (28)
		fax	1 (3)
6	Mengirim laporan minimal tiap triwulan	17 (53)	
7	Membuat format pelaporan sendiri	8 (25)	
8	Menggunakan RL2a-2b	6 (19)	
9	Menggunakan format Pusdatin*-Depkes	7 (22)	
10	Menggunakan format Ditjen POM	1 (3)	
11	Mengirim laporan kepada Dinkes	13 (44)	
12	Mengirim laporan kepada BNP/K	5 (16)	
13	Tidak membuat dan mengirimkan	9 (28)	

* Pusdatin: Pusat data dan Informasi

Tabel 4 menunjukkan bahwa prosentase terbesar responden yang mengisi formulir melakukan pencatatan kurang dari 12 variabel (66%) dan hanya 25 dari responden melakukan pencatatan. Dua dari responden yang melakukan pencatatan tidak mengirimkan laporan dan hanya digunakan untuk kepentingan internal. Data jenis napza yang disalahgunakan hampir di semua provinsi didominasi oleh heroin kecuali di Riau oleh *ecstasy* dan ganja, serta di Kaltim oleh *ecstasy*. Variabel pencatatan dibandingkan dengan variabel yang dibutuhkan badan internasional UNODC (United Nation Office on Drug and Crime) dapat dilihat dalam matriks 1.

Situasi upaya penanggulangan masalah napza termasuk sistem pencatatan dan pelaporan di 6 provinsi dapat digambarkan dalam gambar 2.

Di Pekanbaru, Riau, terdapat 2 jenis pelaporan, yaitu RL2a tiap triwulan dan form registrasi individu pemantauan penyalahgunaan napza, baik RS pemerintah maupun swasta. Variabel yang dilaporkan adalah jumlah pasien menurut golongan umur dan jenis kelamin, jumlah pasien keluar hidup dan mati. Rekapitulasi laporan ini tidak mencakup pasien masuk IGD yang langsung pulang karena tidak dirawat inap. Sedangkan laporan pemantauan kasus individual tiap triwulan dicatat dalam format registri yang dimodifikasi dari form Ditjen POM dengan

variabel : jenis kelamin, usia, status perkawinan, jenis gangguan kesehatan, tindakan medik, asal, nama dan jumlah napza digunakan, motivasi/tujuan penggunaan, tempat kejadian korban/kasus. Tiap RS mendapat insentif Rp. 400.000,- per tahun untuk membuat dan mengirim laporan khusus ini. Selanjutnya laporan diolah oleh Dinkes Provinsi dan disebarluaskan kepada *stakeholder* terkait di luar sektor kesehatan tiap semester.

Di Samarinda, Kaltim, sistem informasi dan pelaporan tentang penyalahgunaan terutama bersumber dari Polres. Sumber data dari UPK ternyata belum dimanfaatkan dan di sana belum ada panti rehabilitasi napza. RSU, pemerintah maupun swasta, dan RSJ melaporkan rutin dalam RL2a kepada Dinas Kesehatan dan Ditjen Yanmedik.

Di Surabaya, Jatim, dalam upaya menanggulangi berbagai masalah napza dan hal lain yang terkait dibentuk BPNA (Badan Penanggulangan Narkotika dan AIDS) yang belum terstruktur dan hanya menghimpun LSM, RS, Dinkes, Bapenapzakar. BPNA memfokuskan pada pencegahan melalui penyuluhan, memilih beberapa tokoh masyarakat yang diperkirakan potensial seperti kiai dan guru BP. Pelaporan rutin RSUD dan RSJ menggunakan RL2a, pelaporan napza menggunakan formulir Pusdatin.

Matriks 1. Variabel Rangkuman Hasil Eksplorasi dan Kebutuhan Internasional

	Variabel Umum Catatan UPK	Variabel Rangkuman	Variabel Kebutuhan Internasional
1	Umur	Umur	Umur
2	Sex	Sex	Sex
3	Pendidikan	Pendidikan	Pendidikan
4	Pekerjaan	Pekerjaan	Pekerjaan
5	Status kawin	Status kawin	Status kawin
6	Alamat	Alamat	Urban / rural
7	Kasus L/B	Kasus L/B	Kasus L/B
8	Kematian	Kematian	Kematian
9	Gangguan	Nama zat	Nama zat
10		Cara guna	Cara guna
11		Umur mulai	Umur mulai
12		Pekerjaan Orangtua	Sumber/asal zat

Model pelaporan yang berbeda dikeluhkan oleh rumah sakit.

Di Denpasar, Bali, penanggulangan masalah napza dilaksanakan aktif sejak 2 tahun terakhir dengan sarana-prasarana terbatas secara bersama antara pemerintah daerah-swasta-LSM. Pada tahun 1999 dicanangkan BANAR (Bali Anti Narkoba) untuk memerangi penyalahgunaan napza/narkoba, kemudian dibentuk BNP dan BNK di Denpasar, 8 Badan Narkotika Kabupaten (Badung, Buleleng, Tabanan, Gianyar, Klungkung, Bangli, Karangasem, Jembrana). Kegiatan dilakukan sesuai dengan instansi anggota yang terlibat yaitu: tindakan preventif oleh Badan Kesbang. & LinMas Provinsi Bali, tindakan represif oleh Direktorat Narkoba POLDA Bali, dan terapi & rehabilitasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali.

Di Bandung, Jawa Barat, BNP tidak aktif dan BNK aktivitasnya terbatas pada penyuluhan dan rapat koordinasi. Dukungan pejabat berwenang dirasakan kurang, meski ada dana provinsi dari APBN dan APBD yang digunakan antara lain untuk pelatihan perawat PKM, penyuluhan dan pertemuan lintas sektor. Pada tahun 2001 dibentuk BKND, Badan Koordinasi Penanggulangan Penyalahgunaan Napza, Kenakalan Remaja dan Prostitusi, tetapi badan ini belum berjalan dan tidak melibatkan Dinkes provinsi Jabar. Informasi penyalahgunaan napza dimasukkan ke dalam SIKER (sistem informasi keracunan). Laporan napza RSU dan RSJ direkapitulasi dalam format Pusdatin, tiap bulan oleh RSU dan tiap triwulan oleh RSJ. Sedangkan di RS swasta penyalahgunaan napza dimasukkan dalam kolom keracunan umum dan laporan rekapitulasi triwulan dikirim ke bagian Siker Dinkes Provinsi dalam format sendiri.

Di Medan, Sumut, baru saja dibentuk BNP dengan anggota lintas sektor. Selain BNP ada juga Piman (Pusat Informasi Masyarakat Anti Narkoba) yang kurang *reliable* karena mendasarkan informasi atas data dari media massa. Sementara itu data dari sektor kesehatan tidak tersedia. Pencatatan pelaporan selama ini hanya digunakan di kalangan rumah sakit. Simpul utama penanggulangan napza terletak pada gubernur dan dananya berasal dari APBD I. Dari diskusi timbul saran antara lain perlu adanya payung perencanaan yang jelas dari pusat untuk penanggulangan napza, komitmen pemda, organisasi penanggung jawab pencatatan dan

pelaporan napza, kejelasan hubungan antara BNN dengan BNP. Akan tetapi pernyataan para peserta FGD tidak dapat dikonfirmasi karena tidak dilakukan cek silang.

Umumnya catatan disimpan di bagian rekam medik dan berasal dari rawat inap serta rawat jalan, sedangkan korban penyalahgunaan napza mungkin tercatat di poliklinik dan instalasi gawat darurat. Variabel yang dicatat dalam berbagai jenis form tidak seragam. Jika semua variabel tersebut dihimpun akan dapat memenuhi kebutuhan internasional seperti tercantum dalam Matriks 1.

Pengecekan laporan ganda, baik didalam maupun antar RS, sulit karena pasien menutupi identitasnya. Data tentang pasien lama atau baru sulit dipercaya karena pasien mungkin berpindah ke RS lain dengan identitas baru, demikian pula alamat dan nama pasien sering berganti.

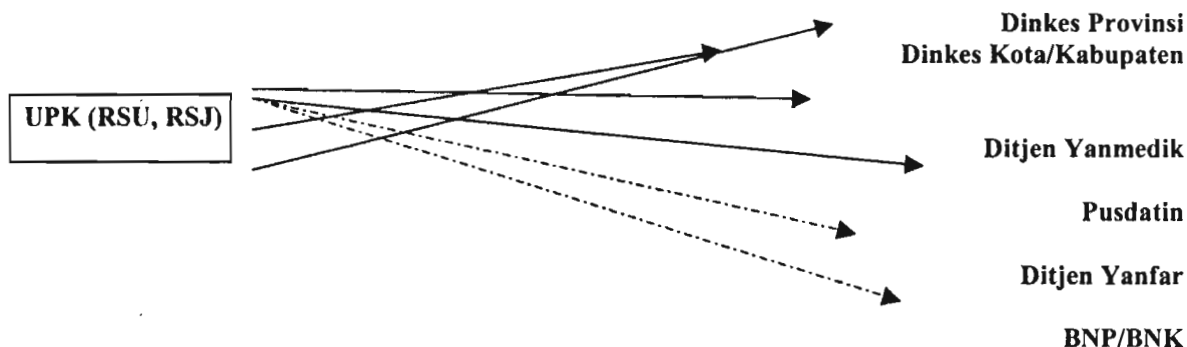
Pelaporan khusus napza di UPK dapat juga dibagi atas pencatatan rutin (RL2a/2b) dan berdasarkan proyek seperti modifikasi laporan individu Kasus Penyalahgunaan NAPZA (Ditjen POM), laporan individu Kasus NAPZA Pusdatin, Laporan Rekapitulasi Penyalahgunaan Narkoba dari BNN dan Formulir intern RS. Untuk mendapatkan data yang handal perlu pemilihan *setting* wilayah yang representatif.

Sumber informasi adalah UPK, baik RSU maupun RSJ pemerintah dan swasta, meski tidak semua RS swasta memberikan data penyalahgunaan. Frekuensi pelaporan sebagian besar dilaksanakan minimal tiap triwulan seperti terlihat pada tabel 4. Penerima laporan dan tembusan sangat bervariasi.

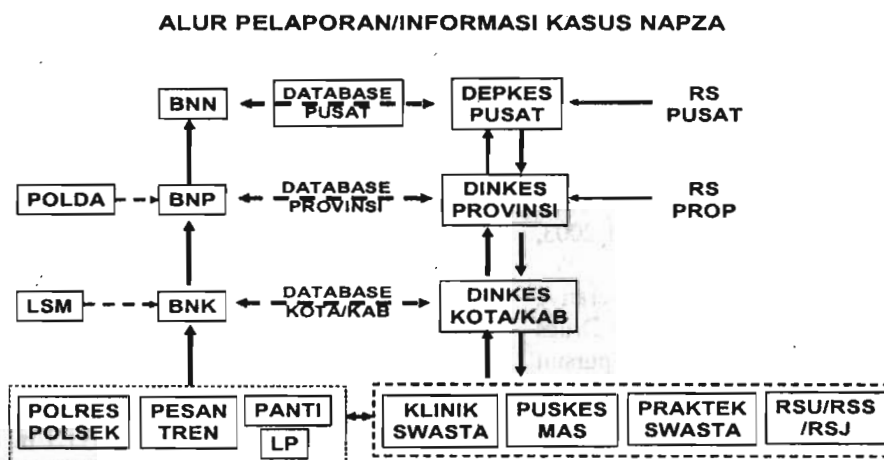
Eksplorasi ini mendapatkan beberapa model format pencatatan dan pelaporan. Meski ada juga UPK yang mengembangkan sendiri form pencatatan, namun secara umum terdapat 2 jenis form yang digunakan yaitu RL 2a (morbiditas rawat jalan) dan 2b (morbiditas rawat inap) dari Dit.Yanmedik dan format registri dari Pusdatin. Data individu format Pusdatin merupakan register pasien dengan 15 variabel, sedangkan format RL2a dan RL2b melaporkan pengguna napza dalam 3 kelompok, yaitu F10,F11,12,14; F13,15,16 dan F17,18,19 sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan pengguna informasi.

BNP, BPNA, Bapenapzakar, BNK dan Dinas Kesehatan merupakan beberapa badan yang terdapat di tingkat provinsi dan kabupaten yang diharapkan menjadi unit pengolahan data di masing-masing tingkat seperti dalam Gambar 3.

Gambar 2. Arah Pelaporan dari UPK



Gambar 3. Alur pencatatan dan Pelaporan Berjenjang



Salah satu penentu dalam sistem pencatatan dan pelaporan adalah regulasi baik di daerah maupun pusat. Dari temuan di semua daerah tidak pernah ada laporan dari dokter praktek swasta dan selama ini jumlah yang pasti berobat ke dokter swasta tidak diketahui, karena memang belum ada regulasi yang mengatur hal ini. Padahal seperti terungkap di beberapa daerah, jumlah penyalahgunaan narkoba kian menurun di RSJ maupun panti rehabilitasi, sementara jumlah kasus penangkapan oleh pihak polisi tetap berjalan terus.

Kesungguhan daerah terlihat dari upaya penanggulangan masalah napza lintas sektor. Semua daerah studi menyediakan dana khusus untuk upaya penanggulangan melalui penyuluhan di semua lini. Kesungguhan pemda setempat perlu diarahkan untuk menutup kesulitan dalam pembentukan unit pangkalan data atau unit

pengolah, jika pencatatan dan pelaporan di provinsi dan kabupaten/kota telah berjalan.

Kesimpulan dan Saran

Pencatatan dan pelaporan UPK untuk penyalahgunaan napza memang belum tertata baik dan memenuhi kebutuhan para pihak baik nasional maupun global. Program pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan napza harus berbasis pada sistem pencatatan dan pelaporan yang handal.

Variabel yang ditemukan di lapangan dalam berbagai jenis format pencatatan bila digabung sudah memenuhi kebutuhan informasi internasional, dan laporan UPK yang menggunakan RL 2a dan RL 2b tetap dapat digunakan, namun perlu modifikasi kelompok F10 sampai dengan F19 dengan perincian dalam kategori 3 karakter.

Permasalahan dalam sistem pelaporan adalah belum terbentuknya tim atau organisasi pengolah data di tingkat kabupaten dan provinsi maupun di pusat. BNP, BNK dan Dinas Kesehatan dapat diberdayakan sebagai pengolah data sekaligus unit *database*, untuk itu perlu suatu *pilot-study* pengembangan sistem registri di beberapa daerah yang memiliki kemampuan dan komitmen kuat terhadap masalah penanggulangan napza.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih selain kepada pihak BNN juga kami sampaikan kepada pemerintah daerah provinsi Riau, Kaltim, Jatim, Bali, Sumut, Jabar dan pemerintah kota ibukota provinsi.

Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa dan Puskesmas, Polda Jatim dan Bali yang bersedia memberikan informasi tentang pencatatan dan pelaporan napza serta pihak lain yang telah bekerja sama.

Daftar Pustaka

1. ____, Amphetamines, URL: www.justfacts.org, diakses tgl 12/11/2003, jam 10.00
2. ____, Asean and China Cooperative Operations in Response to Dangerous Drugs (ACCORD). The plan of action. In pursuit of a drug free ASEAN 2015, enables a cooperative network to respond to the dangers of new drugs and measure the progress.
3. Bambang Hartono. Sistem informasi penggulangan penyalahgunaan napza. Pusdatin (Makalah *unpublished*)
4. BNN. Data Base Penyalahgunaan Narkoba, Jakarta, 2002
5. Ditnarkoba dan OC Polri, Data Kasus Narkoba tahun 2002 dan semester I tahun 2003, Jakarta, 2003
6. Douglas J. Information sharing mechanism for ACCORD countries. (Makalah *unpublished*)
7. United Nation, Ecstasy and amphetamines. Global Survey 2003.
8. Ellinwood EH, King G, Lee TH. Chronic amphetamine use and abuse. URL: www.acnp.org/G4, diakses tgl 12/11/2003, jam 10.30
9. Hancock, B. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Research. *Trent Focus*, 1998
10. ____, Improving ATS Data and Information Systems. National Presentation for Indonesia. Thailand, August 2003
11. Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M., Guidelines For Critical Review Form-Qualitative Studies, McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group, 1998.
12. Togar Sianipar. Konsep Strategi untuk memerangi ancaman bahaya narkoba mencapai Indonesia Bebas Narkoba 2015. 2003 (Makalah *unpublished*)
13. UNODC, Regional ATS Questionnaire. Monitoring demand for ATS in East Asia and the Pacific
14. Watkins. Stimulant medication and AD/HD. URL: www.baltimorepsych.com, diakses tgl 12/11/2003, jam 11.00