



# **SEBUAH PENDEKATAN KESEHATAN MASYARAKAT TERHADAP PENGGUNAAN NARKOBA DI ASIA: Prinsip-prinsip dan praktik-praktik dekriminalisasi**

## Isi

Akronim	2
Metodologi	2
Ucapan terima kasih	3
Kata pengantar	4
Terminologi	5
<b>1 Pendahuluan</b>	<b>7</b>
<b>2 Dekriminalisasi penggunaan narkoba</b>	<b>9</b>
2.1 Latar belakang dekriminialisasi	10
2.2 Prinsip-prinsip kunci dari dekriminialisasi	15
2.3 Pengalaman praktik terbaik dari dekriminialisasi di penjuru dunia	18
2.3.1 Dekriminalisasi <i>de jure</i>	18
2.3.2 Dekriminalisasi <i>de facto</i>	21
2.4 Jumlah ambang batas yang efektif dalam model dekriminialisasi	24
2.5 Menghapus hukuman administratif berat bagi pengguna narkoba	27
2.6 Transisi dari CCDUs menuju pengobatan dan layanan sukarela	28
2.7 Promosi rujukan sukarela ke layanan kesehatan dan layanan sosial	30
<b>3 Mekanisme diversifikasi dari sistem peradilan pidana</b>	<b>32</b>
3.1 Garis besar diversifikasi	33
3.2 Standar dan norma-norma PBB tentang diversifikasi	34
3.3 Diversifikasi oleh kepolisian	36
3.4 Diversifikasi oleh kejaksaan	39
3.5 Diversifikasi oleh pengadilan	40
3.5.1 Garis besar model diversifikasi oleh pengadilan	40
3.5.2 Contoh-contoh diversifikasi pengadilan di Asia	40
3.5.3 Pengadilan khusus narkoba	41
3.5.4 Praktik yang baik dalam diversifikasi oleh pengadilan	42
3.6 Peran petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat dalam skema pengalihan	44
3.6.1 Prinsip keterlibatan petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat	44
3.6.2 Keterlibatan petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat: Pengalaman di Asia	44
<b>4 Kesimpulan dan rekomendasi</b>	<b>46</b>
<b>Lampiran</b>	<b>50</b>
<b>Lampiran 1</b> Program-program dekriminialisasi dan diversifikasi di bawah konvensi narkoba PBB	51
<b>Lampiran 2</b> Langkah-langkah praktis untuk implementasi dekriminialisasi dan diversifikasi	53

## Akronim

<b>ANPUD</b>	Jaringan Pengguna Narkoba di Asia/ <i>Asian Network of People who Use Drugs</i>
<b>ASEAN</b>	Perhimpunan Bangsa-bangsa Asia Tenggara/ <i>Association of South East Asian Nations</i>
<b>CCDU</b>	Pusat Pengobatan Wajib bagi Pengguna Narkoba/ <i>Compulsory centres for drug users</i>
<b>CFP</b>	Titik Api Negara/ <i>Country Focal Point</i>
<b>IDPC</b>	Konsorsium Kebijakan Narkoba Internasional/ <i>International Drug Policy Consortium</i>
<b>INCB</b>	Badan Kontrol Narkotika Internasional/ <i>International Narcotics Control Board</i>
<b>LEAHN</b>	Jaringan Penegak Hukum dan HIV/ <i>Law Enforcement and HIV Network</i>
<b>NSP</b>	Program Jarum Suntik Steril/ <i>Needle and syringe programmes</i>
<b>OST</b>	Terapi Substitusi Opioid/ <i>Opioid substitution therapy</i>
<b>PCPI</b>	Inisiatif Kemitraan Komunitas Kepolisian/ <i>Police Community Partnership Initiative</i> (Kamboja)
<b>SAARC</b>	Asosiasi Asia Selatan untuk Kerjasama Regional/ <i>South Asia Association for Regional Cooperation</i>
<b>PBB</b>	Perserikatan Bangsa-Bangsa
<b>UNAIDS</b>	Program Gabungan PBB untuk HIV/AIDS / <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
<b>UNODC</b>	Kantor PBB untuk Narkoba dan Kejahatan/ <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
<b>WHO</b>	Organisasi Kesehatan Dunia/ <i>World Health Organisation</i>

## Metodologi

Laporan ini ditulis berdasarkan sebuah kajian dari bukti yang tersedia yang dilakukan antara Oktober dan November 2015, berbagai konsultasi dengan para pemegang kepentingan yang menghadiri Konferensi Pengurangan Dampak Buruk Internasional/*International Harm Reduction Conference* yang ke 24 di Kuala Lumpur, 18-21 Oktober 2015 serta dua kali konsultasi dengan para pemegang kepentingan untuk rancangan pertama dan terakhir dari laporan ini pada bulan Oktober 2015 dan Januari 2016.



The project is funded by **The European Union**

Catatan: Isi dari publikasi ini merupakan tanggung jawab eksklusif penulis dan tidak merefleksikan pendapat dari Uni Eropa.

Laporan ini dicetak sebagai bagian dari proyek 'Aksi Asia pada Pengurangan Dampak Buruk'/'*Asia Action on Harm Reduction*'. Proyek ini, yang didanai oleh Uni Eropa pada 2013-2015 memungkinkan komunitas advokat di Tiongkok, India, Malaysia, Indonesia, Kamboja dan Vietnam untuk melakukan advokasi pengurangan dampak buruk.

## Ucapan Terima Kasih

Laporan ini ditulis oleh John Godwin, Konsultan.

IDPC berterima kasih pada Jaringan Pengguna Narkoba di Asia/*the Asian Network of People who Use Drugs* dan Aliansi HIV/AIDS Internasional/*the International HIV/AIDS Alliance* untuk bersama-sama membuat laporan ini.

Pihak-pihak di bawah ini telah mengkaji rancangan laporan dan/atau memberikan komentar serta saran:

- Gloria Lai, Jamie Bridge, Ann Fordham, Marie Nougier, Konsorsium Kebijakan Narkoba Internasional/*International Drug Policy Consortium*
- Akihiko Sato, Universitas Kwansei Gakuin (Jepang)
- Alex Wodak, Presiden, Yayasan Reformasi Hukum Narkoba Australia/*Australian Drug Law Reform Foundation* (Australia)
- Anand Chabungbam, Jimmy Dorabjee, Jaringan Pengguna Narkoba di Asia/*Asian Network of People who Use Drugs* (Regional)
- Asmin Fransiska, Universitas Atma Jaya (Indonesia)
- Atul Ambekar, *All India Institute of Medical Sciences* (India)
- Brianna Harrison, Vladanka Andreeva, UNAIDS RST (Thailand)
- Claudia Stoicescu, Rick Lines, Pengurangan Dampak Buruk Internasional/*Harm Reduction International* (Inggris)
- Daniel Wolfe, Denise Tomasini, Naomi Burke Shyne, Matthew Wilson, Yayasan Masyarakat Terbuka/*Open Society Foundations*
- Dave Burrows, *APM Global Health* (Australia)
- Edo Agustian Nasution, PKNI – *Indonesian network of people who use drugs* (Indonesia)
- Ernestien Jensema, Institut Transnasional/*Transnational Institute* (Belanda)
- Goro Koto, Jaringan Advokasi Jepang untuk Kebijakan Narkoba/*Japan Advocacy Network for Drug Policy* (Jepang)
- Inez Feria, *NoBox Transitions* (Filipina)
- Aliansi HIV/AIDS Internasional/*International HIV/AIDS Alliance*
- Kanna Hanayashi, Universitas British Columbia (Kanada)
- Michael Cole, Konsultan (Thailand)
- Nex Bengson, AKEI (Filipina)
- Niamh Eastwood, *Release* (Inggris)
- Oanh Khuat, Pusat Pendukung Inisiatif Pengembangan Masyarakat/*Center for Supporting Community Development Initiatives* (Vietnam)
- Pann Ei, Konsultan (Myanmar)
- Pascal Tanguay, Konsultan (Thailand)
- Rebecca Schleifer, Program Pembangunan PBB/*United Nations Development Programme* (UNDP)
- Ricky Gunawan, LBH Masyarakat (Indonesia)
- Risa Alexander, Program Kerjasama HIV di Indonesia/*HIV Cooperation Programme in Indonesia* (Indonesia)
- Simon Beddoe, Alliance India (India)
- Steve Rolles, Yayasan Transformasi Kebijakan Narkoba/*Transform Drug Policy Foundation* (Inggris)
- Taing, Korsang (Kamboja)
- Tripti Tandon, Perkumpulan Pengacara/*Lawyers Collective* (India)

## Kata Pengantar

Di Asia, penggunaan narkoba seperti opium, ganja, dan kratom untuk keperluan bidang medis, bidang keagamaan, dan budaya telah menjadi bagian dari tradisi sejak berabad-abad yang lalu. Opium telah digunakan untuk tujuan medis dari Iran hingga Indonesia. Menghisap opium dengan tembakau merupakan hal yang umum dalam ritual dan perkumpulan sosial di Tiongkok. Begitu pula dengan ganja yang secara luas difungsikan untuk keperluan bidang medis, budaya, dan sosial—di negara asal saya, India, ganja telah digambarkan sebagai ‘jalan hidup’. Di Thailand dan Malaysia, kratom telah digunakan sebagai tradisi dalam bidang medis, budaya, dan keperluan lainnya.

Berlawanan dengan penemuan-penemuan Komisi Opium dan Ganja di akhir abad 19 bahwa ‘penggunaan ringan dan moderat dari bahan-bahan ini tidak berbahaya bagi kesehatan’, mayoritas kekuatan waktu itu mendorong pelarangan di bawah pembentukan sistem kontrol narkoba internasional, yang saat ini dikuatkan oleh tiga Konvensi PBB di tahun 1961, 1971, dan 1988. Prasangka negatif dari kekuatan-kekuatan besar terhadap praktik-praktik lokal di Asia sangatlah besar sehingga manfaat terapi ganja tidak diakui di pengobatan modern untuk waktu yang lama. Adalah ironis bahwa negara-negara di Eropa dan Amerika Utara saat ini ‘menemukan kembali’ kegunaan-kegunaan medis dari ganja dan bahkan merubah hukum mereka untuk mengizinkan pasokan dan penggunaan ganja untuk kesehatan, sedangkan praktik-praktik medis tradisional kita masih tersesat di dalam kebijakan pemerintahan kita. Tidak diragukan lagi, pelarangan narkoba adalah ‘kesalahan sejarah’ yang perlu diluruskan di masyarakat-masyarakat di Asia.

Adalah sebuah kesalahan pemahaman bahwa di abad ke-20, Asia menjadi wilayah dengan kebijakan narkoba yang paling represif dan menghukum di dunia. Sementara wilayah-wilayah di bagian lain di dunia mengakui kerusakan yang disebabkan oleh strategi-strategi yang dijalankan oleh penegakan hukum dan berubah menuju pendekatan-pendekatan terhadap penggunaan narkoba yang berbasis kesehatan dan hak asasi, termasuk di Afrika, Amerika Latin, Amerika Utara dan Eropa, negara-negara di Asia masih menerapkan kriminalisasi dan penghukuman sebagai respon utama mereka. Virus epidemik HIV dan hepatitis C, tingkat pemenjaraan yang tinggi, sangat kurangnya akses ke pengobatan narkoba yang efektif dan manusiawi serta tindakan-tindakan pengurangan dampak buruk, banyaknya pelanggaran-pelanggaran hak asasi manusia (termasuk kekerasan dan pelecehan, penahanan yang sewenang-wenang, pemaksaan tes urin, dan kerja paksa serta penolakan terhadap layanan kesehatan di tempat-tempat penahanan), dan penetapan hukuman mati untuk

kejahatan narkoba – yang bertentangan dengan HAM internasional serta norma-norma konstitusi – menjadikan ini sebuah kasus yang sangat penting untuk merubah arah. Debat terbuka pada kebijakan-kebijakan narkoba yang bekerja di dalam penanganan atas konsekuensi-konsekuensi yang amat merusak dan dalam pengurangan dampak buruk yang diasosiasikan dengan penggunaan narkoba sangatlah diperlukan.

Saya menyambut laporan ini sebagai sebuah sumber kritis agar pembuat kebijakan di wilayah kita siap untuk menghadapi realita modern dari penggunaan narkoba dan ketidakmampuan kriminalisasi dan penghukuman untuk mengelola permasalahan tersebut secara efektif. Laporan ini memberikan sebuah kerangka komprehensif dari prinsip-prinsip dan praktik yang mendasari pendekatan efektif terhadap dekriminalisasi penggunaan, kepemilikan, dan budidaya narkoba. Saya mendorong pembuat kebijakan untuk memanfaatkan laporan ini secara keseluruhan sebagai sumber saran dan rekomendasi teknis untuk implementasi tanggapan-tanggapan kebijakan penggunaan narkoba yang berbasis hak dan kesehatan. Dalam mempertimbangkan alternatif yang paling sesuai dari kriminalisasi dan hukuman untuk diterapkan di konteks negara dan wilayah, saya menghimbau pembuat kebijakan untuk melibatkan komunitas-komunitas yang paling terpengaruh, yaitu pengguna narkoba. Saya menghimbau Anda untuk mempertimbangkan pendekatan-pendekatan tradisional di wilayah kita terhadap penggunaan narkoba, di mana larangan, kriminalisasi dan hukuman tidak dikenal hingga seabad yang lalu.



### Anand Grover

Advokat Senior, Mahkamah Agung India  
Komisioner, Global Commission on Drug Policy  
Pelapor Khusus PBB untuk Hak atas Kesehatan (2008-2014)

## Terminologi

Untuk maksud dan tujuan laporan ini, definisi-definisi di bawah ini berlaku.

**Sanksi-sanksi administratif atau perdata** mengacu pada penalti-penalti yang tidak berujung pada tuduhan atau hukuman pidana, atau catatan kriminal. Contoh-contohnya meliputi peringatan, perampasan, dan denda (dalam jumlah kecil). Sanksi-sanksi administratif atau perdata pada umumnya dimaksudkan untuk lebih mengurangi penghukuman daripada sanksi-sanksi pidana, akan tetapi sanksi-sanksi yang diterapkan di negara-negara di Asia melibatkan penahanan wajib bagi pengguna narkoba.

**Dekriminalisasi** terhadap pengguna narkoba mengacu pada penghapusan atau menerapkan hukuman tanpa sanksi pidana untuk penggunaan narkoba, kepemilikan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, serta budi daya narkoba untuk tujuan konsumsi pribadi. Dekriminalisasi dapat melibatkan penghapusan semua hukuman. Sebagai alternatif, hukuman-hukuman perdata atau administratif dapat diterapkan. Dengan begitu, penalti-penalti ini sifatnya bisa lebih tidak menghukum bila dibandingkan dengan dengan hukuman-hukuman di bawah kriminalisasi, dan lebih mengarah pada peningkatan akses sukarela pada layanan-layanan sosial, kesehatan dan pengurangan dampak buruk yang berbasis bukti dan hak asasi manusia.<sup>1</sup>

Di bawah **dekrimalisasi *de jure***, hukuman-hukuman pidana untuk aktifitas-aktifitas tertentu dihapus secara formal melalui reformasi hukum.

Di bawah **dekrimalisasi *de facto***, aktifitas-aktifitas tertentu tetap menjadi pelanggaran pidana tapi, pada praktiknya, hukuman-hukuman pidana tidak diterapkan.

**Diversi** mengacu pada langkah-langkah yang memberi alternatif pada sanksi-sanksi pidana atau penahanan bagi orang-orang yang ditangkap karena penggunaan narkoba atau pelanggaran-pelanggaran yang berhubungan dengan narkoba, khususnya pelanggaran-pelanggaran ringan tanpa kekerasan. Langkah-langkah diversi dapat diimplementasikan melalui kebijakan-kebijakan, program-program serta praktik-praktik yang bertujuan untuk mengarahkan masyarakat ke intervensi-intervensi sosial dan kesehatan seperti pengurangan dampak buruk dan penanganan narkoba, dan tidak menerapkan penangkapan, pemenjaraan, penuntutan, pemberian vonis hukuman serta pemenjaraan. Langkah-langkah diversi dapat dilaksanakan oleh kepolisian (sebelum atau setelah penangkapan, kejaksaan, atau pengadilan sebelum atau pada saat pemberian vonis.<sup>2</sup> Langkah-langkah tersebut dapat diterapkan pada yurisdiksi-yurisdiksi yang telah menerapkan dekrimalisasi *de jure* atau dekrimalisasi *de facto*. Langkah-langkah tersebut dapat juga dilaksanakan di mana penggunaan narkoba tidak dikriminalisasikan, dan diterapkan secara khusus pada pengguna dan pecandu narkoba, termasuk saat dilakukannya pelanggaran ringan tanpa kekerasan.

**Ketergantungan terhadap narkoba** tetap menjadi sebuah konsep yang diperdebatkan. Organisasi

Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikannya sebagai kondisi medis 'kronis' yang berulang dengan dasar psikologis dan genetis.<sup>3</sup> Akan tetapi, beberapa ahli telah menolak terminologi-terminologi yang menggambarkan ketergantungan narkoba sebagai sebuah kondisi medis karena hal ini dapat menyebabkan asumsi yang salah bahwa penggunaan seluruh jenis narkoba adalah sebuah penyakit. PBB melaporkan bahwa hanya sekitar 10% dari pengguna narkoba memiliki masalah yang berkaitan dengan penggunaan narkoba, dan mungkin membutuhkan pengobatan yang berbasis ilmiah dan sukarela.<sup>4</sup>

Untuk tujuan laporan ini, ketergantungan terhadap narkoba mengacu pada serangkaian perilaku-perilaku termasuk keinginan kuat untuk memakai narkoba, kesulitan mengontrol konsumsi, dan kelanjutan penggunaan narkoba meskipun dengan adanya masalah-masalah fisik, mental dan sosial yang diasosiasikan dengan penggunaan narkoba. Hal ini sering dikarakterisasikan dengan peningkatan toleransi dari waktu ke waktu, dan gejala-gejala sakau apabila penggunaan narkoba dihentikan secara tiba-tiba.

**Penanganan ketergantungan narkoba** mengacu pada serangkaian intervensi-intervensi - baik medis dan psikososial - yang mendorong mereka yang memiliki masalah dengan penggunaan narkoba untuk menstabilkan atau mendapatkan kembali kontrol atas konsumsi, atau ingin abstain. Demikian kompleksitas ketergantungan narkoba sehingga respon, pengaturan dan intensitas penanganan perlu disesuaikan dengan masing-masing individu. Menu layanan-layanan yang komprehensif seharusnya tersedia untuk disesuaikan dengan karakteristik, kebutuhan, pilihan dan situasi yang berbeda-beda dari setiap individu yang ingin mendapatkan akses layanan. Penanganan sebaiknya diberikan oleh tenaga medis, terapis, atau tenaga profesional lain yang terlatih, karena tujuannya adalah untuk peningkatan kesehatan dan fungsi sosial dari seseorang.<sup>5</sup> Tujuan dari penanganan adalah agar seorang individu dapat menerapkan gaya hidup yang sehat dan konstruktif secara sosial. Adalah penting untuk membedakan definisi penanganan narkoba ini dengan tempat wajib penanganan pengguna narkoba - di mana, ketika seseorang ditahan di tempat tertutup tanpa evaluasi medis atau persetujuan tertulis (informed consent), di mana 'penanganan' pada umumnya tidak berbasis pada bukti ilmiah, akan tetapi pada disiplin fisik atau agama, atau kerja paksa.<sup>6</sup>

**Pengurangan dampak buruk** mengacu pada kebijakan-kebijakan, program-program dan praktik-praktik yang utamanya bertujuan untuk mengurangi konsekuensi-konsekuensi kesehatan, sosial dan ekonomi yang berbahaya dari penggunaan narkoba yang legal dan ilegal tanpa harus mengurangi konsumsi narkoba.<sup>7</sup> Contoh-contoh dari pendekatan ini meliputi program penggunaan jarum suntik steril atau *needle and syringe programmes (NSPs)* - yang memberikan peralatan suntik steril untuk pengguna narkoba guna mengurangi resiko penularan HIV dan hepatitis - dan terapi substitusi opioid atau *opioid substitution therapy (OST)* - yang menggantikan narkoba

opioid ilegal (seperti heroin) dengan bahan terkontrol dibawah supervisi medis (contohnya, methadone atau buprenorphine). Langkah-lagkah seperti NSPs dan OST adalah bagian dari paket intervensi-intervensi yang disetujui di seluruh dunia untuk pencegahan, penanganan dan perawatan yang terkait dengan HIV di antara pengguna narkoba suntik, dan cara ini telah terbukti membantu menstabilkan dan mengurangi penggunaan narkoba ilegal, meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup, serta mengurangi kriminalitas.<sup>8</sup>

**Legalisasi** merupakan proses di mana semua perilaku yang berkaitan dengan narkoba (penggunaan, kepemilikan, budidaya, produksi, penjualan, dll.) menjadi aktifitas

yang legal. Dalam proses-proses ini, pemerintah dapat memilih untuk mengadopsi hukum-hukum dan kebijakan administratif untuk mengatur produksi, distribusi dan penggunaan narkoba, membatasi ketersediaan dan akses - proses ini dikenal sebagai regulasi legal.

**Regulasi Legal** mengarah pada sebuah model di mana budidaya, produksi, transportasi dan penjualan narkoba yang terpilih diatur oleh sebuah rezim pengatur yang legal. Rezim ini dapat meliputi regulasi pada harga, potensi, pengepakan, produksi, transit, pemasokan, pemasaran dan/atau penggunaan - yang semuanya ditegakkan oleh institusi-institusi negara.

# Bab 1

# Pendahuluan



## Rangkuman pesan-pesan kunci

Dalam laporan ini, Konsorsium Kebijakan Narkoba Internasional/ the International Drug Policy Consortium (IDPC) menawarkan rekomendasi-rekomendasi berdasarkan bukti ilmiah dan contoh-contoh praktik yang baik untuk memberi informasi sebuah perubahan dalam tanggapan-tanggapan kebijakan terhadap penggunaan narkoba di Asia yang menjauh dari kriminalisasi dan hukuman, dan yang menuju pada kesehatan masyarakat serta pengurangan dampak buruk. IDPC menggambarkan pendekatan-pendekatan efektif terhadap dekriminialisasi penggunaan narkoba. Konsorsium tersebut juga mendiskusikan pendekatan-pendekatan yang diterapkan di Asia yang terbukti tidak efektif, seperti penahanan pengguna narkoba di lembaga-lembaga pemyarakatan sebagai bentuk 'rehabilitasi'.

Faktor-faktor di bawah ini juga ditekankan untuk membimbing pembentukan kebijakan-kebijakan yang ingin mencapai hasil yang lebih baik demi kesehatan, keamanan dan hak-hak asasi manusia:

- Dekriminalisasi penggunaan narkoba diizinkan dalam konvensi-konvensi kontrol narkoba internasional yang sudah ada. Dekriminalisasi dapat dicapai dengan penghapusan atau pengambilan jalur non-hukum pidana untuk konsumsi narkoba, dan untuk kepemilikan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, dan budidaya narkoba untuk tujuan konsumsi pribadi.
- Dekriminalisasi ini berbasis bukti dan hak asasi manusia dan sesuai dengan prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk serta inklusi sosial.
- Pada sebuah model dekriminialisasi, sanksi-sanksi administratif seperti denda dalam jumlah kecil, peringatan atau rujukan ke pengobatan dan layanan-layanan sosial dapat diterapkan, bukan sanksi-sanksi pidana. Akan tetapi, laporan ini menawarkan model praktik terbaik dari dekriminialisasi di mana tidak ada sanksi yang diterapkan untuk penggunaan atau konsumsi narkoba, kepemilikan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba dan budi daya narkoba untuk tujuan konsumsi pribadi.
- Prioritas program untuk negara-negara yang bergerak ke arah dekriminialisasi meliputi:
  - Peralihan dari penahanan pengguna narkoba di pusat penanganan wajib ke penanganan sukarela berbasis masyarakat, pengurangan dampak buruk dan layanan-layanan sosial.
  - Pengenalan mekanisme untuk diversi pengguna narkoba dari sistem pidana bagi pengguna narkoba melalui program-program yang dijalankan oleh kepolisian, kejaksaan, pengadilan, atau petugas-petugas kesehatan. Diversi oleh kepolisian untuk mereka yang ditangkap karena penggunaan narkoba atau pelanggaran-pelanggaran narkoba tingkat ringan tanpa kekerasan perlu melibatkan keputusan untuk tidak menindaklanjutinya, pengeluaran peringatan atau pemberian rujukan ke layanan-layanan sosial dan/atau kesehatan. Diversi di kepolisian efektif di

dalam konteks di mana kepolisian mampu membangun kepercayaan dengan komunitas-komunitas pengguna narkoba. Kejaksaan dan pengadilan juga dapat melaksanakan program-program diversi, dengan pengadilan menawarkan diversi bagi mereka yang tertangkap karena pelanggaran-pelanggaran yang lebih serius (bukan pelanggaran karena penggunaan atau kepemilikan untuk penggunaan pribadi, di mana diversi tahap ini direkomendasikan terjadi di tingkat kepolisian atau kejaksaan).

**Bab 4 memberikan rekomendasi-rekomendasi komprehensif** dan mengidentifikasi pertimbangan-pertimbangan praktis untuk pemerintah yang ingin menerapkan dekriminialisasi. Bab ini memberi penekanan pada kebutuhan memobilisasi dukungan publik untuk dekriminialisasi dan pentingnya melibatkan para pemangku utama kepentingan dari lintas pemerintahan dan komunitas-komunitas masyarakat sipil termasuk komunitas masyarakat pengguna narkoba, komunitas keagamaan, dan para pemimpin masyarakat, profesi-profesi hukum dan medis, serta media.

## Tujuan dari laporan ini adalah

- Untuk menjelaskan prinsip-prinsip yang mendasari dekriminialisasi pengguna narkoba
- Untuk memberikan rekomendasi desain dan implementasi model dekriminialisasi yang ditujukan untuk pengguna narkoba
- Untuk menawarkan panduan tentang diversi penanganan pengguna narkoba dari sistem peradilan pidana menjadi layanan kesehatan dan sosial berbasis bukti ilmiah, berdasarkan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat dan hak asasi manusia
- Untuk mengidentifikasi peran peradilan pidana, penegakan hukum, kesehatan, lembaga-lembaga pelayanan hukum dan sosial dalam melaksanakan dekriminialisasi dan rujukan ke program kesehatan dan sosial.

Laporan ini ditujukan sebagai sumber bagi para pembuat kebijakan, aparat legislatif, komunitas-komunitas pengguna narkoba dan organisasi-organisasi masyarakat perdata di Asia. Tujuan utama dari laporan ini adalah untuk menawarkan panduan dalam langkah-langkah yang dapat dilakukan oleh negara untuk mengembangkan kebijakan narkotika hingga mencapai hasil kesehatan masyarakat yang lebih baik, dengan cara beralih jauh dari kriminalisasi dan penghukuman bagi pengguna narkoba. Di samping itu, laporan ini juga menjelaskan respon hukum dan narkoba yang tidak efektif, seperti penahanan pengguna narkoba di pusat-pusat rehabilitasi (compulsory centres for drug users - CCDUs), tes urin secara paksa, wajib lapor dan bentuk hukuman lainnya.

Laporan ini tidak membahas legalisasi pemasokan narkoba atau sistem pengaturan narkoba secara legal.<sup>9</sup>

# Bab 2

# Dekriminalisasi penggunaan narkoba

## 2.1 Latar belakang dekriminalisasi

Dalam laporan ini, dekriminalisasi didefinisikan sebagai penghapusan atau pengambilan jalur non-hukum pidana pada aktifitas tertentu. Dekriminalisasi penggunaan narkoba mengacu pada penghapusan atau pengambilan jalur non-hukum pidana bagi kasus penggunaan narkoba, kepemilikan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, serta budi daya narkotika untuk tujuan konsumsi pribadi.

Dekriminalisasi sangat memungkinkan untuk menghapus semua bentuk penghukuman. Pilihan lain adalah penjatuhan sanksi perdata atau administratif dibandingkan hukuman pidana. Jika demikian, sanksi tersebut akan bersifat lebih tidak menghukum daripada penjatuhan hukuman berdasarkan kriminalisasi, dan kemudian menuju ke peningkatan akses secara sukarela pada pengurangan dampak buruk berbasis bukti ilmiah dan hak asasi manusia, serta peningkatan kesehatan dan pelayanan sosial.<sup>10</sup>

### Dukungan tingkat tinggi untuk dekriminalisasi

Sekretaris Jenderal Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) Ban Ki-moon telah berulang kali mendukung penghapusan sanksi pidana bagi pengguna narkoba. Dalam acara Hari Internasional Melawan Penyalahgunaan Narkoba dan Perdagangan Ilegal (International Day Against Drug Abuse and Illegal Trafficking) 2015, ia meminta negara-negara anggota PBB untuk 'mempertimbangkan jalur alternatif dari kriminalisasi dan penahanan pengguna narkoba serta memfokuskan upaya peradilan pidana bagi mereka yang terlibat dalam pemasokan. Kita harus meningkatkan fokus pada kesehatan masyarakat, pencegahan, pengobatan, dan perawatan, serta pada strategi ekonomi, sosial, dan budaya'.<sup>11</sup>

Sejumlah lembaga PBB juga telah mengeluarkan pernyataan mendukung dekriminalisasi penggunaan narkoba, termasuk Program Gabungan PBB untuk HIV / AIDS (UNAIDS),<sup>12</sup> Program Pembangunan PBB (UNDP)<sup>13</sup>, WHO<sup>14</sup>, Kantor Komisaris Tinggi Hak Asasi Manusia (OHCHR),<sup>15</sup> UN Women,<sup>16</sup> serta Pelapor Khusus PBB tentang hak atas kesehatan (UN Special Rapporteur).<sup>17</sup>

Demikian pula, Direktur Eksekutif Kantor PBB untuk kasus Narkoba dan Kejahatan (UNODC) menyatakan pada 2013 bahwa orang-orang yang memakai narkoba seharusnya 'tidak diperlakukan sebagai penjahat' dan pada tahun 2015 Perwakilan Daerah UNODC dari Asia Tenggara dan Pasifik menyerukan diversifikasi dari 'pendekatan sanksi hukum menuju ke pendekatan kesehatan untuk penggunaan dan ketergantungan narkoba'.<sup>18</sup>

Badan Kontrol Narkotika Internasional (INCB) telah menekankan lebih jauh perlunya pendekatan non-hukuman bagi penggunaan narkoba, dan telah mengklarifikasi persyaratan-persyaratan dalam konvensi narkotika PBB, ketika Presidennya menyatakan pada tahun 2015:

*Perjanjian internasional ini bukan menuntut aksi*

*penahanan pengguna narkoba, melainkan lebih memberikan alternatif selain dari putusan hukum dan penghukuman bagi mereka yang terkena dampak penyalahgunaan narkoba, termasuk perawatan, pendidikan, pasca-perawatan, rehabilitasi dan reintegrasi sosial. Bahwa beberapa negara telah memilih penahanan daripada pengobatan mengindikasikan penolakan oleh pemerintah terhadap fleksibilitas yang disediakan oleh perjanjian internasional.*<sup>19</sup>

Serangkaian ahli internasional dan individu yang berpengaruh tinggi juga telah mendukung langkah untuk dekriminalisasi, melalui sejumlah deklarasi (misalnya, 2010 Deklarasi Wina, yang menyerukan dekriminalisasi penggunaan narkoba didasarkan pada pembuktian ilmiah atas konsekuensi bahayanya dari penegakan hukum pada narkoba, termasuk pelanggaran hak asasi manusia, dan mengganggu sistem kesehatan masyarakat).<sup>20</sup> Sebuah laporan penting oleh Komisi Global Kebijakan Narkoba, yang diterbitkan pada tahun 2014, juga menganjurkan dekriminalisasi penggunaan narkoba dan kepemilikan narkotika untuk penggunaan pribadi, bersama dengan penyediaan pengurangan dampak buruk dan pengobatan bagi mereka yang memiliki ketergantungan pada narkoba.<sup>21</sup>

### Dekriminalisasi diizinkan di bawah hukum internasional

Tiga konvensi narkotika PBB yang mencetak kebijakan narkoba skala global adalah:

- Konvensi Tunggal pada Narkotika 1961, yang diamendemen oleh Protokol 1972;<sup>22</sup>
- Konvensi PBB tentang Psicotropika tahun 1971;<sup>23</sup> dan
- Konvensi PBB melawan Perdagangan Gelap Narkotika dan Psicotropika 1988.<sup>24</sup>

Ada kesalahpahaman umum di antara para pembuat kebijakan bahwa konvensi ini membutuhkan pihak penandatanganan negara untuk mengkriminalisasi penggunaan narkoba dan kepemilikan narkoba untuk konsumsi pribadi. Bahkan, tidak ada kewajiban khusus dalam konvensi narkoba PBB untuk membuat penggunaan narkoba sendiris sebagai tindak pidana - protokol tidak mewajibkan negara-negara untuk memaksakan hukuman (pidana atau administratif) bagi kasus penggunaan narkoba.<sup>25</sup> Sebaliknya, mukadimah konvensi meletakkan 'kesehatan dan kesejahteraan' sebagai fokus komprehensif - secara bersamaan Presiden INCB mengonfirmasi, konvensi menyadari bahwa: 'masalah narkoba adalah utamanya mengenai soal kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dan individu'.<sup>26</sup>

Konvensi juga memberikan fleksibilitas terhadap respon hukum dalam kepemilikan narkoba secara ilegal untuk penggunaan pribadi. Konvensi 1988 mengharuskan negara untuk menentukan kepemilikan narkoba untuk penggunaan pribadi sebagai tindak pidana, dapat

dikecualikan bahwa negara-negara dapat memilih kerangka hukum mereka untuk kebijakan pengontrolan narkoba, berdasarkan pada 'prinsip-prinsip konstitusional dan konsep dasar sistem hukum' masing-masing negara. Ini berarti bahwa negara-negara dapat tidak memilih mengkriminalisasi kepemilikan untuk penggunaan pribadi jika itu tidak konstitusional (misalnya, berdasarkan pertimbangan hak asasi manusia) atau bertentangan dengan sistem hukum mereka. Konvensi 1988 selanjutnya menyatakan:

*Para Pihak dapat menyediakan, baik sebagai alternatif pemidanaan atau penghukuman, atau sebagai tambahan pemidanaan atau hukuman dari pelanggaran...langkah-langkah untuk pengobatan, pendidikan, pasca-perawatan, rehabilitasi atau reintegrasi sosial bagi pelaku.*<sup>27</sup>

Karena itu dekriminialisasi penggunaan narkoba dan kepemilikannya untuk penggunaan pribadi diizinkan oleh konvensi narkoba internasional. Informasi lebih lanjut mengenai kewajiban-kewajiban di bawah hukum internasional tersedia dalam **Lampiran 1**.

## Peningkatan dukungan untuk diversifikasi dari hukuman – namun belum di Asia

Setidaknya 25 negara di seluruh dunia telah mengadopsi undang-undang, kebijakan atau langkah-langkah lain untuk mendekriminalisasi penggunaan narkoba dan kepemilikannya untuk penggunaan pribadi. Ini termasuk negara-negara di Eropa, Amerika Utara, Amerika Latin, Karibia dan Oceania.<sup>28</sup> Banyak dari negara-negara tersebut telah mengganti sanksi pidana dengan rujukan ke layanan kesehatan dan sosial atau sanksi administratif berupa denda ringan. Beberapa negara telah menghapus semua hukuman untuk kepemilikan narkoba dalam jumlah kecil untuk penggunaan pribadi.<sup>29</sup>

Namun, kebijakan pengendalian narkoba nasional dan strategi yang dilaksanakan di Asia tetap sangat berorientasi pada penegakan hukum dan pengurangan pasokan, dan terus memaksakan penahanan atau pemenjaraan sebagai sanksi bagi penggunaan narkoba atau kepemilikan narkoba untuk konsumsi pribadi. Wilayah tersebut mempertahankan hukuman terberat untuk pelanggaran hukum pada narkoba, termasuk hukuman mati pada kasus perdagangan narkoba yang dikenakan sebagai hukuman wajib di beberapa negara.<sup>30</sup> Meskipun banyak negara di Asia telah memperkenalkan mekanisme hukum untuk menekan pengguna narkoba yang tertangkap untuk mengikuti program pengobatan dan 'rehabilitasi' (termasuk ke CCDU yang sering dicap sebagai pusat 'rehabilitasi', lihat bagian 2.6), tidak ada negara di wilayah tersebut yang telah berusaha untuk menghapus semua sanksi bagi pengguna narkoba atau kepemilikan narkoba untuk konsumsi pribadi. Selain itu, beberapa negara melakukan metode penyeragaman oleh kepolisian untuk menangkap pengguna,<sup>31</sup> menerapkan tes urin paksa, dan memberlakukan wajib lapor bagi pengguna narkoba pada lembaga-lembaga petugas keamanan atau penegak hukum.<sup>32</sup> Beberapa negara juga memberlakukan hukuman fisik sebagai hukuman untuk kepemilikan narkoba, bahkan saat kepemilikan adalah

untuk penggunaan pribadi (misalnya hukuman cambuk di Brunei, Malaysia dan Singapura).<sup>33</sup> Di beberapa negara, kepemilikan peralatan penggunaan narkoba seperti jarum suntik steril juga menghadapi kriminalisasi (misalnya Brunei, Singapura dan Filipina).<sup>34</sup>

Para pembuat kebijakan di Asia telah berusaha untuk mencari pembenaran langkah-langkah ketat ini sebagai langkah yang diperlukan untuk memberantas perdagangan narkoba – seperti yang disebut dalam Deklarasi Politik PBB dan Rencana Aksi pada Masalah Narkotika Dunia di tahun 2009.<sup>35</sup> Di Asia Tenggara, pemberantasan pasokan dan permintaan juga diidentifikasi sebagai kunci untuk mencapai komitmen yang dibuat pada tahun 1998 untuk mencapai 'ASEAN bebas narkoba pada tahun 2020', dengan tenggat waktu yang dimajukan ke 2015 pada tahun 2000.<sup>36</sup> Tujuan dari pemberantasan semua narkoba tersebut juga telah diabadikan dalam kebijakan narkoba nasional di sejumlah negara di kawasan ini, misalnya Indonesia, Laos dan Myanmar.<sup>37</sup> Baru-baru ini, para pembuat kebijakan di India dan Sri Lanka telah mengadopsi bahasa yang sama.<sup>38</sup>

Bukti ilmiah di negara-negara di Asia dan seluruh dunia menunjukkan bahwa pemerintah telah jelas gagal mencapai tujuan bebas narkoba.<sup>39</sup> Pengejaran tujuan tersebut telah menyebabkan investasi yang tidak seimbang dalam penegakan hukum dan intervensi peradilan pidana, dengan mengorbankan kesehatan masyarakat, di mana dampak paling parah ditanggung oleh pengguna narkoba. Dalam konteks ini, keamanan keseimbangan kebijakan narkoba, kesehatan dan pengurangan dampak buruk, dan ketidaktergantungan pada kriminalisasi dan hukuman kepada pengguna narkoba sangatlah penting.

Di Asia, beberapa pemimpin politik dan masyarakat saat ini sudah mulai mengakui kesia-siaan mengejar tujuan pemberantasan narkoba yang tidak realistis. Misalnya, Menteri Kehakiman Thailand mengatakan kepada audiensi pada tahun 2015 bahwa pemberantasan semua narkoba adalah tujuan kebijakan yang kontraproduktif, terkait dengan korupsi sistemik di kepolisian dan kepadatan penghuni penjara oleh pelaku non-kekerasan.<sup>40</sup> Pada pertemuan kementerian ASEAN ke-4 untuk narkoba (2015), Wakil Perdana Menteri Malaysia mengakui bahwa ASEAN telah gagal memenuhi target 2015 untuk pemberantasan narkoba, yang ia gambarkan sebagai 'ilusi'.<sup>41</sup>

Namun demikian, meskipun sebagian besar pemerintah di Asia sekarang menyadari bahwa penggunaan narkoba memiliki dimensi kesehatan masyarakat, hal tersebut utamanya masih dirasakan sebagai masalah keamanan publik. Oleh karena itu, pemerintah ragu-ragu untuk mengambil langkah-langkah tegas yang diperlukan untuk beralih dari kriminalisasi dan penghukuman bagi pengguna narkoba. Selanjutnya, telah terjadi kurangnya pemahaman tentang reformasi atas karakter legislatif dan kebijakan yang dibutuhkan guna membangun paradigma berorientasi kesehatan baru yang menjamin akses sukarela pada layanan pengobatan dan pengurangan dampak buruk berbasis bukti. Ketika negara-negara Asia kemungkinan besar menghadapi tantangan implementasi yang

signifikan dalam transisi dari kriminalisasi ke pendekatan kesehatan masyarakat yang lebih kuat (termasuk tekanan politik untuk mempertahankan metode garis keras dan nir-toleransi terhadap kasus narkoba), dukungan publik ke arah kebijakan baru akan menjadi sangat penting. Upaya-upaya akan diperlukan untuk menghilangkan kekhawatiran bahwa dekriminalisasi akan menyebabkan peningkatan penggunaan narkoba dan kejahatan dengan lebih cepat. Hal ini membutuhkan keterlibatan media untuk membantu mendidik masyarakat tentang bahaya yang disebabkan oleh kriminalisasi, dan manfaat dari dekriminalisasi pada kesehatan dan keamanan masyarakat seperti yang ditunjukkan oleh pengalaman global (**lihat Lampiran 2** untuk saran tentang langkah-langkah praktis untuk implementasi dekriminalisasi).

### Konsekuensi negatif dari kriminalisasi dan penghukuman penggunaan narkoba di Asia

Kriminalisasi pengguna narkoba di Asia dan tempat lain di seluruh dunia telah gagal untuk mencegah penggunaan narkoba dan gagal memunculkan efek penghindaran – tidak ada bukti bahwa peningkatan keganasan penegak hukum atau beratnya hukuman mengarah pada keberhasilan pengurangan prevalensi penggunaan narkoba.<sup>42</sup> Data yang tersedia menunjukkan bahwa negara-negara yang memberlakukan hukuman berat bagi kepemilikan dan konsumsi narkoba tidak lebih berhasil memunculkan

efek penghindaran penggunaan narkoba daripada negara-negara yang menjatuhkan sanksi lebih ringan.<sup>43</sup>

Selain tidak efektif, kriminalisasi pengguna narkoba di seluruh Asia telah mengakibatkan kerugian besar baik di skala individu maupun masyarakat.

Pertama, kerangka hukum punitif telah didasarkan pada gagasan bahwa penggunaan narkoba merupakan 'kejahatan sosial' atau 'kegagalan moral', berkontribusi pada ancaman yang ditimbulkan oleh pasar narkoba pada 'struktur sosial bangsa' dan 'stabilitas negara',<sup>44</sup> bukan didasarkan pada pemahaman ilmiah tentang narkoba, penggunaan narkoba dan ketergantungan narkoba.<sup>45</sup> Hal ini telah memberikan kontribusi pada meningkatnya stigma dan diskriminasi terkait dengan penggunaan narkoba – mencegah orang-orang yang menggunakan narkoba mengakses layanan kesehatan dan sosial yang penting seperti pengurangan dampak buruk, pengobatan, serta akses kebutuhan perumahan, pendidikan dan pekerjaan. Lebih jauh lagi hal ini akan memperburuk marginalisasi sosial mereka.

Kedua, kriminalisasi penggunaan narkoba, serta pembatasan hukum pada distribusi jarum suntik dan penyediaan OST (terapi substitusi opioid), telah memicu epidemik HIV di Asia (lihat Tabel 1). Dalam konteks di mana penggunaan narkoba dikriminalisasi, penggunaan narkoba terhalang dari akses layanan kesehatan yang mereka butuhkan,

**Tabel 1 Prevalensi HIV di antara orang-orang yang menyuntikkan narkoba di Asia<sup>46\*</sup>**

Negara	Jumlah pengguna narkoba suntik (estimasi)	Prevalensi HIV orang dewasa di antara pengguna narkoba suntik (%)
Filipina	14,000	44.9
Indonesia	74,326	36.4
Pakistan	104,848	27.2
Kamboja	1,300	24.8
Myanmar	83,000	23.1
Thailand	40,300	19
Malaysia	170,000	16.6 (laki-laki)
Vietnam	271,506	10.5 (laki-laki)
India	177,000	7.2
Nepal	52,174	6.3 (laki-laki)
Tiongkok	2,170,000	6
Afghanistan	36,000	4.4 (laki-laki)
Singapura	10,000 – 20,000	1.5
Bangladesh	23,800	1.1
Sri Lanka	423	0

\* Tingkat prevalensi HIV di antara pengguna narkoba suntik di beberapa kota secara signifikan lebih tinggi daripada tingkat prevalensi nasional, misalnya, 56% di Jakarta (Indonesia), 18,3% di New Delhi (India), dan 15,7% di Herat (Afghanistan). Tingkat prevalensi HIV di antara pengguna narkoba suntik di Bhutan, Brunei, Jepang, Laos, dan Korea Selatan tidak diketahui.



dan lebih memungkinkan untuk menggunakan narkoba di lingkungan yang tidak aman. Mereka mungkin terlibat dalam praktik suntik/injeksi yang tergesa-gesa dan berisiko lebih tinggi karena berbagi peralatan suntik. Hal ini meningkatkan kerentanan mereka terhadap HIV, infeksi lainnya, overdosis, dan cedera lain yang terkait dengan praktik suntik yang tidak aman.

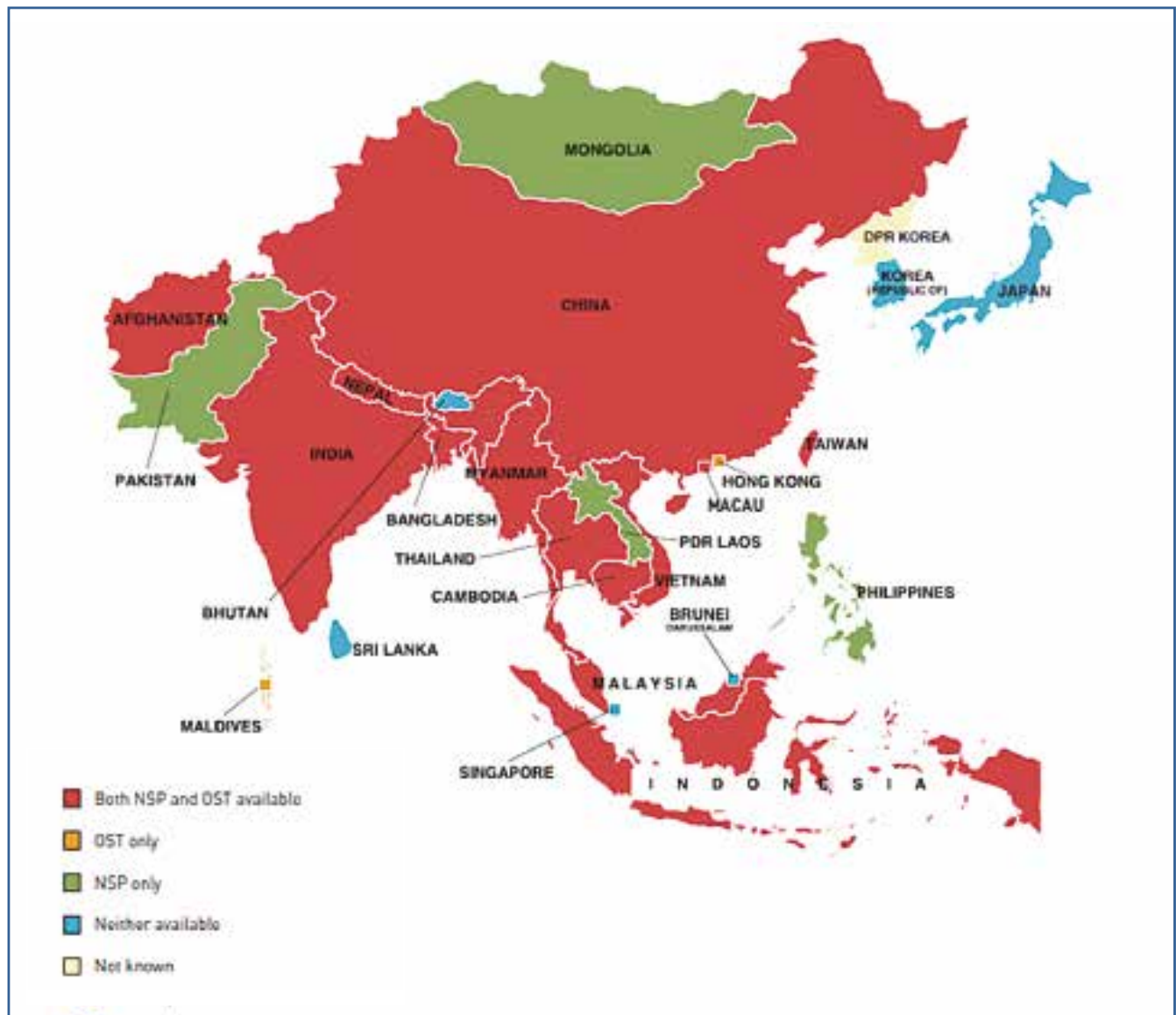
Sebagian besar negara di Asia memberikan OST dan/atau NSP, yang merupakan intervensi pengurangan dampak buruk yang berperan penting dalam pencegahan HIV dan virus melalui darah lainnya (**lihat Gambar 1 di bawah**). Namun, aksesibilitas pengguna narkoba suntik pada intervensi pengurangan dampak buruk ini di seluruh wilayah tidak memadai.<sup>47</sup>

Ketiga, dalam konteks kriminalisasi, penyalahgunaan kekuasaan yang dilakukan oleh aparat penegak hukum terhadap penggunanarkoba merupakan hal yang umum.<sup>48</sup> Penyalahgunaan ini termasuk di antaranya pemerasan dan pengebakan, kekerasan dan pelecehan. Penyalahgunaan kekuasaan oleh kepolisian menggiring pengguna narkoba jauh dari akses kesehatan yang menyelamatkan nyawa juga dari layanan perawatan sosial.<sup>49</sup>

Selanjutnya, kriminalisasi pengguna narkoba telah meningkatkan populasi penjara, yang menciptakan tekanan tambahan pada anggaran pemerintah. Di banyak negara, sebagian besar populasi penjara nasional terdiri dari orang-orang yang dalam masa penahanan pra-sidang atau dipenjara karena penggunaan narkoba atau pelanggaran ringan yang berhubungan dengan narkoba. Proporsi populasi penjara yang dikarenakan pelanggaran yang berhubungan dengan narkoba diperkirakan mencapai angka 60% di Indonesia,<sup>51</sup> 50% di Filipina,<sup>52</sup> 64% di Thailand,<sup>53</sup> dan 70% di Myanmar.<sup>54</sup> Dalam beberapa kasus, tingkat pemenjaraan tinggi dan kepadatan yang dihasilkan menyebabkan krisis dalam sistem peradilan pidana. Fasilitas penjara yang penuh sesak juga menyebabkan lingkungan berisiko tinggi untuk penularan HIV, hepatitis C dan TBC, dengan implikasi kesehatan publik seluruh komunitas.<sup>55</sup>

Pada akhirnya, kriminalisasi pengguna narkoba telah menimbulkan nilai keamanan sosial yang cenderung negatif. Pemerintah menginvestasikan sumber daya manusia dan keuangan yang signifikan pada kepolisian, penuntutan dan pemenjaraan pelaku pelanggaran

**Gambar 1** Peta ketersediaan NSP dan OST di Asia<sup>50</sup>



tingkat rendah, daripada berfokus pada operasi perdagangan tingkat tinggi dan kejahatan terorganisir. Penghapusan hukuman pidana yang berlaku bagi penggunanarkotika akan memungkinkan lebih banyak sumber daya untuk diinvestasikan pada perawatan kekerasan, korupsi dan pencucian uang yang terkait dengan pasokan narkotika terlarang ilegal.

### **Dekriminalisasi pelanggaran narkotika lainnya: budi daya untuk tujuan swasembada**

Meskipun fokus utama dari laporan ini adalah dekriminialisasi penggunaan narkotika, perlu dicatat bahwa ada juga argumen HAM yang kuat dalam mendukung dekriminialisasi aspek lain dari pasar narkotika.

Misalnya, kerangka hukum yang ada saat ini menerapkan hukuman berat pada penanam swasembada skala kecil yang terlibat dalam budi daya tanaman yang ditujukan untuk pasar narkotika. Orang-orang ini umumnya terlibat dalam budi daya tanaman terlarang untuk membeli makanan, pakaian dan untuk mengakses kesehatan dasar serta pendidikan. Hal tersebut merupakan kasus-kasus yang lazim di Asia, di mana budi daya opium sangat terkait dengan kemiskinan. Di wilayah 'Segitiga Emas' di Asia Tenggara, sebagian besar rumah tangga yang terlibat dalam budi daya opium adalah petani swasembada yang miskin dari populasi etnis minoritas yang tinggal di daerah pegunungan terpencil. Mereka bercocok tanam opium sebagai tanaman tunai untuk memecahkan kekurangan pangan dan membayar biaya kesehatan dan

pendidikan (opium juga digunakan secara tradisional, sebagai narkotika).<sup>56</sup> Kriminialisasi petani swasembada memperburuk situasi mereka dari kemiskinan dan kerentanan, tanpa mengatasi akar penyebab keterlibatan mereka di pasar narkotika, atau menawarkan alternatif hukum untuk kelangsungan hidup mereka.

### **Kotak 1 Vietnam: kebijakan yang inovatif untuk orang-orang yang membudidayakan narkotika untuk keperluan swasembada**

Vietnam memberikan contoh pendekatan yang fleksibel pada pembuatan kebijakan budi daya narkotika. Budi daya tanaman yang ditujukan untuk pasar gelap narkotika tetap menjadi salah satu tindak pidana di negara ini. Namun, budi daya opium poppy memiliki sejarah panjang di antara populasi etnis Vietnam. Oleh karena itu, hukum memberikan beberapa kelonggaran terhadap petani. Tanggung jawab pidana hanya dikenakan pada mereka yang kembali ke budi daya setelah menjadi subyek dari beberapa tindakan non-penahanan, termasuk pendidikan, dukungan keuangan dan teknis untuk budi daya tanaman alternatif, serta pengenaan denda atau peringatan. Catatan dari sanksi administratif sebelumnya diperlukan sebelum seorang petani dihukum karena melakukan tindak pidana, dan menghadapi hukuman penjara.<sup>57</sup>

## 2.2 Prinsip-prinsip kunci dari dekriminialisasi

Beragam model yang berbeda dari dekriminialisasi telah dikembangkan dalam skala dunia.<sup>58</sup> Pendekatan dekriminialisasi dapat mencapai aspek kesehatan, keamanan dan sosial yang positif jika dilaksanakan dengan **berbasis pembuktian ilmiah**, dan didasarkan pada prinsip-prinsip **kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk, hak asasi manusia** serta **inklusi sosial**.

### Pembuktian Ilmiah

Kebijakan narkoba harus didasarkan pada bukti terkuat. Pemerintah harus mendasarkan keputusannya pada penilaian obyektif dari bukti dampak hukum, kebijakan dan praktik, dengan mempertimbangkan faktor-faktor antara lain:

- biaya relatif dan efektivitas biaya dari pendekatan-pendekatan yang berbeda untuk kontrol narkotika.
- perbedaan antara kebutuhan kelompok yang memiliki ketergantungan pada narkotika dibandingkan dengan mereka yang menggunakan narkotika sesekali atau untuk tujuan rekreasi. UNODC telah melaporkan bahwa hanya sekitar 10% dari semua pengguna narkoba mengalami ketergantungan narkotika.<sup>59</sup> Sebagai hasilnya, hanya sebagian kecil dari para pengguna narkoba yang memerlukan dan bisa mengambil manfaat dari terapi ketergantungan narkotika.
- kebutuhan untuk menawarkan berbagai pilihan perawatan ketergantungan narkotika, meliputi detoksifikasi, rehabilitasi, perawatan psikologis dan dukungan kelompok. Bukti menunjukkan bahwa pengobatan dan perawatan harus disesuaikan dengan keadaan individu, dan mempertimbangkan perbedaan kesehatan dan dampak sosial dari narkotika yang berbeda, daripada memaksakan pendekatan 'satu-ukuran-untuk-semua'.<sup>60</sup> Sebagaimana dijelaskan dalam **bab 2.6**, CCDU bukan merupakan bentuk perawatan berbasis bukti dan karena itu harus segera dihapuskan.

### Kesehatan masyarakat dan pengurangan dampak buruk

Pengurangan dampak buruk mengacu pada 'kebijakan, program dan praktik-praktik yang tujuan utamanya untuk mengurangi pengerusakan kesehatan, sosial dan konsekuensi ekonomi dari penggunaan narkotika psikoaktif legal dan ilegal tanpa harus mengurangi konsumsi narkotika'.<sup>61</sup> Hal ini merupakan pendekatan yang menguntungkan penggunaan narkotika, keluarga mereka dan juga masyarakat.

Dekriminalisasi seharusnya dilihat sebagai bagian dari pendekatan pengurangan dampak buruk; kunci untuk menciptakan lingkungan yang memungkinkan untuk penyediaan intervensi kesehatan masyarakat bagi pengguna narkoba. Pada tahun 2009, WHO, UNODC dan UNAIDS merekomendasikan paket komprehensif berisi sembilan intervensi penurunan risiko berdasarkan

bukti ilmiah dari efektifitas pencegahan penyebaran HIV, sebagai tambahan untuk mengurangi bahaya lain yang terkait dengan penggunaan narkoba.<sup>62</sup> Sembilan intervensi tersebut kembali ditegaskan oleh WHO dalam pedoman yang dirilis pada tahun 2014, yang kemudian merekomendasikan pelaksanaan langkah-langkah pencegahan overdosis.<sup>63</sup>

1. NSP
2. OST dan pengobatan ketergantungan narkotika lainnya
3. Tes HIV dan konseling
4. Terapi antiretroviral
5. Pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual
6. Distribusi kondom
7. Informasi, pendidikan dan komunikasi dengan target
8. Vaksinasi, diagnosis dan perawatan hepatitis viral
9. Pencegahan, diagnosis dan pengobatan tuberkulosis.

Aliansi HIV/AIDS internasional telah memperluas paket ini untuk mencakup juga: pelayanan kesehatan dasar (termasuk pencegahan dan penanganan overdosis); layanan untuk orang-orang yang memiliki ketergantungan pada narkotika atau menggunakan narkoba di penjara atau ruang tahanan; advokasi; dukungan psikososial; akses terhadap keadilan dan layanan hukum; program anak-anak dan pemuda; dan pengembangan mata pencaharian atau penguatan ekonomi.<sup>64</sup> IDPC juga telah mengusulkan satu set tambahan intervensi pengurangan dampak buruk, termasuk: jasa pemeriksaan narkotika, distribusi alat untuk penggunaan merokok, fasilitas untuk mengkonsumsi narkoba yang terawasi, serta layanan dukungan sosial (yang mungkin termasuk aspek perumahan, tempat tinggal dan pekerjaan).<sup>65</sup> Langkah-langkah tambahan khusus yang ditujukan untuk mengurangi bahaya yang berkaitan dengan penggunaan stimulan tipe *amphetamine* baru-baru ini dikembangkan oleh *Harm Reduction International*.<sup>66</sup>

Manfaat kesehatan dari pengurangan dampak buruk termasuk di dalamnya pengurangan angka penyakit dan kematian, dengan mencegah penularan HIV dan virus darah lainnya, mengurangi kematian akibat overdosis dan meningkatkan akses ke layanan kesehatan termasuk layanan terapi narkotika. Intervensi pengurangan dampak buruk seperti NSP dan OST terbukti efektif di biaya ketika diaplikasikan dalam skala nasional, dengan penghematan signifikan yang dihasilkan untuk anggaran kesehatan nasional (lihat, misalnya, analisis laba atas investasi dari program pengurangan dampak buruk di Malaysia dan Tiongkok).<sup>67</sup>

### Hak asasi manusia

Di bawah hukum hak asasi manusia internasional, negara-negara anggota PBB diwajibkan untuk menghormati,



melindungi dan memenuhi hak kesehatan bagi semua orang, tanpa diskriminasi – sebagaimana dijamin dalam sejumlah instrumen hukum internasional, khususnya *Kovenan Internasional mengenai Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya*.<sup>68</sup>

Kriminalisasi pengguna narkoba adalah pelanggaran langsung dari hak atas kesehatan. Ketakutan hukuman pidana menghalangi penggunaan narkoba untuk mengakses layanan kesehatan dan pengobatan, dan meningkatkan kerentanan mereka terhadap kekerasan, diskriminasi dan kerusakan kesehatan yang serius. Kriminalisasi penggunaan narkoba menempatkan orang pada risiko penyiksaan, kerja paksa dan perlakuan buruk dan juga melanggar hak asasi manusia untuk otonomi, privasi, pekerjaan, pendidikan dan kebutuhan atas perumahan.<sup>69</sup> Hak-hak ini semua diakui hukum internasional, termasuk dalam *Kovenan Internasional tentang Hak-hak Sipil dan Politik*.<sup>70</sup>

Pembatasan hak asasi manusia dapat dibenarkan, tetapi hanya jika mereka memenuhi kriteria 'tujuan yang sah', 'proporsional', 'keharusan', dan 'non-diskriminasi'.<sup>71</sup> Dengan pemahaman bahwa upaya perlindungan kesehatan adalah visi pemerintah yang sah, kriminalisasi penggunaan narkoba sebenarnya telah memperburuk kerusakan kesehatan baik bagi penggunanarkoba maupun masyarakat luas dan karena itu tidak dapat dibenarkan dalam kerangka hak asasi manusia internasional. Bukti menunjukkan bahwa pendekatan yang tidak intrusif dan lebih manusiawi dan efektif dibandingkan kriminalisasi dapat diterapkan untuk mengurangi bahaya yang terkait dengan penggunaan narkoba, sementara menegakkan hak atas kesehatan penggunanarkoba – ini mencakup penyediaan pengurangan dampak buruk dan dukungan sosial, serta penanganan ketergantungan narkoba berbasis bukti (lihat prinsip di atas pada '**kesehatan masyarakat dan pengurangan dampak buruk**').

### Inklusi (keterlibatan) sosial

Meskipun penggunaan narkoba merupakan fenomena global, bahaya narkoba dan ketergantungan narkoba sering terkonsentrasi di kalangan kelompok paling miskin dan paling termarginalkan – sebab pengucilan sosial, kemiskinan dan kondisi hidup yang keras bisa menjadi faktor utama yang berkontribusi pada ketergantungan narkoba.<sup>72</sup> Oleh karena itu inklusi sosial menjadi penting secara fundamental.

Pendekatan yang berfokus pada penghukuman dan sanksi pidana terhadap penggunanarkoba memiliki efek pencegahan yang kecil, dan menghapus orang dari pengaruh sosial yang positif sambil meningkatkan keterpaparan mereka terhadap risiko kesehatan dan kelompok-kelompok kriminal. Tindakan keras oleh kepolisian dapat memaksa penggunanarkoba untuk tetap tersembunyi, sehingga sulit bagi program kesehatan dan sosial untuk menjangkau mereka.<sup>73</sup> Demikian pula, kampanye media yang memberi stigma buruk pada penggunanarkoba dan kebijakan yang mendorong masyarakat melaporkan penggunanarkoba kepada

kepolisian juga memaksa pengguna narkoba memilih jalur bawah tanah. Akhirnya, orang-orang dengan catatan kriminal karena pelanggaran narkoba sering dikeluarkan dari pendidikan atau peluang pekerjaan, dan dengan demikian terpaksa terkirim ke sektor ekonomi 'informal' hingga ilegal.

Dekriminalisasi dapat berperan positif dalam mempromosikan inklusi sosial dengan mengurangi stigma dan menghilangkan hambatan akses ke pelayanan kesehatan, pendidikan dan pekerjaan. Kebijakan narkoba harus dirancang untuk menguntungkan masyarakat yang rentan, terutama pengguna dan pecandu narkoba, dan bukan mengasingkan mereka atau memperburuk marginalisasi mereka. Dalam implementasi dekriminialisasi penggunaan narkoba, kelompok-kelompok yang memerlukan perhatian khusus termasuk orang dengan HIV, hepatitis dan/atau tuberkulosis, serta orang-orang dengan kebutuhan spesifik mental dan fisik lainnya, orang-orang dengan disabilitas, remaja, wanita (terutama wanita hamil), pekerja seks, migran, pencari suaka dan pengungsi, tunawisma dan kelompok marginal lainnya.<sup>74</sup> Misalnya, wanita penggunanarkoba melaporkan diskriminasi dalam berbagai bidang termasuk dalam kaitannya dengan peran mereka sebagai ibu hamil maupun sebagai ibu, seperti keterbatasan akses untuk kontrasepsi atau layanan kesehatan, pemaksaan aborsi, dan penolakan akses ke anak-anak.<sup>75</sup>

### Kotak 2 Keterlibatan penggunanarkoba dalam pengembangan kebijakan

Jaringan Pengguna Narkoba Asia (ANPUD) adalah jaringan regional yang beroperasi di tingkat akar rumput dan telah membuat tuntutan yang kuat untuk langkah dekriminialisasi.<sup>76</sup> ANPUD telah meminta pemerintah, PBB dan lembaga donor untuk mempromosikan, memberi fasilitas dan mendukung secara finansial partisipasi signifikan dari penggunanarkoba dan kelompok masyarakat perdata di forum lokal, nasional, regional dan global yang berkaitan dengan kebijakan narkoba.<sup>77</sup>

Beberapa negara di Asia juga memiliki jaringan nasional penggunanarkoba (misalnya India, Indonesia, Myanmar dan Nepal) yang terkait dengan swadaya lokal dan kelompok-kelompok advokasi pengguna (atau mantan pengguna) narkoba. Jaringan-jaringan dan organisasi ini merupakan sumber daya yang berharga bagi pemerintah untuk berusaha menerapkan layanan sukarela dan berbasis hak asasi bagi pengguna narkoba.

Transparansi, akuntabilitas dan partisipasi pengguna narkoba dalam proses pengambilan kebijakan adalah kunci untuk memastikan inklusi sosial. Berbagai pihak yang berkepentingan harus terlibat dalam pengembangan kebijakan dan implementasi program, pelaksanaan dan evaluasi. Prinsip inklusi sosial mengharuskan keterlibatan semua pihak dalam keputusan yang mempengaruhi mereka. Kelompok masyarakat perdata dan organisasi

berbasis masyarakat dapat memastikan bahwa penyusunan kebijakan sudah didasari oleh informasi yang baik dalam kaitannya dengan realitas pasar narkoba. Oleh karena itu pemerintah harus membangun hubungan yang terbuka dan konstruktif dengan masyarakat yang terkena dampak kebijakan narkoba, terutama jaringan penggunanarkoba dan organisasi masyarakat perdata, dalam desain dan pengiriman pendekatan dekriminialisasi.

## 2.3 Pengalaman praktik terbaik dari dekriminialisasi di penjuru dunia

Bagian ini menjelaskan pengalaman negara dalam melaksanakan dekriminialisasi yang konsisten dengan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk, hak asasi manusia dan inklusi sosial. Seperti yang akan dijelaskan di bawah, dekriminialisasi dapat berlaku untuk semua narkotika, atau terbatas pada narkotika tertentu. Dekriminalisasi dapat dicapai melalui salah satu dari dua pendekatan ini:

- **Dekriminalisasi *de jure***: hukuman pidana secara resmi dihapus dari hukum melalui reformasi hukum.
- **Dekriminalisasi *de facto***: hukuman pidana tetap diatur dalam ketentuan hukum, tetapi dalam praktiknya hukuman pidana tidak diberlakukan atau tidak diterapkan.

### 2.3.1 Dekriminalisasi *de jure*

Dekriminalisasi *de jure* mengharuskan perubahan atau pencabutan undang-undang untuk menghapus hukuman pidana bagi:

- penggunaan narkotika
- kepemilikan dan budi daya narkotika untuk penggunaan pribadi, dan
- kepemilikan peralatan penggunaan narkotika (misalnya jarum suntik, dan perlengkapan lainnya seperti kapas, sendok, filter dan ampul air).

Berdasarkan pendekatan dekriminialisasi *de jure*, sanksi perdata atau administratif (non-kriminal) dapat ditegakkan, seperti denda. Oleh karena itu, selain menghapus hukuman pidana, undang-undang juga perlu dikembangkan guna menjabarkan hukuman perdata atau administratif baru. Alternatif lain adalah tidak adanya sanksi sama sekali untuk penggunaan narkotika dan kepemilikan atau budi daya untuk penggunaan pribadi, melainkan merujuk ke program perawatan, pelayanan kesehatan dan sosial atas dasar sukarela.

#### Model dekriminialisasi tanpa sanksi

Uruguay telah mengadopsi model dekriminialisasi di mana hukum tidak memaksakan sanksi (pidana atau administratif) untuk penggunaan narkotika atau kepemilikan dalam 'kuantitas wajar' untuk penggunaan pribadi.<sup>78</sup> Namun, sanksi pidana berlaku dalam kasus orang yang memproduksi narkotika, bahkan jika narkotika ini diproduksi untuk konsumsi orang itu sendiri.

#### Model dekriminialisasi dengan sanksi perdata atau administratif

Dalam banyak model dekriminialisasi *de jure*, penggunaan atau kepemilikan narkotika diperlakukan sebagai pelanggaran perdata atau administratif, bukan sebagai tindakan kriminal. Sanksi non-pidana dalam yurisdiksi yang berbeda meliputi: denda, hukuman pelayanan sosial, peringatan formal, perawatan wajib atau konseling dan sesi pendidikan, penahanan izin mengemudi atau lisensi profesional dan kewajiban pengujian narkotika.<sup>79</sup>

Negara yang menganggap penggunaan narkotika atau kepemilikan narkotika dalam jumlah kecil untuk penggunaan pribadi merupakan suatu pelanggaran administrasi, bukan tindak pidana, termasuk di dalamnya Republik Ceko, Portugal, Jerman, Estonia, Spanyol dan Swiss. Beberapa negara telah mereformasi kebijakan narkotika mereka untuk menggantikan sanksi pidana dengan sanksi administrasi untuk ganja, tetapi tidak pada narkotika lain (misalnya beberapa negara bagian Australia).<sup>80</sup>

### Kotak 3 Membandingkan berbagai model yang berbeda dari dekriminialisasi

Model-model dekriminialisasi yang dijalankan di seluruh dunia bervariasi. IDPC telah mengembangkan alat elektronik (e-tool), yang memetakan bagaimana model ini bekerja dalam praktiknya, menggambarkan kerangka kinerja hukum mereka, peran kepolisian, proses peradilan atau administratif, sanksi yang berlaku (jika ada), dan contoh negara untuk menggambarkan setiap model. Alat tersebut memungkinkan perbandingan berbagai model dekriminialisasi. Hal ini dapat dilihat di: <http://decrim.idpc.net>.

### Kotak 4 Pendekatan praktik terbaik untuk dekriminialisasi

Sebuah model praktik terbaik dari dekriminialisasi adalah salah satu di mana kebijakan berubah untuk menghapus semua hukuman (yaitu penghapusan semua sanksi perdata atau administratif serta sanksi pidana). Ini merupakan salah satu kondisi di mana tidak ada sanksi apapun yang berlaku bagi penggunaan narkotika, kepemilikan atau budi daya narkotika untuk penggunaan pribadi, atau kepemilikan alat untuk penggunaan narkotika peralatan. Namun, pembatasan dapat diberlakukan untuk mengatur kegiatan tersebut dalam keadaan terbatas seperti penggunaan narkotika di ruang publik.

Untuk memaksimalkan hasil dari aspek kesehatan masyarakat, ketika dekriminialisasi diimplementasikan pemerintah harus mengalokasikan sumber daya untuk memastikan bahwa aspek kesehatan berbasis bukti, pengurangan dampak buruk dan dukungan layanan yang tersedia dan dapat diakses oleh semua pengguna narkotika.

Kombinasi dari reformasi hukum dan langkah-langkah kesehatan merepresentasikan praktik terbaik untuk pendekatan untuk dekriminialisasi yang berbasis bukti dan konsisten dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan inklusi sosial.

**Tabel 2 Pengalaman Internasional pada dekriminialisasi *de jure***

	Kerangka hukum	Otoritas kepolisian	Proses yudisial atau administrasi	Sanksi untuk penggunaan narkoba	Contoh negara
<b>Penggunaan narkoba atau kepemilikan bukan merupakan pelanggaran hukum</b>	Pemilikan atau penggunaan bukan pelanggaran hukum; hukum membedakan antara penggunaan pribadi dan niat untuk memasok	kepolisian tidak memiliki kewenangan untuk menahan warga selama tidak ditemukan indikasi niat untuk memasok	Tidak ada tindakan lebih lanjut dalam tidak adanya indikasi niat untuk memasok	Penyitaan narkotika atas jumlah yang melebihi keperluan untuk penggunaan pribadi	Uruguay
<b>Diskresi di kepolisian</b>	Kepemilikan bukan merupakan tindak pidana melainkan merupakan pelanggaran administratif	Polisi dapat menentukan sifat pelanggaran - jika dianggap kepemilikan saja, sanksi dapat diterapkan di tempat, jika tidak maka menggunakan sistem rujukan ke pengadilan pidana	Tidak ada tindakan lebih lanjut dalam tidak adanya indikasi niat untuk memasok	Penyitaan; peringatan atau denda	Spanyol, beberapa negara bagian Australia (hanya untuk ganja)
<b>Ketetapan administratif</b>	Kepemilikan bukan merupakan tindak pidana melainkan merupakan pelanggaran administratif	Polisi dapat menahan warga yang memiliki narkotika kemudian merujuk mereka ke sebuah badan administratif; proses peradilan pidana hanya ditempuh jika ada kecurigaan adanya niat untuk memasok	Badan perdata atau administratif menentukan intervensi kesehatan dan sosial yang tepat	Penyitaan; peringatan atau denda; rujukan pengobatan; sanksi administratif lainnya	Portugal, Republik Ceko
<b>Keputusan peradilan pidana</b>	Kepemilikan bukan merupakan tindak pidana melainkan merupakan pelanggaran administratif	Polisi dapat menahan warga yang memiliki narkotika tetapi tidak memiliki kewenangan untuk menentukan sifat pelanggaran. Kasus ini dirujuk oleh kepolisian kepada kejaksaan atau pengadilan	Otoritas kehakiman (termasuk kejaksaan negara bagian) menentukan apakah kasus tersebut termasuk dalam parameter hukum dinilai untuk penggunaan pribadi	Penyitaan; peringatan atau denda; rujukan pengobatan; sanksi administratif lainnya	Jerman, Estonia, Argentina (diusulkan)

Pendekatan ini bisa efektif jika konsekuensi dari sanksi administratif berada dalam skala hukuman yang ringan (seperti denda ringan atau penyitaan narkotika, bukan penahanan). Pengenaan sanksi administratif dan bukan

hukuman pidana dapat memberikan manfaat anggaran dengan menghindari biaya proses peradilan pidana, termasuk penahanan pra-sidang, sidang pengadilan hingga pemenjaraan. Fakta bahwa individu tidak menerima

catatan kriminal juga bermanfaat untuk prospek pekerjaan, pendidikan dan kebutuhan papan masa depan.

Namun demikian, di mana sanksi administrasi diterapkan, kewaspadaan perlu dilakukan untuk memastikan bahwa hukuman tidak membentuk pengucilan atau eksklusivitas sosial pada penggunanarkotika. Beberapa negara memberlakukan denda (termasuk denda di tempat yang dikeluarkan oleh kepolisian) karena kepemilikan narkotika untuk penggunaan pribadi. Jika sistem denda terpaksa harus diadopsi, maka sistem harus diterapkan pada tingkat yang wajar dan tidak mengakibatkan pemenjaraan bagi yang tidak mampu membayar denda. Bentuk lain dari hukuman perdata, seperti penyitaan paspor atau

penangguhan Surat Ijin Mengemudi (SIM), seharusnya dihindari karena dapat menimbulkan dampak negatif dan tidak proporsional pada kehidupan seseorang, termasuk kesempatan kerja.

### Dekriminalisasi *de jure* di Asia

Tiongkok dan Vietnam telah menghapus sanksi pidana bagi penggunaan narkoba, namun telah menggantinya dengan sanksi administratif yang sangat punitif seperti penahanan di CCDUs. Di Laos, kepemilikan narkoba dalam jumlah yang sangat kecil telah dilegalkan, tapi penggunanarkotika diarahkan untuk pengobatan wajib dan dapat dipenjara jika kasusnya tergolong sebagai kasus ketergantungan narkoba. Ini tidak mewakili model dekriminialisasi

#### Kotak 5 Portugal: Contoh praktik yang baik skala global dalam dekriminialisasi *de jure*

Portugal melakukan dekriminialisasi terhadap kepemilikan semua narkotika dalam jumlah kecil pada tahun 2001. Kepemilikan pasokan narkotika kurang dari 10 hari<sup>81</sup> untuk penggunaan pribadi adalah pelanggaran administrasi, bukan tindak pidana. Pertama kali pelaku terdeteksi, secara umum tidak ada tindakan yang diambil. Nama orang dicatat oleh otoritas dan setelah enam bulan nama mereka dihapus dari catatan. Namun, jika orang tersebut terdeteksi dengan narkotika pada kesempatan kedua dalam jangka waktu enam bulan, kasus ini dirujuk ke sebuah komisi di tingkat kabupaten yang terdiri atas tiga orang, termasuk petugas kesehatan dan pekerja sosial. Komisi kemudian memutuskan apakah akan merujuk warga kepada layanan kesehatan dengan mengenakan sanksi administrasi atau tidak mengambil tindakan lebih lanjut.

Anggota komisi fokus pada pendekatan kesehatan untuk merancang rencana individual yang memenuhi kebutuhan kesehatan dan sosial termasuk rujukan ke perawatan, layanan pengurangan dampak buruk dan pelayanan sosial. Panel pemberian sanksi dapat diberlakukan termasuk di dalamnya ketetapan perawatan bagi mereka yang memiliki ketergantungan pada narkotika, yang ketetapan untuk melapor kepada Panel secara rutin, memberikan tugas pelayanan sosial, penangguhan SIM atau lisensi lain, atau, sebagai upaya terakhir, mengeluarkan denda administrasi. Orang-orang yang memiliki ketergantungan pada narkotika didorong untuk mencari pengobatan, tapi jarang diberikan sanksi jika mereka memilih untuk tidak hadir. Tujuan dari komisi adalah untuk mendorong orang-orang yang memiliki ketergantungan untuk masuk atau tetap mengikuti dalam program terapi narkotika secara sukarela.<sup>82</sup>

Evaluasi dari model yang dilakukan oleh Portugal mengkonfirmasi hasil kesehatan secara positif termasuk penurunan penggunaan heroin, peningkatan penggunaan layanan terapi narkotika, dan penurunan kematian yang berhubungan dengan penggunaan narkoba dan ting-

kat HIV dan hepatitis C. Angka tahunan kasus HIV baru berkurang secara signifikan, dari 1.016 pada tahun 2001 menjadi 56 di tahun 2012. Kematian yang terkait dengan penggunaan narkoba menurun dari 80 pada tahun 2001, menjadi 16 pada tahun 2012.<sup>83</sup>

Dekriminalisasi juga telah mengurangi tekanan pada sistem peradilan pidana.<sup>84</sup> Terdapat penurunan jumlah orang yang ditangkap dan diadili di pengadilan pidana karena kejahatan narkoba dari lebih dari 14.000 pada tahun 2000, menjadi sekitar 5.500-6.000 per tahun setelah dekriminialisasi.<sup>85</sup> Pendekatan ini juga memberi kelonggaran pada sumber daya peradilan pidana agar dapat mengatasi perdagangan narkoba tingkat tinggi dan kejahatan terorganisir. Proporsi orang yang melakukan kejahatan di bawah pengaruh narkoba atau untuk mendanai penggunaan narkoba dalam populasi penjara menurun dari 44% pada tahun 1999, hingga mencapai di bawah 21% pada tahun 2012.<sup>86</sup>

Pendekatan Portugal dianggap sebagai model dekriminialisasi yang sukses karena pemerintah berinvestasi pada pengobatan, pengurangan dampak buruk dan program reintegrasi sosial bagi penggunanarkotika sebagai penerapan reformasi hukum. Pada saat yang sama dana untuk kesehatan dan pelayanan sosial meningkat, penggunanarkotika menjadi lebih bersedia untuk mengakses layanan kesehatan karena efek berkurangnya stigma yang dihasilkan dari upaya dekriminialisasi.<sup>87</sup> Sejak berhasilnya dekriminialisasi, belum ada peningkatan penggunaan narkoba; pada kenyataannya, penurunan penggunaan narkoba telah dilaporkan di kalangan anak muda berusia 15-24 tahun.<sup>88</sup> Sebuah studi tentang dampak dekriminialisasi pada harga narkoba di Portugal memberikan kesimpulan bahwa harga kokain dan heroin tidak menurun karena adanya dekriminialisasi.<sup>89</sup> Oleh karena itu, dekriminialisasi penggunaan narkoba tidak menyebabkan peningkatan ketersediaan narkoba karena penurunan harga narkoba.



yang sesuai dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan inklusi sosial. Ketidakefektifan penahanan administratif di CCDUs sebagai pembuat efek jera dan sebagai pengobatan penggunaan narkoba, dan bahaya yang terkait, dibahas dalam **bab 2.5**.

### 2.3.2 Dekriminalisasi *de facto*

Dekriminalisasi *de facto* mencapai hasil yang sama dengan dekriminialisasi *de jure* tetapi dicapai melalui keputusan kebijakan untuk tidak memberlakukan hukum pidana yang secara teknis tetap berlaku. Model-model terbaru dari dekriminialisasi *de facto* memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Penggunaan narkoba dan/atau kepemilikan untuk penggunaan pribadi adalah tindak pidana, tetapi kebijakan dan praktek kepolisian memungkinkan orang-orang yang menggunakan narkoba untuk terhindar dari hukuman pidana dan sanksi pidana.
2. Bukan melalui jalur penilaian pidana dan hukuman pidana, melainkan jalur yang ditempuh adalah:
  - tidak ada hukuman yang dijatuhkan; atau
  - diberlakukannya sanksi perdata atau administratif ringan; dan/atau

- pelanggar dialihkan ke pengobatan, kesehatan dan pelayanan sosial atau konseling dan pendidikan.

Sementara pencapaian dekriminialisasi melalui reformasi hukum mungkin membutuhkan waktu bertahun-tahun, dekriminialisasi *de facto* dapat dilaksanakan relatif lebih cepat melalui penyesuaian kebijakan secara pragmatis. Namun, karena tidak didukung oleh undang-undang, dekriminialisasi *de facto* dapat dengan mudah dipatahkan dengan keputusan untuk menerapkan hukum pidana yang telah ada.

Belanda memiliki pendekatan secara *de facto* dengan menempuh dekriminialisasi penggunaan ganja. Namun tetaplah merupakan pelanggaran bagi warga jika menanam, memasok dan memakai ganja di dalam negeri, tetapi sebagai suatu kebijakan pemerintah tidak menuntut penggunaan ganja dan pelanggaran kepemilikan.

Beberapa negara bagian Australia juga menerapkan pendekatan dekriminialisasi *de facto* pada kasus penggunaan narkoba melalui program diversifikasi oleh kepolisian. Sebuah sistem peringatan atau diversifikasi kepada pengobatan, pendidikan dan konseling dilakukan sebagai bentuk alternatif dari putusan pidana. Pendidikan dapat berupa penyediaan bahan-bahan tertulis, melalui telepon atau informasi tatap muka, pendidikan dan konseling.

## Kotak 6 Aspek tradisi, agama dan medis dalam penggunaan narkoba

Perihal dekriminialisasi sedang diperdebatkan di beberapa negara Asia dalam konteks zat yang telah digunakan selama berabad-abad dalam praktik keagamaan atau sebagai narkoba tradisional, termasuk ganja, opium dan kratom.

Beberapa kerangka hukum tidak mengkriminialisasi penggunaan tradisional narkoba tertentu. Misalnya, *UU Pengawasan Obat* tahun 2011 di Kamboja mengatur bahwa kejaksaan memiliki keleluasaan untuk membebaskan pelaku dari tuntutan jika pelanggaran yang dilakukan sehubungan dengan narkoba melibatkan sejumlah kecil saja dan **merupakan bagian dari tradisi adat**. Konsumsi dianggap 'adat' jika tidak mengakibatkan ketergantungan narkoba dan jika orang tersebut menggunakan zat sebagai bagian dari adat istiadat leluhur yang telah dipraktikkan selama jangka waktu yang panjang.<sup>90</sup>

India tidak mengkriminialisasi minuman yang terbuat dari **daun ganja ('bhang')**, yang digunakan dalam festival keagamaan Hindu.<sup>91</sup> Konsultasi yang diadakan pada tahun 2015 mengenai dekriminialisasi penggunaan narkoba di India merekomendasikan penghapusan sanksi pidana untuk konsumsi narkoba terkait tradisi adat:

*Pembedaan harus dilakukan antara zat yang menimbulkan potensi ketergantungan rendah dan yang secara tradisional telah digunakan dalam masyarakat India. Zat tersebut termasuk persiapan ganja (ganja, sulpha, dll) dan beberapa opioid berpotensi rendah (doda, bhukki, afeem, dll).<sup>92</sup>*

Proposal untuk melegalkan penggunaan ganja dalam aspek medis sedang dipertimbangkan secara aktif di India, di mana petugas-petugas kesehatan memimpin kampanye dalam mengadvokasi reformasi hukum sehingga ganja dapat digunakan dalam pengobatan kanker dan penyakit lainnya; dan di Filipina, di mana Kongres memperdebatkan undang-undang *Kewajaran Penggunaan Ganja dalam Medis*.<sup>93</sup> Beberapa negara di daerah lain telah mengesahkan ganja untuk keperluan medis (misalnya Republik Ceko, Israel dan lebih dari 20 negara bagian AS).

Di Nepal dan Bangladesh, kepolisian memberikan toleransi **kepemilikan ganja untuk keperluan keagamaan** (yang bukan untuk kepentingan komersial) selama festival tertentu misalnya festival Shivarati di Nepal.<sup>94</sup>

**Kratom** adalah tanaman asli di Asia Tenggara yang digunakan sebagai narkoba anti-diare, pereda batuk, anti-diabetes, narkoba cacingan dan narkoba oles luka.<sup>95</sup> Kratom adalah zat yang dikendalikan di Thailand, Myanmar dan Malaysia. Di Myanmar dan Thailand, jumlah penangkapan yang berhubungan dengan kratom meningkat dua kali lipat antara tahun 2007 dan 2011.<sup>96</sup> Pada tahun 2013, Menteri Kehakiman Thailand mengumumkan bahwa departemennya sedang mempertimbangkan langkah dekriminialisasi kratom, namun zat tersebut tetap dikendalikan. Kelompok masyarakat perdata Thailand terus mengadvokasi dekriminialisasi kratom.<sup>97</sup>

**Tabel 3 Jenis dekriminalisasi *de facto*: pengalaman global**

	Kerangka hukum	Otoritas ke-polisian	Proses yudi-sial / admi-nistrasi	Sanksi bagi penggunaan narkoba	Contoh
<b>Tidak ada sanksi</b>	Kepemilikan adalah tindak pidana, namun kepolisian dan/atau jaksa penuntut diberikan instruksi untuk tidak terlibat yang didasari oleh diskresi kekuasaan	kepolisian tidak memiliki kewenangan untuk menahan warga selama tidak ditemukan indikasi niat untuk memasok	Tidak ada tindakan lebih lanjut jika tidak ditemukan indikasi niat untuk memasok	Penyitaan	Belanda (untuk ganja)
<b>Diversi oleh kepolisian</b>	Kepemilikan adalah tindak pidana tetapi kebijakan memberikan sanksi alternatif atas pemenjaraan	Kepolisian dapat menentukan sifat pelanggaran dan memutuskan sanksi (atau tidak ada sanksi), atau mengacu pada pejabat senior untuk penilaian khusus di kantor kepolisian	Tidak ada tindakan lebih lanjut jika tidak ditemukan indikasi niat untuk memasok	Penyitaan; peringatan atau denda; sanksi administratif lainnya. Rujukan ke perawatan, pengurangan dampak buruk dan pelayanan sosial juga ditawarkan	Beberapa kota di Amerika Serikat (Albany, Seattle, Santa Fe), beberapa negara bagian Australia
<b>Diversi di pengadilan pidana</b>	Kepemilikan adalah tindak pidana tetapi kebijakan / peraturan memberikan sanksi alternatif pada pemenjaraan	Kepolisian dapat menangkap warga terkait kepemilikan narkotika	Otoritas kehakiman memiliki keleluasaan untuk merujuk individu ke bagian pengobatan atau sanksi non-kriminal lainnya	Penyitaan; peringatan atau denda. Rujukan ke perawatan, pengurangan dampak buruk dan pelayanan sosial juga ditawarkan	Beberapa negara bagian di Australia dan Amerika Serikat

### Dekriminalisasi *de facto* di Asia

Tidak ada negara di Asia yang telah sepenuhnya melaksanakan dekriminalisasi *de facto* pada penggunaan narkoba atau kepemilikan untuk penggunaan pribadi sebagai kebijakan nasional. Meskipun demikian, di beberapa negara peraturan lokal dilakukan pada wilayah pengurangan dampak buruk tertentu di mana kepolisian telah sepakat untuk menghindari jalur penangkapan

penggunaan narkoba atau merujuk orang tersebut ke layanan kesehatan sebagai alternatif untuk penangkapan dan penuntutan. Komitmen kepolisian yang sedang berlangsung untuk menghindari penangkapan secara praktis beroperasi sebagai dekriminalisasi *de facto* versi lokal.

Di Filipina, misalnya, kepemilikan narkotika dan alat untuk penggunaan narkoba masih dikriminalisasi. Untuk mengaktifkan sebuah studi pada program percontohan

distribusi jarum suntik, sebuah desa tertentu (Barangay Kamagayan) ditunjuk oleh pemerintah daerah di Kota Cebu sebagai daerah di mana tidak ada penangkapan walaupun warga didapati memiliki alat untuk penggunaan narkoba. Namun, studi program percontohan dihentikan pada tahun 2015 setelah ada penentangan dari seorang senator.<sup>98</sup>

Demikian pula, di beberapa daerah di Kamboja, Tiongkok, Thailand dan Vietnam, mekanisme telah dibentuk untuk memastikan bahwa kepolisian bukan menangkap penggunanarkotika, melainkan merujuk mereka ke pelayanan kesehatan dan layanan pengurangan dampak buruk (lihat **bab 3.3** untuk rincian lebih lanjut).

Mekanisme dan pendekatan ini bisa memberi informasi mengenai pengembangan model dekriminalisasi de facto skala nasional di masa depan. Hal tersebut merepresentasikan langkah positif menuju pendekatan berbasis kesehatan masyarakat untuk penggunaan narkoba. Namun demikian, contoh seperti praktik di atas belum ditemukan yang mencapai target luar biasa dan masih sebatas yurisdiksi lokal tertentu.

Di beberapa negara di Asia, beberapa prosedur telah diperkenalkan untuk memungkinkan diversi beberapa pengguna narkoba dari sistem peradilan pidana menuju ke pengobatan dan layanan sosial (misalnya India dan Thailand), meskipun kasus kepemilikan narkoba dalam kuantitas berapapun tetap menjadi tindakan kriminal (lihat **bab 3.3** dan **bab 3.5**).

Namun, di semua negara tersebut, pendekatan kebijakan untuk narkoba secara keseluruhan masih sangat punitif, dengan kasus penggunaan narkoba dan/atau kepemilikan dan budi daya untuk penggunaan pribadi masih dikriminalisasi. Selain itu, kekerasan oleh pihak kepolisian masih banyak laporan terjadi di wilayah program pengurangan dampak buruk di Asia, dan dukungan politik untuk program pengurangan dampak buruk seringkali ambivalen. Kebijakan yang bertentangan dengan prinsip pengurangan dampak buruk tetap berlaku di beberapa negara, misalnya pemberian insentif yang mendorong penangkapan oleh kepolisian bagi penggunanarkotika bahkan di sekitar wilayah pengurangan dampak buruk dengan menetapkan kuota penangkapan (di Vietnam dan Tiongkok), dimasukkannya penangkapan kasus narkoba sebagai indikator kinerja utama (di Malaysia<sup>99</sup> dan Thailand), dan pelaporan wajib pengguna narkoba kepada otoritas oleh anggota keluarga, kenalan atau tetangga (di Tiongkok dan Indonesia).

Perlu ada reorientasi secara signifikan dari kebijakan narkoba nasional dan investasi baru dalam layanan pengurangan dampak buruk, pengobatan, kesehatan dan dukungan untuk menyediakan fondasi bagi model dekriminalisasi yang efektif dan sesuai dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan inklusi sosial.



## 2.4 Jumlah ambang batas yang efektif dalam model dekriminalisasi<sup>100</sup>

### Penggunaan ambang batas untuk dekriminalisasi kepemilikan dalam jumlah kecil

Banyak negara telah berhasil menerapkan dekriminalisasi dengan cara menentukan jumlah ambang batas untuk membedakan kepemilikan narkotika untuk penggunaan pribadi dengan kepemilikan untuk perdagangan atau pasokan. Seseorang yang ditemukan dalam kepemilikan jumlah narkotika di bawah ambang batas tidak dikenakan hukuman pidana, tetapi dapat dikenakan sanksi administrasi atau dialihkan ke pengobatan, pelayanan kesehatan dan pendidikan. Kuantitas ambang batas dapat diaplikasikan pada model dekriminalisasi *de facto* (di mana batasan dapat ditentukan oleh kebijakan pemerintah atau pedoman kepolisian) dan model dekriminalisasi *de jure* (di mana ambang batas ditentukan oleh undang-undang atau peraturan). Kuantitas ambang batas dapat didefinisikan dalam kaitannya dengan narkotika tertentu. Misalnya, **Tabel 4** menggambarkan kuantitas ambang batas yang ditetapkan di berbagai negara untuk dekriminalisasi kepemilikan ganja, yang sangat bervariasi, mulai dari 3 gram di Belgia hingga 200 gram di Spanyol.

Beberapa negara menentukan bahwa tidak ada hukuman pidana yang berlaku untuk kepemilikan jumlah yang cukup untuk penggunaan pribadi selama dalam jumlah

hari tertentu, berdasarkan dosis harian rata-rata (lihat contoh dari pendekatan ini di Spanyol dan Portugal pada **Tabel 5** di bawah).

### Perhatian pada penentuan jumlah ambang batas

Perlu dicatat bahwa penentuan ambang batas masih tergolong kontroversial dan beberapa negara memilih untuk tidak melakukannya, kemudian memilih mengacu ke istilah yang lebih luas yaitu 'jumlah kecil' dalam undang-undang atau pedoman tertentu. Hal ini memungkinkan kejaksaan atau hakim untuk menggunakan kebijaksanaan dalam menentukan apakah jumlah narkotika yang dimiliki dimaksudkan untuk penggunaan pribadi, dengan mempertimbangkan semua keadaan yang unik dari kasus tersebut - seperti sejarah panjang penggunaan narkotika dan rujukan ke layanan kesehatan dan layanan pengurangan dampak buruk.

Jumlah ambang batas dapat membantu jika bersifat memberi peluang kepolisian, kejaksaan dan pengadilan untuk secara jelas membedakan antara penggunaan narkoba tingkat rendah dengan keterlibatan tingkat tinggi di pasar narkotika dalam rangka menghasilkan laba. Namun, argumen menentang penentuan ambang batas melibatkan fakta bahwa metode yang telah dirancang

**Tabel 4** Dekriminalisasi kepemilikan ganja<sup>101</sup>

Negara	Kuantitas ambang batas untuk dekriminalisasi kepemilikan ganja (gram)
Spanyol	200
<b>Australia (bervariasi menurut Negara Bagian/Wilayah)</b>	
Australia Selatan	100
Wilayah Utara	50
Wilayah Ibu Kota Australia	25
Portugal	25
Kolombia	20
Republica Ceko	15
Ekuador	10
Paraguay	10
Swiss	10
Peru	8
Federasi Rusia	6
Meksiko	5
Belanda ( <i>de facto</i> )	5
Belgia	3

**Table 5 Penggunaan kuantitas ambang batas untuk dekriminialisasi kepemilikan narkotika untuk penggunaan pribadi**

<p><b>Jerman</b></p>	<p>Warga tidak dituntut dalam kasus kepemilikan sejumlah kecil narkotika, dengan nilai yang ditetapkan oleh kuantitas ambang batas. Definisi 'dalam jumlah kecil' bervariasi di tiap negara bagian di Jerman yang berbeda untuk zat yang berbeda. Berkenaan dengan ganja, batas ini bervariasi antara 6 hingga 15 gram; kisaran kokain adalah 1 hingga 3 gram. Beberapa negara bagian tidak memiliki hukum batas ambang melainkan melihat ke preseden hukum untuk menetapkan kuantitas ambang batasnarkotika.<sup>102</sup></p>
<p><b>Spanyol</b></p>	<p>Jika kepolisian menemukan warga yang memiliki pasokan senilai hingga 5 hari narkotika (200 gram ganja, 25 gram resin ganja, 2,4 gram ekstasi, 3 gram heroin, 7,5 gram kokain) orang tersebut bisa menghadapi sanksi administratif yang dikeluarkan oleh kepolisian. Sanksi tersebut dapat mencakup denda, penahanan SIM atau lisensi senjata api, atau hukuman ringan lainnya. Jika seseorang ditemukan dengan kuantitas di atas ambang batas, mereka akan ditindak di pengadilan atau badan keamanan lokal. Pengadilan atau badan keamanan akan mempertimbangkan berbagai faktor untuk menentukan apakah narkotika tersebut ditujukan untuk penggunaan pribadi atau untuk perdagangan, termasuk kuantitas narkotika, apakah orang tersebut adalah pengguna yang sebelumnya telah terdata, di mana narkotika yang ditemukan, bagaimana mereka disimpan, dan adanya sejumlah uang tunai.</p>
<p><b>Portugal</b></p>	<p>Kepemilikan untuk penggunaan pribadi dilegalkan. Namun, jika warga ditemukan memiliki narkotika senilai lebih dari pasokan 10 hari, orang tersebut akan dirujuk ke pengadilan pidana, di mana tuntutan pidana bisa dimunculkan. Ambang batas antara tindakan non-kriminal dan pasokan ditentukan sebagai berikut: 2,5 gram untuk minyak ganja; 5 gram untuk resin ganja; 25 gram untuk daun ganja; 1 gram untuk ekstasi dan heroin; dan 2 gram kokain.</p>
<p><b>Estonia</b></p>	<p>Kepemilikan untuk penggunaan pribadi dilegalkan. Namun, jika warga ditemukan memiliki lebih dari sepuluh kali dosis tunggal rata-rata pengguna, orang tersebut dapat dituntut untuk kasus pemasokan.<sup>103</sup></p>

oleh prinsip ambang batas cenderung *ad hoc* dan tidak transparan – menghasilkan jumlah yang sangat berbeda di berbagai negara, seperti yang disorot pada Tabel 4 pada dekriminialisasi kepemilikan ganja. Jumlah yang ditentukan dalam hukum atau kepolisian dan/atau pedoman kejaksaan harus didasarkan pada bukti realitas pasar narkotika, untuk meminimalkan jumlah pengguna narkotika yang dituntut. Ini harus mencakup pertimbangan atas pola penggunaan narkoba, jumlah narkotika yang dipakai per hari, dan pola pembelian.

Berbagai pengalaman di Asia dan daerah lain telah menunjukkan bahwa ambang batas yang ditentukan sangat rendah cenderung membingungkan antara kasus perdagangan dengan kasus kepemilikan untuk penggunaan pribadi. Misalnya, Laos memiliki sistem di mana orang yang kedapatan memiliki narkotika dalam jumlah kecil dapat dialihkan ke 'pengobatan' di CCDUs dan bukan dituntut. Namun, ketika ambang batas untuk menentukan jumlah kecil ditentukan sangat rendah pada tahun 2012 (0,2 gram untuk heroin, morfin, atau kokain, atau 0,3 gram untuk amfetamin, metamfetamin kristal, atau narkotika psikotropika lainnya),<sup>104</sup> ada peningkatan tajam jumlah tuntutan kasus kepemilikan narkoba, yang mengakibatkan peningkatan angka pemenjaraan.

Risiko lain yang terkait dengan ambang batas adalah fakta bahwa penggunaan narkoba yang memiliki jumlah yang lebih besar untuk penggunaan pribadi akan dianggap

terlibat dalam perdagangan narkoba. Ada banyak situasi di mana seseorang mungkin memiliki jumlah tertentu narkotika, tetapi dengan tidak ada niat untuk memasok. Misalnya, seseorang mungkin ingin membeli dalam jumlah besar untuk membatasi kontak dengan pasar gelap atau karena harga pembelian dalam jumlah partai besar lebih murah.

Oleh karena itu, jika pemerintah memilih untuk mengadopsi prinsip jumlah ambang batas, jumlah narkotika tidak seharusnya menjadi faktor *satu-satunya* atau faktor *utama* dalam membedakan antara kasus kepemilikan untuk penggunaan pribadi dan kasus kepemilikan untuk pasokan – ambang batas secara ideal harus bersifat *indikatif*. Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan keadaan individu juga harus dipertimbangkan, seperti riwayat ketergantungan narkotika, atau bahkan kepemilikan beberapa ponsel, uang dalam jumlah besar, narkotika yang dibagi menjadi paket-paket yang berbeda atau senjata api.

Ketika sebuah negara memutuskan untuk tidak menentukan batas jumlah tertentu, pedoman harus tersedia bagi kepolisian, kejaksaan dan hakim untuk membantu mereka dalam membedakan antara kepemilikan narkotika untuk penggunaan pribadi, dengan kepemilikan narkotika untuk pemasokan. Misalnya, pedoman tersebut bisa mengidentifikasi masalah dalam faktor motivasi dan peran pelaku dalam kaitannya dengan penyediaan narkotika untuk meraup keuntungan.

## Penyalahgunaan jumlah ambang batas di beberapa negara di Asia

Kuantitas ambang batas digunakan di negara-negara Asia di mana kepemilikan untuk penggunaan pribadi terus dikriminalisasi, dalam rangka untuk menentukan tingkat hukuman yang berbeda atau untuk menentukan apakah pelaku dapat diperintahkan untuk mengikuti program pengobatan wajib atau ditahan di CCDU. Misalnya, di Thailand jika seseorang ditangkap dalam kepemilikan kurang dari 0,1 gram heroin, 0,5 miligram methamphetamine, atau 5 gram ganja, hakim dapat

meneruskan kasus ini ke sebuah komite yang terdiri dari peradilan pidana dan tenaga medis untuk melakukan penilaian untuk penahanan narkoba wajib atau pengobatan sebagai alternatif dari pemenjaraan.<sup>105</sup> Vietnam juga memiliki sebuah sistem dimana penggunaan narkoba dirujuk ke 'pengobatan' di CCDU, tetapi tetap dapat dituntut dan dipenjarakan jika ditemukan dalam kepemilikan narkoba di atas ambang batas yang berlaku (0,1 gram heroin atau kokain, 2 gram zat lain dalam bentuk padat, atau 1 gram resin opium).<sup>106</sup>

## 2.5 Menghapus hukuman administratif yang berat bagi pengguna narkoba

Beberapa negara Asia telah menghapus hukuman pidana terhadap penggunanarkotika, tetapi mempertahankan sanksi administratif yang sangat punitif bagi pengguna narkoba, termasuk penahanan di CCDU (misalnya Tiongkok, Laos, Vietnam), kewajiban mendaftarkan diri bagi penggunanarkotika kepada lembaga penegak hukum, dan tes urin. Ini tidak merepresentasikan pendekatan dekriminalisasi yang konsisten dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan inklusi sosial. Menghapus hukuman administratif berat bagi pengguna narkoba sangat esensial untuk kemajuan dalam peralihan menuju model dekriminalisasi yang berdasarkan bukti ilmiah dan sesuai dengan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan hak asasi manusia.

### Tiongkok<sup>107</sup>

Meskipun Tiongkok telah menghapuskan hukuman pidana untuk penggunaan narkoba, sistem sanksi administratif yang berlaku tetap sangat keras. Hukum Anti-Narkoba 2008 Tiongkok menyediakan 'pengobatan berbasis komunitas' dan 'isolasi detoksifikasi wajib'. Ada persyaratan ketat untuk kewajiban mendaftarkan diri guna memungkinkannya pemantauan pengguna narkotika oleh kepolisian. Sifat keras baik pada 'pengobatan komunitas' maupun 'detoksifikasi terisolasi wajib' melemahkan efektivitas kebijakan dari sudut pandang respon kesehatan.<sup>108</sup>

Pihak kepolisian dapat memerintah warga yang ditahan karena penggunaan narkoba untuk menjalani program 'pengobatan komunitas' selama tiga tahun jika warga tersebut ditetapkan memiliki ketergantungan. Namun, penentuan ini bisa didasarkan hanya pada tes urine saja, dan kepolisian tidak dituntut untuk melibatkan staf medis dalam penilaian. Oleh karena itu, sangat memungkinkan jika banyak pengguna narkotika yang tidak memiliki ketergantungan menjadi subjek perintah pengobatan komunitas. Kegagalan dalam memenuhi persyaratan perawatan di bawah ketentuan komunitas berakibat pada penganan program isolasi detoksifikasi wajib, dalam jangka waktu hingga dua tahun. Seseorang ditangkap karena penggunaan narkoba dapat ditahan di fasilitas kepolisian untuk detoksifikasi selama tiga sampai enam bulan pertama, dan kemudian dipindahkan ke CCDU di mana mereka dituntut untuk bekerja selama enam jam setiap hari. Setelah dilepaskan, orang tersebut dipantau oleh kepolisian dan dapat dikenakan interogasi secara acak dan tes urin secara paksa selama tiga tahun di mana mereka akan dikirim ke CCDU lagi jika ditemukan indikasi kekambuhan.

Walaupun penggunaan narkoba merupakan pelanggaran administratif, pelaku tidak memiliki hak mendapatkan perwakilan hukum atau perlindungan proses hukum lainnya yang umumnya tersedia dalam pengadilan pidana. Peraturan memang memungkinkan pengacara untuk membantu tahanan, tetapi dalam kenyataannya mereka jarang tersedia. Seseorang dapat mengajukan

banding administratif terhadap suatu keputusan. Namun, para pejabat kepolisian yang lebih tinggi dan bukan badan independen yang memiliki kewenangan untuk memutuskan banding tersebut.

### Vietnam<sup>109</sup>

Dekriminalisasi penggunaan obat psikotropika ditetapkan pada tahun 2009 dengan menghapus pelanggaran tersebut dari hukum pidana (*Penal Code*).<sup>110</sup> Namun, penggunaan narkoba merupakan pelanggaran administratif yang dapat mengakibatkan pengguna untuk menghadiri CCDU (dikenal sebagai 'Pusat 06') hingga dua tahun.<sup>111</sup> Pusat 06 menyerupai kamp kerja, dengan latihan militer dan nyanyian dari slogan-slogan anti-narkoba. Pelanggar berulang akandikenakan tambahan 'manajemen pasca-detoksifikasi' selama satu hingga dua tahun.

Pada tahun 2012, reformasi hukum diperkenalkan untuk memungkinkan orang untuk didengar di persidangan dan memiliki perwakilan hukum di pengadilan sebelum dikenakan perintah untuk menghadiri CCDU. Namun, hal ini dilaporkan mengalami penundaan ketimbang penguatan hak-hak asasi para tahanan. Sejauh mana penggunanarkotika dapat, dalam praktiknya, mengakses representasi dalam persidangan sampai saat ini tidak jelas.<sup>112</sup>

Sistem penahanan administratif merusak pencapaian pemerintah dalam pencegahan HIV dan pengurangan dampak buruk.<sup>113</sup> Mereka yang telah ditahan di Pusat 06 sering menolak untuk mengakses layanan pengurangan dampak buruk karena mengakses layanan tersebut berarti menunjukkan ke pihak kepolisian bahwa mereka telah kambuh, yang dapat mengakibatkan pemenjaraan atau tindakan lebih lanjut dalam Pusat 06. Alasan lain dalam keputusan menghindari perawatan kesehatan termasuk di dalamnya rasa takut bila catatan yang berada di kepolisian meningkatkan risiko penangkapan dan rasa takut akan stigma.<sup>114</sup> Kekambuhan di antara mantan tahanan berada pada angka yang sangat tinggi (sering lebih dari 90%) dengan mayoritas tahanan yang telah ditahan setidaknya sekali sebelumnya.

Sebuah keputusan kebijakan pada tahun 2013, yang dikenal sebagai *Rencana Renovasi pada Pengobatan Narkoba*, menegaskan langkah transisi menuju pengobatan berbasis komunitas.<sup>115</sup> 80 dari 107 pusat penahanan akan diubah untuk menyediakan pengobatan berbasis komunitas sukarela, pelayanan sosial dan pekerjaan, termasuk dukungan psikologis dan pasca-perawatan bersama dengan layanan terapi narkotika seperti detoksifikasi, OST dan pencegahan kekambuhan.<sup>116</sup> *Rencana Renovasi* bertujuan untuk mengurangi jumlah pengguna narkoba yang ditahan di CCDU dari angka 63% pada tahun 2013 menjadi 6% pada tahun 2020.<sup>117</sup> Namun terdapat kekhawatiran bahwa model pengobatan berbasis komunitas akan mempertahankan aspek-aspek koersif, seperti pengawasan kepolisian dan respon punitif pada kekambuhan.

## 2.6 Transisi dari CCDUs menuju pengobatan dan layanan sukarela

Di banyak negara Asia, model yang dominan untuk merespon kasus penggunaan narkoba selama 20 tahun terakhir adalah detoksifikasi wajib di klinik pemerintah dan/atau penahanan di CCDU dalam jangka waktu lama (misalnya Kamboja, Tiongkok, Indonesia, Laos, Malaysia, Myanmar, Filipina, Thailand dan Vietnam). Kebijakan penahanan kasus narkoba didasarkan pada asumsi cacat bahwa hukuman akan berfungsi sebagai pencetus efek jera yang efektif dalam kasus penggunaan narkoba di masa depan, dan bahwa disiplin fisik merupakan faktor penting untuk menyembuhkan ketergantungan. Jumlah pasti orang yang ditahan di CCDU di negara-negara ini tidak diketahui, tetapi data tersembunyi yang dikumpulkan oleh UNODC menunjukkan bahwa hampir setengah juta orang ditahan di tujuh negara.<sup>118</sup> Perkiraan lain telah melaporkan antara 300.000 dan 500.000 orang ditahan di hanya wilayah Tiongkok.<sup>119</sup>

Penahanan penggunanarkotikadapat terjadi dalam berbagai bentuk di banyak wilayah, dan dalam hal manajemen, kondisi, dan perawatan yang ditawarkan, CCDU bisa bervariasi. Ciri khas dari pusat-pusat ini meliputi:<sup>120</sup>

- Orang menjadi subjek penahanan wajib dengan periode yang panjang, ditambah dengan periode pengawasan saat di komunitas
- Banyak orang yang dikirim ke pusat-pusat tanpa pemeriksaan medis atau psikologis yang tepat atau penilaian yang memadai dan diagnosis dari penggunaan narkoba mereka termasuk penyaringan untuk membedakan antara penggunaan untuk rekreasi dan ketergantungan. Ini menjelaskan besarnya jumlah orang yang dikirim ke pusat-pusat walaupun mereka tidak mengalami ketergantungan narkoba
- Orang dengan ketergantungan jarang mendapat pengawasan medis, dan jika pun tersedia perawatan medis, umumnya terbatas pada fase akut kondisi sakau
- Perawatan umumnya terbatas pada pendekatan detoksifikasi dan berbasis abstinensi yang sering kali tidak bersifat sukarela atau berdasarkan bukti ilmiah. Terapi substitusi atau bentuk lain dari pilihan pengobatan berbasis bukti ilmiah jarang tersedia
- Banyak tempat perawatan dikelola bukan oleh tenaga kesehatan melainkan petugas keamanan, dan sering terjadi proses hukum yang tidak adil, misal kurangnya perwakilan hukum, di pengadilan atau persidangan, pengawasan peradilan atau hak banding. Orang dapat diserahkan di bawah perintah kepolisian atau pihak keamanan, atau atas permintaan dari anggota keluarga
- Pelayanan kesehatan dasar jarang tersedia, jika tidak sama sekali. Sebagian besar pusat rehabilitasi kurang dilengkapi dengan pencegahan HIV termasuk kondom dan jarum suntik steril. Di sebagian besar tempat perawatan, satu-satunya langkah pencegahan HIV yang tersedia adalah informasi-informasi dasar. Pengujian HIV dilakukan di beberapa negara (misalnya Tiongkok dan Vietnam), namun hal itu bersifat wajib, dan tahanan

jarang diberikan informasi hasil uji terkait dengan perawatan HIV dan perawatan setelah diagnosis

- Kerja paksa, latihan fisik, doa dan/atau pelatihan gaya militer 'boot camp' menjadi bagian dari program 'rehabilitasi' yang diperlukan
- Pelanggar dipantau setelah dilepaskan tetapi hanya sedikit atau bahkan tidak ada layanan pasca-perawatan yang tersedia
- Ada sejumlah laporan kekerasan fisik dan seksual dan pelanggaran HAM lainnya di beberapa pusat rehabilitasi, misalnya di Kamboja, Laos dan Vietnam.<sup>121</sup>

CCDU telah menjadi subjek kritik secara luas karena kurangnya bukti hasil efektivitas mereka dalam menangani kasus ketergantungan narkoba, perhatian mengenai kurangnya hak proses hukum, memperparah kerusakan di aspek kesehatan, dan laporan-laporan pelanggaran hak asasi manusia. Laporan menyebutkan angka kekambuhan yang tinggi (seringkali lebih dari 90%) setelah dilepaskan dari CCDU di Tiongkok, Malaysia, Vietnam dan Kamboja, disertai juga tingginya angka overdosis.<sup>122</sup>

Pada tahun 2012, sebuah pernyataan lintas-instansi dari 12 badan PBB menyerukan penutupan CCDU.<sup>123</sup> Pada tahun 2014, Global Fund (*Dana Global untuk Memerangi AIDS, Tuberkulosis dan Malaria*) juga menyerukan penutupan pusat-pusat tersebut dan berkomitmen untuk tidak mendanai program-program di fasilitas ini.<sup>124</sup> Demikian pula, UNODC telah kritis terhadap kurangnya bukti pada justifikasi penahanan di tempat perawatan wajib:

*Banyak negara menyediakan layanan hunian jangka panjang untuk kasus ketergantungan narkoba tanpa persetujuan dari pasien yang dalam kenyataannya sejenis pemenjaraan dengan keamanan rendah. Bukti efek terapi dari pendekatan ini kurang memadai, baik dibandingkan dengan pemenjaraan tradisional maupun terapi pengobatan sukarela berbasis komunitas. Hal tersebut mahal, tidak efektif, dan tidak memberi manfaat baik di skala individu maupun masyarakat.<sup>125</sup>*

Dekriminalisasi tidak akan efektif dalam mencapai hasil kesehatan yang positif kecuali jika disertai dengan komitmen untuk menghentikan program CCDU dan transisi menuju ke pengobatan berbasis komunitas secara sukarela, pengurangan dampak buruk dan pelayanan sosial. Selain itu, dominasi model pemaksaan wajib di Asia memberi arti bahwa pengobatan berbasis komunitas sukarela sebagai alternatif yang lebih efektif tidak dipahami dengan baik di wilayah ini, meskipun telah diteliti berdampak jauh lebih efektif daripada pengobatan paksa dalam banyak konteks global.<sup>126</sup>

Dalam sebuah langkah positif terhadap tahap pemberhentian program CCDU, Tiongkok dan delapan negara ASEAN sepakat untuk mengalokasikan sumber daya dari CCDU ke layanan pengobatan sukarela pada tahun 2012.<sup>127</sup> Komitmen ini dikonfirmasi kembali pada pertemuan regional di Manila pada 2015 yang menyetujui *roadmap* untuk layanan berbasis komunitas

secara sukarela untuk pengguna narkoba di Asia.<sup>128</sup> Pada tingkat nasional, Vietnam adalah contoh di mana negara tersebut mendorong pergerakan ke arah pemberhentian banyak pusat wajib dan peningkatan jumlah sumber daya yang tersedia untuk perawatan berbasis komunitas secara sukarela (lihat **bab 2.5**). Malaysia juga telah membuat kemajuan pada dekade terakhir ini dalam mengurangi ketergantungan pada CCDU.

Transisi ke layanan berbasis komunitas secara sukarela akan membutuhkan komitmen berkelanjutan oleh berb-

agai pejabat kepentingan pemerintah termasuk kesehatan, pengawasan narkoba dan lembaga penegak hukum. Hal tersebut akan membutuhkan investasi dalam membangun layanan berbasis masyarakat di aspek kebutuhan, pelatihan dan pengembangan kapasitas kesehatan masyarakat, keamanan publik, peradilan pidana dan kelompok masyarakat perdata, serta komunitas penggunanarkoba untuk memastikan keterlibatan mereka dalam pengembangan, penatalaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelayanan.<sup>129</sup>



## 2.7 Promosi rujukan ke layanan kesehatan dan layanan social secara sukarela

Seperti yang digarisbawahi dalam laporan ini, standar penting dekriminalisasi adalah untuk menghapus semua akibat hukuman bagi penggunaan narkoba, sehingga memberikan lingkungan yang memungkinkan bagi penggunanarkotika untuk mengakses layanan kesehatan dan sosial tanpa takut sanksi, stigma atau diskriminasi. Dalam lingkungan seperti itu, akses ke prinsip pengurangan dampak buruk dan pengobatan ketergantungan harus bersifat sukarela, dan kekambuhan dalam penggunaan narkoba tidak seharusnya berujung pada hukuman. Program kesehatan dan pekerja sosial berperan penting dalam menilai kebutuhan spesifik dari penggunanarkotika dan merujuk mereka ke layanan kesehatan termasuk layanan 'ambang batas rendah' yang mudah untuk diakses bagi klien termarjinalisasi, serta rumah sakit, klinik khusus, dukungan kesejahteraan, perumahan dan pelayanan sosial.

### Pengobatan atau penahanan secara paksa seharusnya hanya diperbolehkan dalam situasi krisis

Menurut prinsip-prinsip etika medis dan hak asasi manusia, segala bentuk pengobatan secara paksa atau penahanan untuk tujuan pengobatan hanya dapat digunakan dalam indikasi yang sangat terbatas dan pengecualian dalam situasi krisis yang luar biasa, dan untuk jangka pendek saja (yaitu maksimum dalam beberapa hari):

- di mana orang tersebut beresiko tinggi melukai dirinya sendiri atau orang lain, yaitu perilaku yang menimbulkan suatu ancaman cepat bagi diri sendiri atau orang lain
- periode penahanan dibatasi secara ketat terikat hanya dalam beberapa jam atau hari, yang tidak lebih dari aspek klinis perlukan
- perawatan yang diberikan adalah berdasarkan bukti ilmiah dan
- tidak ada cara lain cukup tersedia, tepat dan tidak restriktif.<sup>130</sup>

Dalam keadaan tertentu, perawatan secara koersif juga mungkin tepat jika orang tersebut tidak memiliki kapasitas mental untuk menyetujui pengobatan dan membutuhkan intervensi pengobatan yang mendesak. Namun, penggunaan dan ketergantungan narkoba tidak dapat menjadi kondisi yang layak untuk bisa mengidentifikasi seseorang sebagai 'tidak kompeten secara mental'. Jika seseorang menjadi subjek tindakan koersif, pengobatan wajib, perlindungan proses hukum harus diberikan kepada orang tersebut termasuk hak untuk perwakilan hukum, hak untuk menanggapi tuduhan, untuk diberikan pernyataan alasan dari keputusan hukum dan hak untuk mengajukan banding atas keputusan pada sebuah badan independen yang akan mempertimbangkan banding dalam jangka waktu yang wajar.

### Praktik yang baik dalam penyediaan penanganan ketergantungan narkoba

Berikut ini adalah karakteristik dari praktik yang baik dalam penyediaan pengobatan ketergantungan narkotika:

- orang diperlakukan dengan hormat, bermartabat dan tanpa penghakiman
- orang diberikan pilihan pengobatan dan opsi pengurangan dampak buruk
- orang dapat menetapkan tujuan mereka sendiri dan rancangan hasil untuk keberhasilan pengobatan – meskipun lepas dari narkoba bisa jadi tujuan yang layak, namun hal tersebut mungkin tidak dapat dicapai atau sesuai untuk semua pengguna
- program bersifat mendukung tujuan seseorang meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan, dan menghindari bergantung pada prinsip hukuman
- pemulihan dinilai atas dasar langkah positif atau perubahan apa saja yang mengarah pada peningkatan kesehatan seseorang, kesejahteraan dan kualitas hidup secara umum<sup>131</sup>
- pengobatan ketergantungan narkotika bersifat holistik dengan memperhatikan masalah kesehatan dan sosial lainnya (misalnya kebutuhan atas perumahan, lapangan kerja dan bantuan hukum).

### Fitur utama dan prinsip-prinsip pengobatan berbasis komunitas

Pendekatan perawatan berbasis komunitas memungkinkan program kesehatan dan pekerja sosial untuk mengembangkan rencana perawatan pribadi untuk memberi respon terhadap kebutuhan khusus pasien.<sup>132</sup> UNODC telah mengeluarkan Dokumen Pedoman bagi negara-negara Asia Tenggara yang menguraikan fitur utama dan prinsip-prinsip pengobatan berbasis komunitas,<sup>133</sup> yang meliputi:

- Partisipasi dari orang-orang yang terkena dampak penggunaan narkoba dan ketergantungan, keluarga dan masyarakat luas dalam perencanaan dan pemberian layanan perawatan
- pendekatan yang komprehensif, memperhatikan kebutuhan-kebutuhan yang beragam termasuk kesehatan, keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan perumahan
- partisipasi dengan kesadaran penuh untuk menghormati hak asasi manusia dan martabat manusia, termasuk kerahasiaan klien
- Penerimaan bahwa kekambuhan merupakan bagian dari proses pengobatan dan tidak akan menghentikan seorang individu dari akses pengobatan berulang

- Penatalaksanaan layanan di masyarakat, yaitu, sedekat mungkin dari tempat tinggal klien
- Kolaborasi erat antara masyarakat perdata, aparat penegak hukum dan sektor kesehatan.

### Melibatkan petugas kesehatan dan petugas sosial dalam mempromosikan akses sukarela menuju pelayanan

Portugal (lihat **Kotak 5** di **bab 2.3.1**) dan Swiss (lihat di bawah) memberikan contoh praktik yang baik dalam kaitannya dengan melibatkan petugas kesehatan dan masyarakat dalam kondisi dekriminalisasi narkoba. Para pembuat kebijakan harus melihat hasil positif dari model Portugis dan Swiss dalam dekriminalisasi tentang berhasilnya investasi yang signifikan dalam inisiatif kesehatan publik yang dibuat dalam kaitannya dengan dekriminalisasi, termasuk pendanaan program penjangkauan, pelayanan pengobatan dan pengurangan dampak buruk dan membangun kapasitas petugas kesehatan.

#### Swiss<sup>134</sup>

Respon kebijakan narkoba Swiss menggabungkan dekriminalisasi parsial dengan investasi dalam pelayanan kesehatan dan pengurangan dampak buruk. Kepemilikan sejumlah kecil ganja telah diledgalkan. Kepemilikan dan penggunaan narkoba lain mungkin masih bisa berakibat hukuman pidana; Namun, jika jumlah hanya kecil narkoba yang terlibat, seseorang biasanya dilepaskan dari penuntutan, pembebasan dari hukuman atau peringatan.<sup>135</sup>

Petugas kesehatan dan sosial didanai untuk melakukan intervensi dalam insiden publik sebelum pihak kepolisian terlibat. Misalnya di kota Zurich, pemerintah membentuk pendekatan kemitraan antara petugas keamanan publik dengan mitra kesehatan masyarakat yang disebut

'Keamanan, Intervensi, Pencegahan'.<sup>136</sup> Hal tersebut melibatkan peran penjangkauan oleh pelayanan sosial bekerja sama dengan kepolisian dengan sistem informasi bersama. Rapat harian diadakan antara kepolisian, layanan sosial dan petugas kesehatan. Pekerja penjangkau mampu menengahi masalah publik dengan mendekati penggunanarkotika dengan hormat dan tanpa stigma, dengan maksud memberikan bantuan sebelum intervensi pihak kepolisian. Dengan cara ini, petugas kesehatan dan pekerja sosial dapat berperan dalam mengurangi kontak antara penggunanarkotika dengan sistem pidana. Jika penggunanarkotika sedang dalam masa tahanan, mereka dapat mengakses layanan kesehatan yang komprehensif di dalam tempat tahanan. Ada perawatan sukarela untuk kasus narkoba dan alkohol dan layanan kesejahteraan di komunitas. Pengobatan kasus ketergantungan sudah tercakup dalam skema asuransi kesehatan.

Swiss telah banyak berinvestasi dalam layanan pengurangan dampak buruk termasuk OST, NSP dan ruang mengonsumsi narkoba. Negara ini memelopori model baru terapi bantuan pengguna heroin di mana pengguna jangka panjang opioid yang telah gagal dalam program OST tradisional menggunakan metadon atau buprenorfin diresepkan heroin untuk pengobatannya, yang kemudian disuntikkan di bawah pengawasan medis. Program ini telah mengurangi risiko overdosis, serta keterlibatan pengguna narkoba dalam transaksi peredaran narkoba. Keberhasilan pendekatan ini telah mencetuskan program serupa yang diluncurkan di negara lain termasuk Kanada, Jerman, Belanda, Spanyol dan Inggris.<sup>137</sup>

Sistem Swiss telah menghasilkan pengurangan penggunaan narkoba suntik di tempat-tempat umum, peningkatan keselamatan publik, dan peningkatan hasil kesehatan bagi penggunanarkotika termasuk pengurangan penggunaan heroin, penularan penyakit melalui darah dan kematian akibat overdosis.<sup>138</sup>



# Bab 3

## Mekanisme diversi dari sistem peradilan pidana

## 3.1 Garis besar diversifikasi

Program diversifikasi menyediakan mekanisme untuk mengalihkan penggunaan narkoba dari sistem peradilan pidana (yakni pada penangkapan, penuntutan, pemberian keputusan atau penahanan) dan, bila sesuai, menuju pengobatan, pengurangan dampak buruk, konseling dan layanan lainnya. Program diversifikasi atau pengalihan dapat dilakukan dalam berbagai pelanggaran termasuk penggunaan narkoba dan kepemilikan, kepemilikan alat untuk penggunaan narkoba dan pelanggaran yang bukan dalam bentuk kekerasan yang terkait dengan penggunaan narkoba, seperti pencurian dan penyelundupan dan transaksi narkoba tingkat rendah.

Program diversifikasi memiliki manfaat langsung dalam aspek kesehatan dan kesejahteraan bagi pengguna narkoba yang berpartisipasi dalam program, di samping juga membantu untuk mengurangi tekanan dalam sistem penjara dan pengadilan. Program diversifikasi dapat meningkatkan keamanan sosial dengan memungkinkan sumber daya peradilan pidana dan penegak hukum untuk fokus pada kejahatan serius yang mengancam keamanan publik, bukan pelanggaran yang berhubungan dengan kasus ringan terkait penggunaan narkoba.

Program diversifikasi seharusnya diimplementasikan dalam gerakan menuju respon berbasis kesehatan bagi pengguna

narkoba. Hal tersebut dapat diimplementasikan dalam konteks di mana penggunaan narkoba tetap sebagai kejahatan untuk mengurangi bahaya kesehatan dan sosial, serta aspek biaya ekonomi, terkait dengan kriminalisasi. Hal tersebut juga dapat diimplementasikan dalam konteks di mana penggunaan narkoba telah dekriminalisasi. Bahkan, program diversifikasi secara komprehensif, non-punitif memainkan peran kunci dalam banyak model dekriminalisasi yang dijalankan di daerah lain di dunia.

Banyak negara yang telah menerapkan dekriminalisasi *de facto* mengandalkan program diversifikasi oleh kepolisian sebagai model komponennya, terutama mengingat bahwa kepolisian memiliki peran penting di dalam memastikan pelaksanaan undang-undang yang secara teknis tetap berlaku. Program diversifikasi juga dapat memainkan peran penting di negara-negara yang telah mengambil langkah lebih lanjut menghapus hukuman bagi pelanggaran ini dari hukum pidana (dekriminalisasi *de jure*). Di negara-negara ini, program diversifikasi dapat dilaksanakan untuk kejahatan seperti pencurian, penyelundupan tingkat rendah dan transaksi yang didorong oleh karena penggunaan narkoba individu atau karena ketergantungan.

## 3.2 Standar dan norma-norma PBB tentang diversifikasi

Konvensi pengendalian narkotika PBB mencakup ketentuan-ketentuan yang memungkinkan negara-negara anggota untuk menerapkan alternatif dari penegakan tuntutan hukum atau hukuman untuk penggunaan

### Kotak 7 Peraturan Standar Minimum Tindakan Non-Penahanan PBB (Aturan Tokyo)<sup>139</sup>

Aturan Tokyo memberi jalan pada kepolisian, kejaksaan dan pengadilan dengan kerangka yang disepakati secara internasional untuk menerapkan alternatif non-penahanan, sesuai dengan konvensi narkotika PBB. Ketentuan-ketentuan utama meliputi:

- Sistem peradilan pidana harus menyediakan berbagai tindakan-tindakan non-penahanan, dengan mempertimbangkan pelaksanaan prinsip hak asasi manusia, persyaratan keadilan sosial dan kebutuhan rehabilitasi bagi pelaku.
- Pertimbangan harus diberikan untuk menangani para pelaku di komunitas, menghindari sejauh mungkin penggunaan proses formal atau sidang oleh pengadilan.
- Tindakan-tindakan non-penahanan digunakan sesuai dengan **prinsip intervensi minimum**. Tindakan-tindakan non-penahanan tidak boleh melibatkan risiko berlebihan seperti luka fisik maupun mental bagi pelaku dan martabat pelaku harus dilindungi setiap saat.
- **Kepolisian dan kejaksaan harus diberdayakan untuk dapat melepaskan pelaku dalam masa pra-sidang atau menjalankan tindakan non-penahanan dalam kasus ringan.**
- Penahanan pra-sidang harus digunakan sebagai sarana terakhir dan harus dikelola secara manusiawi dan dengan menghormati martabat yang melekat pada manusia.
- Peraturan mendorong penggunaan **opsi hukuman non-penahanan** termasuk sanksi verbal, seperti nasihat, teguran dan peringatan; pembebasan bersyarat; keputusan untuk ditangguhkan atau ditunda; perintah dalam pelayanan masyarakat atau rujukan kepada pengobatan non-institusional.
- Terapi narkotika hanya boleh dilakukan oleh para pekerja profesional dengan pelatihan yang sesuai dan pengalaman praktis. Kegagalan jalur non-penahanan, seperti program terapi narkotika, seharusnya tidak otomatis menyebabkan penahanan setelahnya. Sebaliknya, alternatif lain yang cocok dengan pidana penjara harus dicari.

narkotika, dan pelanggaran terkait kepemilikan dan budi daya, seperti rujukan ke pengobatan dan pendidikan.<sup>140</sup> Pada tingkat sub-regional, Asosiasi Asia Selatan untuk Kerjasama Regional (SAARC) telah mengadopsi fleksibilitas yang sama dalam perjanjian regional terkait narkotika.<sup>141</sup> Untuk memberi efek dari ketentuan-ketentuan ini, UNODC mempromosikan diversifikasi dari sistem peradilan pidana dengan mengaplikasikan penggunaan alternatif-alternatif pada proses yuridis formal, penahanan dan hukuman untuk kasus-kasus yang bersifat minor, sesuai dengan *Peraturan Standar Minimum untuk Tindakan Non-Penahanan PBB* (lihat **Kotak 7**).<sup>142</sup>

Bukti menunjukkan bahwa dalam kasus seseorang memiliki ketergantungan pada narkotika, rujukan ke layanan kesehatan dan sosial adalah jalan yang dapat membantu mematahkan siklus ketergantungan, pelanggaran berulang dan pemenjaraan (termasuk penahanan pra-sidang).<sup>143</sup> Sistem untuk mengalihkan pelaku narkotika minor dengan ketergantungan kepada pengobatan ketergantungan narkotika berbasis bukti ilmiah dan layanan reintegrasi juga dapat mengurangi tekanan pada sistem penjara, insiden kejahatan, dan tingkat kekambuhan. Di mana rujukan kepada pengurangan dampak buruk dan layanan kesehatan tersedia, program diversifikasi dapat menghasilkan angka penurunan penularan virus melalui darah seperti HIV dan hepatitis.

Program diversifikasi menjadi paling efektif bila:

- Disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari sub-populasi yang berbeda, termasuk program untuk perempuan (lihat **Kotak 8**) dan kalangan remaja<sup>144</sup>
- Menggunakan program kriteria dan syarat yang layak untuk menargetkan tingkat dan jenis intervensi sesuai dengan sifat dari penggunaan narkotika atau ketergantungan individu, dan tingkat keparahan pelanggaran terkait narkotika, dan
- Mengacu pada pengobatan, pendidikan dan konseling yang berbasis bukti, manusiawi dan fleksibel, sehingga memberikan pilihan yang lebih tidak punitif dan lebih efektif untuk hasil kesehatan dan reintegrasi sosial dari penjara yang lebih baik.

Untuk meningkatkan efektivitas, negara harus menetapkan berbagai program diversifikasi pada berbagai tahap proses peradilan pidana, seperti diuraikan di bagian berikut, termasuk:

- diversifikasi oleh kepolisian
- diversifikasi oleh kejaksaan, dan
- diversifikasi oleh hakim pada pra dan pasca putusan hukuman.

## **Kotak 8 Aturan Bangkok: mempromosikan tindakan-tindakan non-penahanan dan diversifikasi untuk perempuan<sup>145</sup>**

*Aturan PBB dalam Perlakuan terhadap Tahanan Perempuan dan Tindakan Non-Penahanan bagi Pelanggar Perempuan ('Aturan Bangkok')* melengkapi Peraturan Tokyo dan menyerukan negara-negara anggota PBB untuk membangun alternatif spesifik gender untuk pra-sidang penahanan dan pemenjaraan, termasuk ketentuan berikut:

- pilihan untuk langkah-langkah diversifikasi dan alternatif pra-sidang penahanan, dengan mempertimbangkan sejarah viktimisasi para pelaku perempuan, serta latar belakang mereka, beban tanggung jawab, dan ikatan keluarga.
- alternatif yang menggabungkan tindakan-tindakan non-penahanan dengan intervensi bagi perempuan untuk mengatasi masalah yang paling umum yang menyebabkan hubungan perempuan dengan sistem peradilan pidana, termasuk program terapi narkoba khusus bagi perempuan yang menawarkan jasa penitipan anak.
- layanan terapi narkoba yang dapat diakses oleh perempuan yang bersifat eksklusif hanya perempuan, peka gender dan tercerahkan di aspek trauma, dan tidak melibatkan penahanan, melalui program diversifikasi atau hukuman alternatif. Penyediaan layanan tersebut juga dapat berfungsi sebagai ukuran pencegahan kejahatan.

### 3.3 Diversi oleh kepolisian

Diversi oleh kepolisian dapat terjadi baik dalam pra-penangkapan maupun pada tahap pasca-penangkapan/pra-pengadilan. Diversi oleh kepolisian sering diutamakan pada diversi pada tahap akhir karena menghindari peneraan tuntutan pidana formal dan penahanan pra-sidang. Peran kepolisian secara tradisional adalah untuk memastikan bahwa pelaku yang ditangkap akan dibawa ke pengadilan untuk menerima keputusan hukum. Dalam skema diversi tersebut, kepolisian diberi peran merujuk orang-orang tersebut menjauh dari sistem peradilan pidana dan/atau ke pelayanan kesehatan dan sosial. Dalam beberapa skema, kepolisian memiliki kebijaksanaan untuk mengeluarkan peringatan di mana pelaku diberikan peringatan lisan dengan tidak ada hukuman lebih lanjut, dan di beberapa negara kepolisian bisa mengeluarkan denda di tempat, mirip dengan mengeluarkan denda pelanggaran lalu lintas (misalnya Republik Ceko, Swiss dan beberapa negara bagian Australia).

Diversi oleh kepolisian dapat menghadapi beberapa tantangan. Misalnya, sebagaimana kepolisian menganggap penegakan hukum pidana sebagai peran utama mereka, program diversi dapat dianggap bertentangan dengan budaya organisasi yang dominan. Kepolisian juga mungkin resistensi terhadap pelaksanaan program diversi berorientasi kesehatan jika mereka melihat penggunaan narkoba sebagai hasil dari 'kelemahan individu' atau 'kegagalan moral', bukan sebagai masalah kesehatan yang kompleks dan masalah sosial. Ada juga ketidakpercayaan yang tinggi pada kepolisian oleh pengguna narkoba karena pengalaman sebelumnya yang mendapat kekerasan oleh kepolisian dan korupsi.<sup>146</sup>

Risiko lain dalam memberikan peran pokok diversi di kepolisian adalah 'pelebaran jaring', dimana peningkatan kekuasaan kepolisian dan jumlah ambang batas rendah justru mengakibatkan lebih banyak orang yang menggunakan narkoba berkontak dengan sistem peradilan pidana (misalnya, ini telah diamati di beberapa bagian Australia).<sup>147</sup>

Akibatnya, dalam merancang dan menerapkan skema diversi oleh kepolisian, pembuat kebijakan harus mempertimbangkan juga pelatihan bagi kepolisian dan upaya peningkatan kapasitas lainnya pada kasus penggunaan narkoba, pengurangan dampak buruk dan perawatan ketergantungan narkoba, serta promosi program bagi pengguna narkoba dan komunitas terkait. Melibatkan perwakilan dari pengguna (atau mantan pengguna) narkoba dalam proses merancang, mengelola dan mengevaluasi program diversi oleh kepolisian dapat membantu membangun kepercayaan antara masyarakat dan kepolisian. Melibatkan petugas kepolisian dalam yurisdiksi dengan melaksanakan program diversi juga dapat membantu. Atas dasar ini, negara harus mempertimbangkan untuk memperkenalkan skema diversi oleh kepolisian dengan fitur sebagai berikut:

- Jika penggunaan narkoba tetap menjadi tindak pidana, fokus ditujukan pada kepemilikan sejumlah kecil narkoba atau alat untuk penggunaan narkoba
- Jika penggunaan narkoba psikotropika didekriminalisasi, maka skema diversi kepolisian harus fokus pada ketergantungan narkoba yang minor, pelanggaran non-kekerasan – skema tersebut juga bisa beroperasi di wilayah hukum yang belum mengambil langkah dekriminalisasi penggunaan narkoba
- Melibatkan pilihan bagi kepolisian untuk mengambil tindakan lebih lanjut, atau untuk sekadar mengeluarkan peringatan untuk seseorang untuk kasus penggunaan narkoba, kepemilikan alat untuk penggunaan narkoba, atau budi daya untuk penggunaan pribadi
- Program diversi melibatkan rujukan ke penilaian medis oleh petugas medis yang terlatih dan, dalam kasus ketergantungan narkoba, terapi narkoba berbasis bukti dilakukan oleh lembaga pengobatan terakreditasi. Kegagalan untuk menyelesaikan program pengobatan, atau kekambuhan dalam penggunaan narkoba, tidak seharusnya berujung pada sanksi pidana
- Mekanisme diversi harus mengadopsi kriteria kelayakan yang jelas. Skema diversi oleh kepolisian dapat membedakan kelompok orang-orang yang telah didakwa dengan kejahatan dengan kekerasan atau pelanggaran narkoba yang lebih serius
- Pengakuan kesalahan untuk suatu pelanggaran seharusnya tidak menjadi persyaratan untuk masuk dalam skema diversi oleh kepolisian.<sup>148</sup> Persyaratan ini dapat memberi efek jera untuk seseorang mengakui mengalami ketergantungan narkoba, dan lebih jauh akan mencegah akses rujukan ke pelayanan kesehatan dan pendidikan.

#### Contoh praktik yang baik dalam diversi oleh kepolisian

##### • Australia

Masing-masing negara bagian dan teritori Australia telah mengembangkan skema diversi kepolisian yang berbeda-beda. Beberapa menjalankan pendekatan dekriminalisasi de facto, sementara yang lain menjalankan dalam konteks di mana sanksi pidana telah dihapuskan dan diganti dengan sanksi administratif. Kepolisian menerapkan kebijaksanaan untuk mengalihkan pengguna narkoba kepada layanan konseling, pendidikan dan kesehatan. Di beberapa negara, skema denda administratif memungkinkan kepolisian untuk mengeluarkan denda di tempat untuk pelanggaran narkoba ringan (misalnya untuk kepemilikan ganja di Australia Selatan).

Program Diversi oleh Kepolisian pada Obat di negara bagian Tasmania berlaku untuk warga dengan kepemilikan narkoba terlarang.<sup>149</sup> Prosedur yang berbeda berlaku

untuk mengalihkan pelanggar menjauh dari sistem peradilan pidana tergantung pada jenis narkoba yang terlibat. Dalam kasus ganja, pelaku yang ditemukan dengan sampai 50 gram ganja diberikan peringatan, bukan diberi hukuman pidana. Mereka bisa diperingatkan hingga tiga kali dalam sepuluh tahun. Informasi dan rujukan untuk konseling disediakan pada peringatan pertama dan kedua. Di peringatan ketiga, pelaku dirujuk kepada Layanan Obat dan Alkohol untuk mendapat penilaian kesehatan dan intervensi atau pengobatan singkat. Pelanggaran lebih lanjut dapat mengakibatkan hukuman pidana.

#### • Amerika Serikat

Beberapa kota telah memperkenalkan diversifikasi oleh kepolisian untuk pelanggar narkoba non-kekerasan tingkat rendah. Misalnya, di kota Seattle, model inovatif diversifikasi oleh kepolisian diimplementasikan melalui program yang disebut Diversifikasi dengan bantuan Penegak Hukum (LEAD),<sup>150</sup> menargetkan orang-orang yang terlibat dalam pelanggaran narkoba ringan (seperti transaksi tingkat rendah dan kepemilikan) atau pekerjaan seks. Kepolisian mengalihkan mereka kepada layanan berbasis komunitas, dengan proses diversifikasi dilakukan pada titik penangkapan. Manajer kasus melakukan penilaian yang mempertimbangkan faktor frekuensi penggunaan narkoba dan kebutuhan pelaku dalam kaitannya dengan layanan pengobatan dan pengurangan dampak buruk, masalah kesehatan mental, dan hubungan pribadi. Peserta juga menerima dukungan sosial untuk menghubungkan mereka dengan layanan seperti bantuan hukum, pelatihan kerja dan/atau penempatan, bantuan perumahan, dan konseling. Kesuksesan dalam program LEAD tidak dinilai dengan tes urine negatif atau bahkan lepas dari narkoba, tetapi dengan kemajuan yang dibuat dalam meningkatkan kualitas peserta secara keseluruhan dalam aspek-aspek kehidupan, yang dinilai oleh pekerja sosial dan kesehatan. Penting untuk dicatat bahwa seseorang dapat kembali masuk ke dalam program jika mereka tertangkap lagi untuk pelanggaran yang sama oleh kepolisian. Evaluasi terhadap program ini menunjukkan bahwa orang yang dialihkan ke layanan ini 58% lebih kecil kemungkinannya untuk ditangkap kembali karena pelanggaran berulang daripada mereka yang tidak dialihkan.<sup>151</sup>

### Kolaborasi kepolisian dalam pendukung pengurangan dampak buruk: contoh praktik yang baik di Asia

Di beberapa bagian Asia, meskipun penggunaan narkoba tetap ilegal, kepolisian didorong oleh otoritas kesehatan untuk mengadopsi pendekatan toleran dan pragmatis agar memungkinkan layanan NSP dan OST dapat dioperasikan dan untuk berperan aktif dalam mengurangi bahaya kesehatan yang mempengaruhi penggunanarkoba. Sebagaimana kepolisian berhubungan langsung secara rutin dengan pengguna narkoba, mereka dapat berperan penting dalam memberikan saran dan informasi, memfasilitasi akses pada layanan pengurangan dampak buruk, dan memastikan respon yang cepat untuk kasus overdosis (lihat **Kotak 9** pada Penegakan Hukum dan Jaringan HIV).<sup>152</sup> Bahkan di lingkungan yang belum ada

dekriminalisasi, peran kepolisian dalam pengurangan dampak buruk dapat meliputi:

- Rujukan kepada program pengobatan ketergantungan narkoba, program pengurangan dampak buruk dan jenis-jenis pelayanan kesehatan, kesejahteraan, perumahan dan bantuan kerja
- Penyediaan lingkungan yang mendukung untuk layanan pengurangan dampak buruk dengan tidak menangkap penggunanarkoba di sekitar pusat pelayanan sosial, tempat layanan NSP atau OST, atau layanan kesehatan lainnya yang sering dikunjungi oleh penggunanarkoba, seperti klinik spesialis. Penting bagi kepolisian untuk memiliki hubungan yang suportif dan konstruktif dengan inisiatif yang dirancang untuk mengurangi dampak buruk narkoba seperti pusat pelayanan sosial, NSP, OST, pendidik dan petugas penjangkauan di lapangan
- Menghindari penangkapan di tempat kejadian perkara overdosis guna mendorong orang untuk meminta bantuan medis tanpa penundaan atau ketakutan akan penuntutan.

Praktik yang baik dari program diversifikasi oleh kepolisian telah dikembangkan di beberapa negara Asia. Sebagai contoh:

- Diversifikasi oleh kepolisian informal kepada layanan pengurangan dampak buruk didorong di bawah Kerja sama Inisiatif Komunitas Kepolisian (PCPI) **Kamboja**. Sebuah LSM lokal (KHANA) dan Kementerian Dalam Negeri mengimplementasikan PCPI di 'hotspot' HIV di Phnom Penh. Kepolisian didorong untuk menerapkan kebijaksanaan dengan mengajak penggunanarkoba suntik kepada layanan pengurangan dampak buruk, bukan menangkap mereka, dengan syarat tidak ditemukan bukti perdagangan narkoba. 200 kepolisian telah dilatih dalam aspek pengurangan dampak buruk, bersama dengan anggota 150 dewan masyarakat, perwakilan dari penggunanarkoba dan pejabat lokal lainnya.<sup>153</sup>
- Di kota Yuxi, **Tiongkok**, kepolisian merujuk penggunanarkoba kepada pusat perawatan berbasis komunitas dikenal sebagai Peace No. 1'. Kepolisian menghindari tindakan penangkapan dalam kasus kepemilikan narkoba jumlah sedikit atau penggunaan di sekitar lokasi. Tujuan dari program ini adalah untuk meningkatkan kesehatan penggunanarkoba; menurunkan angka penahanan kembali di pusat-pusat detoksifikasi wajib; meningkatkan angka penghapusan mantan pengguna narkoba dari sistem pengawasan pemerintah; memperkuat dukungan sosial dan keluarga bagi penggunanarkoba; dan meningkatkan reintegrasi pengguna narkoba di masyarakat. Klien program perdamaian No 1 memiliki akses ke layanan psikososial dan kesehatan yang komprehensif, termasuk metadon. Pelatihan pengurangan dampak buruk diberikan kepada kepolisian di seluruh wilayah kabupaten.<sup>154</sup>
- Di **Vietnam**, Inisiatif Pengembangan Dukungan Masyarakat bekerja sama dengan kepolisian untuk menjalankan peran mereka dalam pengurangan dampak

## Kotak 9 Penegakan Hukum dan Jaringan HIV (LEAHN)

LEAHN mempromosikan keterlibatan efektif aparat penegak hukum – terutama kepolisian – dalam respon HIV nasional, melalui dukungan-dukungan, pengembangan profesional, advokasi dan pengembangan jaringan.

LEAHN mengelola jaringan *Poin Focal* Negara (CFPs) – kepolisian aktif atau pun pensiunan yang mengambil tugas mendidik rekan sejawat penegak hukum mengenai HIV dan pendekatan pengurangan dampak buruk sebagai kunci kebijakan pada populasi yang terkena dampak. CFPs juga mempromosikan kegiatan bersama antara kepolisian dan komunitas yang rentan. Lebih dari 20 CFPs aktif terlibat di Bangladesh, India, Indonesia, Nepal, Thailand dan Vietnam. Daftar lengkap CFPs tersedia di [www.leahn.org](http://www.leahn.org).

LEAHN juga memberi fasilitas hubungan kerja antara penegak hukum dan organisasi masyarakat perdata dalam implementasi kegiatan terkait kasus HIV. LEAHN dan CFPs dapat bertindak sebagai jembatan antara perwakilan masyarakat dan penegak hukum dan bersifat mendukung kemitraan formal dan informal terhadap kesehatan masyarakat yang efektif dan respon keamanan publik.

buruk dan pelayanan rehabilitasi berbasis komunitas di provinsi Bac Giang. Model perawatan sukarela di Bac Giang terdiri atas pusat perawatan narkoba sukarela dan lima komunitas konseling narkoba dan wilayah pengobatan.<sup>155</sup>

- Di **Thailand**, persetujuan informal dinegosiasikan antara penyedia layanan kesehatan masyarakat perdata dan perwakilan penegak hukum lokal di Provinsi Narathiwat. Persetujuan informal tersebut adalah hasil dari serangkaian peningkatan kapasitas dan lokakarya sensitisasi yang difasilitasi oleh pejabat penegak hukum senior Thailand. Aparat penegak hukum setempat sepakat untuk menerapkan kebijaksanaan yang lebih besar, dan seringkali mengarahkan penggunan narkoba menuju pelayanan kesehatan.<sup>156</sup>



## 3.4 Diversi oleh kejaksaan

Jaksa umumnya memiliki kewenangan diskresi untuk tidak melanjutkan tuntutan pidana dalam keadaan tertentu. Keadaan ini biasanya ditentukan oleh hukum pidana dan pedoman kejaksaan. Aturan Tokyo mendorong kejaksaan untuk mempertimbangkan alternatif untuk penuntutan:<sup>157</sup>

*Di mana pun jika sesuai dan kompatibel dengan sistem hukum, kepolisian, kejaksaan atau lembaga lain yang berurusan dengan kasus pidana harus diberdayakan untuk melepaskan pelaku jika mereka menilai bahwa tidak perlu untuk melanjutkan kasus demi kepentingan perlindungan masyarakat, pencegahan kejahatan atau pengutamaan penghormatan hukum dan hak-hak korban. Untuk tujuan pemutusan atas pelepasan atau penentuan proses, satu set kriteria yang ditetapkan harus dikembangkan dalam setiap sistem hukum. Untuk kasus-kasus minor kejaksaan dapat mengambil tindakan non-penahanan yang sesuai.*

Peran kejaksaan berbeda di antara sistem-sistem hukum. Sistem Hukum Sipil (Civil Law) dan sistem hukum sosialis ditemukan di banyak negara Asia Timur mengambil pendekatan yang berbeda dalam peran kejaksaan dibandingkan dengan negara-negara dengan sistem hukum "Comon Law" atau Anglo Saxon (bekas koloni Inggris di Asia Selatan dan Asia Tenggara). Kejaksaan memiliki lebih sedikit diskresi mengenai pelaksanaan keputusan untuk melanjutkan kasus dalam system hukum sipil dan sistem hukum sosialis dibandingkan dengan system Common Law. Namun, menurut Aturan Tokyo,<sup>158</sup> (lihat **Kotak 7** di **Bab 3.2**) ketentuan khusus dapat dibuat untuk menerapkan kebijaksanaan dalam kasus narkoba.

Kejaksaan seharusnya didorong untuk tidak menuntut kasus pelanggaran narkoba ringan dengan mempertimbangkan ketersediaan alternatif untuk penuntutan, seperti peringatan atau rujukan ke layanan sosial atau kesehatan. Pedoman dapat dikembangkan untuk menyarankan kejaksaan tidak melanjutkan penuntutan kasus pelanggaran narkoba ringan, atau untuk menerapkan kondisi pada pelaku jika mereka tidak dituntut, seperti misalnya mengharuskan pelaku untuk menjalani sesi konseling dan/atau penilaian atas ketergantungan narkotika oleh profesional kesehatan, guna mengidentifikasi kebutuhan pengobatan dan rujukan kesehatan lainnya, pengurangan dampak buruk atau pelayanan sosial.<sup>159</sup> Pedoman dapat dibuat untuk memastikan bahwa kejaksaan bergantung pada penilaian kesehatan profesional yang terlatih dalam diagnosis ketergantungan narkotika dan kebutuhan perawatan sebelum keputusan dibuat untuk merujuk seseorang pada perawatan.

### Contoh diversi oleh kejaksaan: Kasus Kamboja

Berdasarkan *UU Kamboja mengenai Pengawasan Obat* tahun 2011, sebelum membuat keputusan untuk mengadili seseorang dalam kasus narkoba, kejaksaan dapat memberikan arahan kepada orang tersebut untuk menerima pengobatan jika orang tersebut disertifikasi oleh seorang petugas medis profesional sebagai orang dengan ketergantungan pada narkotika. Jika orang tersebut setuju untuk menerima pengobatan dan rehabilitasi, putusan kejaksaan dapat ditunda.<sup>160</sup>



## 3.5 Diversi oleh pengadilan

### 3.5.1 Garis besar model diversi oleh pengadilan

Berbagai model diversi oleh pengadilan dari sistem peradilan pidana telah dikembangkan di seluruh penjuru dunia. Beberapa di antaranya dijalankan oleh pengadilan pidana umum, sementara yang lain dijalankan oleh pengadilan khusus (disebut di beberapa negara sebagai 'pengadilan khusus narkoba').

Pengadilan pidana di banyak negara Asia telah memiliki peran kuat dalam menghubungkan pelaku narkoba dengan layanan perawatan dan dapat memerintah pelanggar narkoba menghadiri pengobatan wajib termasuk detoksifikasi dalam program klinis atau 'pengobatan' dan 'rehabilitasi' di CCDU. Dalam beberapa kasus, hal ini dianggap bagian dari pemutusan hukuman atas pelanggaran, dan/atau perawatan dapat diberikan dalam penjara atau program klinis sejenis (misalnya Hong Kong, Indonesia, Taiwan, Republik Korea). Namun, hal ini biasanya terjadi melalui proses punitif pemaksaan pengobatan oleh perintah pengadilan di bawah pengawasan kepolisian atau pemerintah, bukan sebagai bagian dari proses yang suportif dan sukarela yang dirancang untuk mempromosikan akses bagi pelaku menuju pendidikan berbasis komunitas, pengurangan dampak buruk, pengobatan dan pilihan perawatan.

Di bagian lain dunia, sistem yang lebih tidak punitif beroperasi di mana pengadilan dapat mengarahkan masyarakat ke program pengobatan berbasis komunitas di luar penjara atau tempat penahanan. Praktik yang baik dalam memberikan perawatan ketergantungan narkoba membutuhkan layanan yang didasarkan pada bukti ilmiah dalam hal efektivitas, disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi individu, dan yang sesuai dengan norma-norma hak asasi manusia dan menghormati martabat pasien (untuk informasi lebih lanjut tentang praktik yang baik dalam penyediaan pengobatan ketergantungan narkoba, lihat **bab 2.7** mengenai promosi arahan sukarela menuju kesehatan dan pelayanan sosial).<sup>161</sup>

### 3.5.2 Contoh diversi oleh pengadilan di Asia

Banyak negara (termasuk Afghanistan, India, Bhutan, Indonesia, Malaysia, Maladewa, Thailand dan Filipina) telah memperkenalkan sistem di mana pengadilan dapat memerintahkan orang yang ditangkap karena penggunaan narkoba atau kepemilikan untuk penggunaan pribadi untuk menghadiri 'pengobatan' sebagai alternatif dari pemenjaraan. Di beberapa negara, orang yang ditangkap karena penggunaan narkoba atau kepemilikan ditahan di CCDU, bertamengkan prinsip 'pengobatan' dan 'rehabilitasi' (seperti yang diuraikan dalam **bab 2.6**), meskipun pilihan perawatan berbasis komunitas juga tersedia.

Skema diversi oleh pengadilan di Asia menghadapi tantangan implementasi yang signifikan, dan, karena keterbatasan sumber daya dan kapasitas, tetap bersifat punitif. Sebagian besar model diversi oleh pengadilan

di wilayah ini tidak membedakan antara orang dengan ketergantungan narkoba dengan mereka yang tidak mengalami masalah dengan penggunaan narkoba, sehingga banyak orang yang tidak memerlukan perawatan juga diperintahkan untuk menuju ke CCDU atau jenis lain dari program 'pengobatan'.

Contoh-contoh berikut menggambarkan berbagai pendekatan yang bersifat punitif dan non-punitif pada peran pengadilan dalam menghubungkan orang-orang pada layanan pengobatan yang sudah tersedia di Asia. Model diversi oleh pengadilan yang efektif harus bersifat non-punitif, berdasarkan bukti dan sepenuhnya kompatibel dengan aspek kesehatan masyarakat, pengurangan dampak buruk dan prinsip-prinsip hak asasi manusia.

#### Indonesia: Diversi oleh pengadilan menuju pengobatan berbasis komunitas<sup>162</sup>

Mulai tahun 2009, pengadilan di Indonesia telah mampu untuk memerintahkan orang yang ditangkap karena penggunaan narkoba untuk menghadiri fasilitas pengobatan di rumah sakit, CCDU atau program berbasis komunitas sebagai alternatif dari pemenjaraan. Sejak saat itu, pengadilan telah memiliki pilihan untuk mencari masukan dari para ahli medis tentang pilihan pengobatan bagi penggunanarkoba termasuk layanan berbasis komunitas. Namun demikian contoh nyata diversi oleh pengadilan ke layanan berbasis komunitas tetap langka untuk ditemukan karena berbagai faktor termasuk terbatasnya ketersediaan layanan tersebut dan kurangnya kesadaran dalam sistem peradilan. Oleh karena itu, dalam praktiknya, pengadilan selalu lambat untuk menerapkan skema program pengarahannya ini, dan angka penahanan warga untuk kasus penggunaan narkoba terus meningkat walau kebijakan diversi sudah diperkenalkan. Kualitas pelayanan berbasis komunitas juga sangat bervariasi. Misalnya, banyak layanan berbasis agama hanya menawarkan program lepas narkoba secara ketat dan tidak menerapkan intervensi berbasis bukti ilmiah (untuk rincian lebih lanjut tentang kebijakan diversi di Indonesia, lihat **bab 3.6.2** pada keterlibatan aspek kesehatan, komunitas dan pekerja bantuan hukum).

#### Malaysia: Pengobatan Sukarela dan Pusat Perawatan dan pengawasan komunitas dan program pengobatan<sup>163</sup>

Penggunaan narkoba di Malaysia diancam hukuman hingga dua tahun penjara dan denda.<sup>164</sup> Pemerintah telah membuat kemajuan dalam mengalihkan ketergantungan pada pusat-pusat penahanan dan mendekati pada berbagai pilihan, termasuk pusat pengobatan berbasis komunitas. Pada tahun 2010, Malaysia mendirikan pusat 'Penanggulangan dan Perawatan' dan menyediakan layanan pengobatan kasus ketergantungan narkoba dan pengurangan dampak buruk. Ada tiga jenis pusat: Pusat Rehabilitasi Penyembuhan dan Perawatan (penahanan wajib, setara dengan CCDU); Pusat Penyembuhan dan Perawatan (layanan rawat inap sukarela); dan Pusat Layanan Penyembuhan dan Perawatan (layanan rawat jalan

sukarela). Pusat Layanan Penyembuhan dan Perawatan menyediakan layanan perawatan dan dukungan yang berpusat pada klien termasuk OST. Kepatuhan terhadap pengobatan di Pengobatan sukarela dan Pusat Layanan Perawatan difasilitasi oleh dukungan sosial.

Sejak 2010, pengadilan telah memiliki pilihan untuk memerintah warga dewasa dengan ketergantungan pada narkoba untuk menghadiri Pusat Penyembuhan dan Perawatan atau Pusat Layanan sebagai alternatif untuk penahanan di penjara atau Pusat Rehabilitasi Penyembuhan dan Perawatan. Sebagai alternatif untuk penuntutan dan penahanan, orang yang ditangkap karena penggunaan narkoba untuk pertama kalinya ditempatkan di bawah pengawasan lembaga anti-narkoba pemerintah selama dua tahun. Pada 2015, lebih dari 50.000 orang berada di bawah pengawasan komunitas. Orang di bawah pengawasan komunitas menjalani tes urin secara rutin selama beberapa bulan. Setelah hasil satu atau dua tes urin positif, pengadilan menjalankan intervensi yang lebih intensif, termasuk konseling dan dukungan komunitas. Setelah hasil tes urin positif ketiga, orang tersebut dapat dikirimkan ke tahanan wajib dalam Pusat Rehabilitasi Penyembuhan dan Perawatan atau layanan OST.<sup>165</sup>

Sebuah studi pada tahun 2015 menyimpulkan bahwa risiko kekambuhan bagi orang-orang yang dikirim ke penahanan wajib adalah 7,6 kali lebih besar dari orang-orang yang menerima pengobatan sukarela.<sup>166</sup> Namun, pemerintah terus menunjukkan keengganan dalam meninggalkan model penahanan wajib sepenuhnya sebagai bentuk pengobatan atau rehabilitasi.

### **India: Imunitas untuk pengguna narkoba yang menghadiri program pengobatan<sup>167</sup>**

Berdasarkan hukum India, orang dengan ketergantungan pada narkoba yang mengutarakan keinginan untuk menjalani pengobatan dapat mengklaim imunitas dari penuntutan, namun hanya jika pelanggaran mereka adalah penggunaan narkoba dengan melibatkan sejumlah kecil narkoba (misalnya tidak lebih dari 5 gram heroin, 25 gram opium, 2 gram kokain atau amfetamin).<sup>168</sup> Pengobatan dapat dilakukan di rumah sakit atau lembaga yang dikelola atau diakui oleh pemerintah atau pemerintah daerah.<sup>169</sup> Setelah penyelesaian program pengobatan, pengadilan dapat menunda putusan hukuman dan membebaskan pelaku dengan syarat (persyaratan bahwa pelaku tidak melakukan pelanggaran narkoba lain dalam jangka waktu hingga tiga tahun).

Proses pidana dapat dimunculkan kembali jika program pengobatan tidak diselesaikan. Pendekatan ini berpotensi baik sebagai mekanisme yang berguna untuk diversifikasi. Namun, jarang diterapkan dalam praktik dan terdapat permasalahan dalam implementasinya, khususnya mengenai kurangnya kejelasan tentang prosedur dan ketidakkonsistenan penerapan yang dijalankan oleh pengadilan.<sup>170</sup> Selain itu, sebagian pelanggar ditahan di dalam penjara selama menunggu keputusan dan sidang pengadilan. Oleh karena itu, dalam praktiknya, angka pemenjaraan tetap tinggi dalam kasus penggunaan narkoba.<sup>171</sup> Akhirnya, fakta bahwa seseorang yang

ditangkap dalam penggunaan narkoba dan kepemilikan untuk penggunaan pribadi – baik dengan ketergantungan maupun tidak – dapat diperintahkan untuk menyelesaikan pengobatan menjadi pilihan program pengobatan yang tidak tepat.

### **Bhutan: Penarikan penuntutan bagi pelanggar yang menyelesaikan perawatan**

Bhutan memiliki ketentuan di mana tersangka kepemilikan narkoba untuk penggunaan pribadi dapat diperintahkan oleh pengadilan untuk melapor ke pusat perawatan yang disetujui. Jika orang tersebut menjalankan dan berhasil menyelesaikan pengobatan tanpa melakukan pelanggaran lebih lanjut, pengadilan dapat memungkinkan penuntutan untuk ditarik.<sup>172</sup>

### **Filipina: Perintah untuk menghadiri 'pengobatan' dan 'rehabilitasi' wajib**

Di Filipina, wajib bagi pengadilan untuk merujuk orang dengan ketergantungan pada narkoba menuju pengobatan dan rehabilitasi di pusat pemerintahan selama enam bulan untuk pelanggaran pertama mereka. Sebuah pusat Perawatan Penyalahgunaan Narkoba dan Pusat Rehabilitasi, yang dioperasikan oleh Departemen Kesehatan, telah didirikan di setiap daerah. Pada kenyataannya, kemampuan pusat-pusat rehabilitasi ini dalam memberikan pengobatan berbasis bukti ilmiah masih sangat lemah. Pada 2015, pemerintah sepakat untuk membuat percontohan layanan pengobatan terhadap ketergantungan narkoba berbasis komunitas, yang bisa memberikan alternatif dari penahanan di pusat-pusat wajib.<sup>173</sup>

### **3.5.3 Pengadilan khusus narkoba<sup>174</sup>**

Pengadilan khusus narkoba pertama kali didirikan di Amerika Serikat pada tahun 1989. Sejak itu, kemudian telah diperkenalkan di Australia, Eropa, Amerika Utara dan Amerika Latin, dan sedang dipertimbangkan oleh beberapa negara Asia.<sup>175</sup> Misalnya, dalam menanggapi peningkatan angka penggunaan heroin, pengadilan khusus narkoba didirikan di Maldives pada 2011 untuk mengalihkan pelanggar narkoba menuju detoksifikasi wajib, pengobatan dan rehabilitasi.<sup>176</sup> Pada tahun 2014, Wakil Perdana Menteri Vietnam menginstruksikan Mahkamah Agung untuk mengembangkan percontohan atau pilot pengadilan khusus narkoba setelah mengunjungi pengadilan khusus narkoba di Amerika Serikat.<sup>177</sup>

Meskipun model-model dari pengadilan khusus ini sangat bervariasi, secara umum beroperasi melalui proses berikut:

- Pengadilan menyetujui rencana perawatan, yang dikembangkan oleh tim multi-disiplin
- Pengadilan memonitor erat kemajuan orang yang mengikuti rencana pengobatan
- Mengoperasikan sistem penegakan hukum dan penghargaan, misalnya pengurangan lamanya masa dalam program kepatuhan pengobatan, memberikan sanksi pemenjaraan bagi yang tidak selesai menjalani
- Pelanggar harus melakukan pengakuan bersalah

sebagai syarat partisipasi pengadilan khusus narkoba, dan jika mereka menyelesaikan rencana perawatan yang dirancang pengadilan, hukuman pemenjaraan dapat ditangguhkan atau ditunda.

Kelompok sasaran untuk pengadilan narkoba bervariasi dari satu negara ke negara lain, dan bahkan di dalam satu negara. Di Amerika Serikat, pengadilan narkoba cenderung menargetkan penggunanarkotika dan dalam kepemilikan sejumlah kecil narkotika, termasuk pengguna dengan ketergantungan pada narkotika – meskipun ada masalah dengan hal keputusan pengadilan yang dibuat dengan tidak adanya penilaian medis.<sup>178</sup> Di Amerika Latin, sebagian pengadilan narkoba menargetkan penggunanarkotika dan warga dengan kepemilikan sejumlah kecil narkotika. Di Australia, beberapa pengadilan narkotika berfokus pada pelanggar berulang yang tindak kriminalnya termasuk non-kekerasan, pelanggaran yang berhubungan dengan narkoba seperti pencurian yang merupakan akibat langsung dari ketergantungan narkotika jangka panjang.<sup>179</sup>

Pengadilan khusus narkoba telah menghadapi sejumlah kritik.<sup>180</sup> Pertama, model ini menargetkan orang yang dikenakan sebagai pengguna narkoba atau kepemilikan untuk penggunaan pribadi tetap ditangani sebagai tindak kriminal, bukan masalah kesehatan dan sosial.<sup>181</sup> Kedua, keputusan dalam menentukan apakah pelaku memiliki ketergantungan atau tidak – dan apakah pelaku kemudian membutuhkan pengobatan – akhirnya dibuat oleh hakim, bukan tenaga profesional medis yang terlatih. Ketiga, dalam banyak konteks pembangunan pengadilan narkoba belum disertai dengan pengembangan program pengobatan berbasis bukti ilmiah. Kurangnya efektivitas pengobatan dalam program yang dijalani pengguna oleh karena keputusan pengadilan narkoba justru ternyata sering menyebabkan tingginya angka kekambuhan (lihat juga **bab 2.7** pada kasus pengecualian, pada situasi krisis dapat memperbolehkan pengobatan paksa).<sup>182</sup> Dan yang terakhir, pemberlakuan hukuman pidana bagi orang-orang yang gagal dalam pengobatan atau mengalami kekambuhan bertentangan dengan pemahaman ilmiah tentang ketergantungan narkotika di mana kekambuhan adalah kejadian yang sangat mungkin terjadi. Di negara-negara seperti Amerika Serikat, sanksi pidana dikenakan pada orang yang telah gagal dalam program pengobatan sering bersifat lebih punitif daripada jika orang tersebut dituntut di bawah proses pengadilan normal.<sup>183</sup>

Tantangan-tantangan lain dalam menerapkan model pengadilan khusus narkoba di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah umumnya meliputi:

- Kurangnya sumber daya untuk memungkinkan pengadilan narkoba dan hakim untuk mengelola tiap kasus
- Kurangnya sumber daya untuk mendukung tim multi-disiplin yang terlibat dalam pengembangan rencana pengobatan dan secara detail memberi respon kesehatan dan sosial terhadap kebutuhan masing-masing pengguna
- Kurangnya layanan perawatan ketergantungan narkotika dan rehabilitasi berbasis bukti. Misalnya,

pada 2013 pengguna narkoba yang memenuhi syarat untuk pengobatan dinilai oleh Pengadilan Narkoba Maldives untuk ditahan di dalam penjara karena pusat detoksifikasi pemerintah dalam keadaan penuh dan tidak mampu menampung pasien baru.<sup>184</sup>

Dengan ditunjukkannya bahwa kualitas pengobatan berdampak pada hasil keputusan pengadilan narkoba, negara-negara didorong untuk pertama berinvestasi dalam menjamin ketersediaan prinsip pengobatan berbasis bukti sebelum mengalokasikan sumber daya yang signifikan diperlukan untuk membangun pengadilan khusus narkoba. Para pembuat kebijakan harus mengingat bahwa tujuan keseluruhan skema tersebut adalah untuk mengurangi jumlah penggunanarkotika dikirim ke penjara, dan untuk meningkatkan hasil kesehatan. Negara yang mempertimbangkan pembangunan pengadilan narkoba di Asia harus memperhatikan juga masalah yang telah diangkat di atas, dan memastikan bahwa mekanisme di dalamnya tidak menerapkan langkah-langkah yang lebih punitif terhadap penggunanarkotika.

### 3.5.4 Praktik yang baik dalam diversifikasi oleh pengadilan

Berikut adalah beberapa prinsip yang mendukung praktik yang baik untuk program diversifikasi pengadilan. Prinsip-prinsip ini berlaku baik bagi pengadilan pidana umum maupun pengadilan khusus narkoba.<sup>185</sup>

- Diversifikasi oleh pengadilan seharusnya tidak berlaku bagi pelanggaran yang hanya berupa penggunaan narkoba, kepemilikan atau budi daya dalam jumlah kecil untuk penggunaan pribadi, atau kepemilikan alat untuk penggunaan narkoba – mereka seharusnya dapat mengakses program diversifikasi di tahap awal, yaitu sebelum atau segera di saat penangkapan oleh kepolisian. Oleh karena itu investasi yang lebih besar harus dilakukan pada aspek diversifikasi oleh kepolisian dan kejaksaan, bukan diversifikasi oleh pengadilan
- Keputusan diversifikasi harus didasarkan pada penilaian profesional kesehatan, kesejahteraan dan aspek dukungan terhadap kebutuhan penggunanarkotika
- Program harus menjamin akses berkelanjutan pada perawatan ketergantungan narkotika berbasis bukti dan pelayanan kesehatan dan sosial lainnya – hal ini harus menggabungkan langkah-langkah pengurangan dampak buruk seperti OST, dan tidak hanya berdasarkan prinsip abstinen
- Program pengobatan harus disesuaikan dengan kebutuhan khusus perempuan, kalangan remaja dan kelompok etnis minoritas untuk memastikan hasil kesehatan yang positif
- Kemitraan antara pengadilan dan organisasi berbasis komunitas harus dibentuk untuk menghasilkan dukungan lokal dan meningkatkan efektivitas program
- Manajemen kasus yang sedang berlangsung harus mencakup dukungan sosial yang diperlukan untuk mencapai reintegrasi sosial, dan pendekatan non-punitif kepada pengguna narkoba

- Jika pengujian narkoba dilaksanakan, hal tersebut harus dijadikan sebagai alat untuk meneruskan informasi respon pengobatan, bukan sebagai alat pencetus hukuman
- Kekambuhan harus dipandang sebagai hal yang wajar dari pemulihan. Kegagalan untuk menyelesaikan program pengobatan atau pengulangan penggunaan narkoba tidak harus mengarah pada pengenaan sanksi pidana atau hukuman
- Pasca-pengobatan dan pasca-perawatan harus meningkatkan efek jangka panjang dari program pengobatan, dan mengandalkan jaringan layanan kesehatan dan layanan dukungan sosial.

### **Kosta Rika: pengelolaan risiko pengadilan khusus narkoba**

Kosta Rika telah menyesuaikan model pengadilan khusus narkoba untuk memastikan pengadilan tidak menerapkan

langkah-langkah punitif bagi orang-orang dengan ketergantungan narkoba. Pengadilan khusus narkoba Kosta Rika tidak menargetkan penangkapan pengguna dengan sejumlah kecil narkoba untuk penggunaan pribadi, karena kasus penggunaan narkoba dan kepemilikan untuk penggunaan pribadi telah mendapat kebijakan dekriminasi. Pada tahun 2013, negara menerapkan Proyek Keadilan Restoratif yang bertujuan untuk mengurangi populasi dalam penjara secara keseluruhan. Sebuah sistem pengadilan khusus narkoba didirikan untuk menargetkan pelanggaran tingkat rendah, pelanggaran perdana yang terkait dengan ketergantungan narkoba. Pelanggar dirujuk kepada tim multi-disiplin dan tim spesialis yang terdiri dari dokter, psikolog dan pekerja sosial yang dapat menyesuaikan respon mereka terhadap kebutuhan individual klien. Pilihan perawatan termasuk di dalamnya rujukan ke perawatan dalam rumah atau pun rawat jalan.<sup>186</sup>



## 3.6 Peran petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat dalam skema diversifikasi

### 3.6.1 Prinsip keterlibatan petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat

Petugas kesehatan, hukum dan masyarakat dapat memainkan peran penting dalam mempromosikan pendekatan kesehatan masyarakat bagi penggunaan narkoba. Mereka dapat melakukan intervensi di tingkat sosial untuk merujuk penggunaan narkoba kepada pelayanan kesehatan, dukungan hukum dan dukungan sosial sebelum mereka berhubungan langsung dengan pihak kepolisian (lihat contoh dari Swiss di **bagian 2.7**). Mereka dapat menyediakan penilaian kesehatan secara holistik untuk menginformasikan keputusan kepolisian, kejaksaan dan pengadilan dalam kaitannya dengan yang respon diversifikasi yang paling tepat untuk setiap pengguna, dan bagaimana menuntut dan membela hak-hak mereka (lihat contoh Aksi Jawa Timur dan LBH Masyarakat di Indonesia dalam **bab 3.6.2, Kotak 10**).<sup>187</sup>

Praktik yang baik bagi program diversifikasi adalah dengan menyertakan mekanisme yang memenuhi syarat profesional kesehatan dan melibatkan penilaian kebutuhan individu (lihat contoh Portugal pada **bab 2.3.1, Kotak 5**, dan program LEAD di Amerika Serikat pada **bab 3.3**).

Petugas kesehatan dapat menilai apakah salah satu opsi berikut sesuai: detoksifikasi, OST, rehabilitasi rawat inap, intervensi kejiwaan dan psikologis, konseling, program kelompok untuk pencegahan kekambuhan, dan akses ke pengujian, konseling dan pengobatan untuk HIV, hepatitis, TBC dan penyakit lainnya. Hal yang penting adalah tenaga kesehatan profesional dapat menilai ketergantungan narkoba dan kebutuhan untuk perawatan, menyadari bahwa hanya sekitar 10% dari pengguna narkoba yang mengalami ketergantungan narkoba.<sup>188</sup> Di mana terapi narkoba dibutuhkan bagi seorang individu, tenaga kesehatan profesional juga dapat memberikan nasihat tentang rujukan ke layanan pengobatan yang paling cocok (lihat **bab 2.7** untuk praktik yang baik dalam memberikan perawatan ketergantungan narkoba dan pengobatan berbasis komunitas).

Diversifikasi juga memberikan kesempatan untuk menilai kebutuhan dalam kaitannya dengan tempat tinggal dan kebutuhan perumahan, hak kesejahteraan, pekerjaan umum dan layanan pekerjaan khusus, pendidikan dan pelatihan, serta konseling keluarga – yang semuanya dapat diperoleh manfaatnya dari aspek profesionalisme bidang kesehatan, hukum dan sosial. Selain itu, kesehatan, bantuan hukum dan masyarakat dapat terlibat langsung dalam kemitraan jangka panjang dengan kepolisian dan orang-orang yang bekerja di sektor peradilan untuk memastikan bahwa respon terhadap penggunaan narkoba adalah koheren dan didasarkan pada jaminan aspek kesehatan dan hak asasi manusia. Petugas kesehatan juga memiliki peran dalam koordinasi pasca-perawatan komprehensif dan sebagai jembatan dalam layanan pengobatan sukarela jangka panjang.

Dengan peran penting dari aspek kesehatan, bantuan hukum dan masyarakat di atas dalam memastikan efektivitas dekriminasi dan respon diversifikasi pada kasus penyalahgunaan narkoba, seluruh badan tersebut harus terlibat dalam pengawasan dan evaluasi kualitas dan hasil langkah-langkah yang telah ditempuh.

### 3.6.2 Keterlibatan petugas layanan kesehatan, hukum dan masyarakat: Pengalaman di Asia

#### Kamboja

Sejak tahun 2011, Kamboja telah memberikan kerangka hukum dan kebijakan yang mendukung keterlibatan petugas medis dalam memberikan layanan pengurangan dampak buruk (termasuk NSP dan OST) dan layanan pengobatan berbasis komunitas.<sup>189</sup> Layanan pengobatan berbasis komunitas dan sukarela telah dibentuk dan menjalankan promosi berkelanjutan mengenai perawatan dan memperkuat mekanisme masyarakat dalam menyediakan layanan dan rujukan termasuk untuk menjalani layanan pengurangan dampak buruk. Pada akhir 2013, lebih dari 1.200 pengguna narkoba menerima layanan pengobatan berbasis komunitas di Kamboja.<sup>190</sup> Meskipun ada perkembangan positif ini, bagaimanapun, penahanan terhadap pengguna narkoba masih kerap terjadi di Kamboja (termasuk di bawah undang-undang tentang tunawisma dan ketertiban umum).<sup>191</sup> Terdapat juga ketegangan yang sedang berlangsung antara pihak penegak hukum setempat dan organisasi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pengguna narkoba di Kamboja, khususnya NSP.<sup>192</sup> Hal ini mengindikasikan kebutuhan akan kepastian bahwa aparat penegak hukum yang beroperasi di tingkat lokal sepenuhnya menyadari sifat dan tujuan dari program pengurangan dampak buruk, dan kebutuhan akan pelatihan mengenai cara untuk mendukung langkah-langkah tersebut.

#### Indonesia<sup>193</sup>

Pada tahun 2014, tujuh lembaga negara Indonesia menandatangani memorandum kesepakatan yang menyatakan bahwa 'pengguna rutin narkoba' akan dirujuk ke pusat rehabilitasi dan bukan ke penjara. Pejabat dari Badan Narkotika Nasional, Kementerian Kesehatan, Mahkamah Agung, Kejaksaan Agung, Polri dan Kementerian Sosial menandatangani dokumen memorandum tersebut. Perjanjian tersebut menyediakan tim kerja sama guna melakukan penilaian bersama yang terdiri atas ahli medis dan ahli hukum di tingkat nasional, provinsi dan kota untuk menentukan apakah tersangka adalah pengedar narkoba atau pengguna dan mengutarakan pilihan pengobatan untuk didengar hakim dalam persidangan kasus narkoba. Namun, bukti menunjukkan bahwa sistem ini tidak beroperasi dengan baik dalam praktiknya, dan terkendala oleh korupsi. Akibatnya, orang-orang yang tidak bisa membayar suap terus berakhir di penjara bahkan walau jika mereka memenuhi syarat untuk mendapat program diversifikasi menuju pengobatan.<sup>194</sup>

Namun demikian, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Indonesia membuat kemajuan dalam melaksanakan program nasional Pengobatan Ketergantungan Narkoba Berbasis Komunitas (CBDDT). Pada 2015, program ini dijalankan di 20 fasilitas yang dioperasikan oleh organisasi berbasis komunitas di 15 kota dan mencapai lebih dari 2.100 klien.<sup>195</sup> Program ini menggunakan indikator keberhasilan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan pengurangan risiko melalui pendekatan pengurangan dampak buruk. Program CBDDT terdiri dari program rawat inap individual selama dua bulan, dilanjutkan dengan program rawat jalan selama empat bulan. Organisasi pelaksana diwajibkan untuk mematuhi pedoman nasional yang menentukan standar minimum perawatan ketergantungan narkotika. Berbagai layanan melengkapi pendekatan CBDDT melalui mekanisme rujukan, termasuk layanan pengurangan dampak buruk, dukungan komunitas dan pelayanan kesehatan mental. PKNI, jaringan penggunanarkotika nasional Indonesia, menyediakan program pengawasan berbasis komunitas.

Beberapa organisasi masyarakat perdata, termasuk Aksi Jawa Timur (EJA) dan LBH Masyarakat (lihat **Kotak 10**), menawarkan bantuan hukum kepada penggunanarkotika untuk menjamin akses penggunanarkotika dalam mendapat program diversifikasi tersebut.

### **Kotak 10 Memberikan bantuan hukum bagi pengguna narkoba: Contoh LBH Masyarakat**

LBH Masyarakat memberikan pelayanan bantuan hukum gratis bagi penggunanarkotika, dan memberdayakan penggunanarkotika untuk memberikan bantuan pelayanan hukum ke masyarakat, termasuk sebagai paralegal yang terlatih.<sup>196</sup> LBH Masyarakat bekerja sama dengan pekerja paralegal dan masyarakat atau anggota keluarga dari penggunanarkotika mengumpulkan saksi-saksi, menyiapkan argumen pembelaan hukum, dan mengumpulkan bukti-bukti pendukung termasuk tes kejiwaan atau medis yang menunjukkan riwayat ketergantungan dan kebutuhan pengobatan. Bantuan hukum mereka termasuk di dalamnya merupakan representasi dalam mendukung program pengarahan klien di setiap tahap dari penyelidikan kepolisian hingga sidang di pengadilan. Meskipun kepolisian diizinkan untuk mengalihkan kasus dari penuntutan di bawah peraturan yang ada, mereka sering tidak bersedia untuk mengalihkan penggunanarkotika menuju pilihan pengobatan (yang termasuk kewenangan mereka karena penggunaan narkoba tetap dikriminalisasi di bawah undang-undang narkotika). Kehakiman juga dapat menerapkan kebijaksanaan mereka dalam mendukung program diversifikasi, termasuk saat menerima kesaksian saksi ahli dan bukti pendukung lainnya.

## **Thailand**

Di bawah hukum narkoba Thailand, sebuah komite yang terdiri dari psikolog, psikiater, pekerja kesehatan masyarakat dan tokoh masyarakat mempelajari setiap kasus untuk memberi informasi di pengadilan tentang apakah tersangka yang mengonsumsi dan memiliki narkoba harus dialihkan dari pemenjaraan menuju program pengobatan.<sup>197</sup> Pilihan yang tersedia untuk komite termasuk di dalamnya rujukan menuju program penahanan wajib selama empat bulan di CCDU; melepaskan pelaku untuk melakukan rawat jalan dengan terapi perilaku kognitif; melepaskan pelaku tanpa tindakan lebih lanjut; atau rujukan ke pengadilan pidana untuk menerima hukuman, yang berpotensi berupa pemenjaraan. Komite menilai apakah terdakwa termasuk penggunaan narkotika dengan ketergantungan narkotika atau tidak: mereka yang dinilai mengalami ketergantungan narkotika akan ditahan di CCDU. Kegagalan untuk lepas zat selama atau setelah pengobatan dapat mengakibatkan penuntutan dan pemenjaraan.

Sementara hukum seolah-olah menyediakan kerangka kerja untuk menangani kebutuhan kesehatan, sistem telah dikritik karena kegagalannya dalam menyediakan akses ke prinsip pengobatan berbasis bukti ilmiah. Di Thailand, penentuan apakah seorang individu mengalami ketergantungan pada narkotika biasanya diputuskan atas dasar hasil tes urin saja, tanpa menilai tingkat penggunaan narkoba, ketergantungan atau risiko perilaku terkait lainnya, misalnya dengan menggunakan Index Keparahan Ketergantungan.<sup>198</sup> Tidak ada kewajiban bagi komite untuk memenuhi kebutuhan orang yang dinilai, yang biasanya memungkinkan kebutuhan dan pandangan seseorang untuk diperhitungkan dalam mengembangkan rencana perawatan.<sup>199</sup>

Hal lain yang diperhatikan dalam prosedur adalah bahwa pelaku mungkin akan menjalani penahanan pra-sidang tanpa akses terhadap pengobatan selama enam minggu atau lebih karena harus menunggu keputusan dari komite.<sup>200</sup> Banyak tahanan, yang digolongkan sebagai 'pasien' oleh hukum, dan terus diperlakukan sebagai penjahat selama mereka dapat dikenakan penahanan baik di dalam penjara atau CCDU. Dan oleh karena OST tidak tersedia di CCDU, 'pengobatan' yang tersedia terbatas hanya dalam lingkup kerja kelompok, terapi kerja, pelatihan kerja khusus dan pendidikan jasmani, tanpa menerima masukan dari pasien tentang program pengobatan yang dijalani. Semua pasien berpartisipasi dalam program yang sama.<sup>201</sup> Bukti bahwa pendekatan ini telah efektif dalam meningkatkan kesehatan masih tergolong sedikit.



# Bab 4

## Kesimpulan dan rekomendasi Prinsip-prinsip dan prioritas

## Prinsip-prinsip pengarah

Pemerintah perlu berkomitmen pada tanggapan-tanggapan hukum dan kebijakan pada narkoba yang berbasis pada bukti dan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk, hak-hak asasi manusia serta inklusi sosial.

## Kerangka kebijakan nasional dan perencanaan

Pemerintah sebaiknya meninggalkan langkah-langkah untuk mencapai 'masyarakat bebas narkoba' sebagai prioritas kebijakan. Kebijakan-kebijakan narkotika nasional sebaiknya berfokus pada peningkatan kesehatan publik, pengurangan dampak buruk ekonomi dan sosial yang dikaitkan dengan pasar dan penggunaan narkoba, peningkatan perlindungan hak-hak asasi manusia, dan mendukung inklusi sosial dari komunitas-komunitas penggunanarkotika yang rapuh dan terpinggirkan. Perencanaan untuk pembuatan dan implementasi program-program dekriminalisasi dan diversifikasi perlu didasarkan pada data dan bukti (contohnya efek dari kriminalisasi dan hukuman pada kesehatan dan kualitas hidup penggunanarkotika), dan secara langsung melibatkan komunitas-komunitas, khususnya penggunanarkotika, untuk memastikan efektifitas langkah-langkah tersebut.

Prioritas-prioritas nasional sebaiknya meliputi:

- **Dekriminalisasi:** Lakukan kajian hukum dan kebijakan secara komprehensif, berbasis data, bukti dan konsultasi-konsultasi yang melibatkan komunitas lokal, para ahli dan kelompok penggunanarkotika, untuk membekali perencanaan-perencanaan nasional yang memetakan setiap jalur yang menuju pada penghapusan hukuman-hukuman pidana dan hukuman lain untuk penggunaan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, serta kepemilikan dan budidaya narkoba untuk penggunaan pribadi. Setiap negara perlu mempertimbangkan serangkaian faktor-faktor yang meliputi peran dan kapasitas polisi, kejaksaan, pengadilan, dan pegawai kesehatan untuk terlibat secara efektif di model atau contoh dekriminalisasi.
- **Diversi:** Kembangkan dan kenalkan program-program di mana polisi, kejaksaan dan/atau pengadilan mengalihkan penggunanarkotika dari sistem pengadilan pidana, dan bila diperlukan, menuju ke pilihan-pilihan pengurangan dampak buruk, pelayanan kesehatan dan sosial. Di dalam sebuah lingkungan dekriminalisasi, skema-skema diversifikasi ini perlu berfokus pada orang-orang yang pelanggarannya berkaitan dengan ketergantungan mereka terhadap narkoba.
- **Layanan-layanan kesehatan dan pengurangan dampak buruk:** Bentuk, perluas dan perkuat layanan-layanan pengurangan dampak buruk dan layanan-layanan perawatan sukarela berbasis masyarakat untuk memastikan peningkatan hasil di bidang kesehatan, hak-hak asasi manusia serta inklusi sosial.

## Wajib lapor dan lembaga pemasyarakatan

Sesuai dengan rekomendasi-rekomendasi PBB, pemerintah sebaiknya segera menutup CCDU, mempromosikan akses ke perawatan sukarela berbasis komunitas, pengurangan dampak buruk dan layanan-layanan sosial, serta menghapus syarat-syarat wajib lapor atau registrasi bagi penggunanarkotika ke lembaga-lembaga penegak hukum.<sup>202</sup>

## Jumlah ambang batas

Jumlah ambang batas dapat bermanfaat di mana mereka menjadi bagian dari paket reformasi berorientasi kesehatan yang lebih luas, dan dijadikan untuk dekriminalisasi kepemilikan narkoba dalam jumlah yang kecil untuk penggunaan pribadi dan/atau untuk mengarahkan kepolisian, kejaksaan dan/atau kehakiman dalam diversifikasi penggunanarkotika menjauh dari sistem pengadilan pidana. Apabila sebuah negara memutuskan untuk memakai jumlah ambang batas, faktor-faktor berikut ini perlu dipertimbangkan:

- Kuantitas yang dimaksud sebaiknya realistis dan berdasarkan bukti mengenai model penggunaan (contohnya, jumlah narkoba yang kemungkinan besar dimiliki oleh seseorang untuk tujuan konsumsi) dan model pembelian (jumlah narkoba yang dibeli oleh seorang pengguna untuk penggunaan pribadi, misalnya, pasokan untuk beberapa hari).
- Di mana jumlah ambang batas diresepkan, hal ini sebaiknya hanya dianggap sebagai indikator. Polisi, jaksa dan hakim sebaiknya bijaksana dalam menentukan diskresi kasus per kasus sesuai dengan bukti yang tersedia apakah sebuah kasus berdasarkan kepemilikan narkoba perlu diteruskan atau dibatalkan.
- Penentuan kepemilikan untuk tujuan pasokan perlu dibuat dengan banyak faktor sebagai dasar, termasuk peran dan motifasi yang ditunjukkan di transaksi pemasokan, dan tergantung pada pengawasan judicial. Langkah-langkah tersebut membantu memastikan bahwa penggunanarkotika tidak divonis bersalah untuk sebuah pelanggaran pemasokan narkoba.

## Promosi perawatan berbasis bukti dan layanan pengurangan dampak buruk

Layanan-layanan perawatan untuk ketergantungan narkoba sebaiknya sukarela, berbasis bukti dan harus sesuai dengan standar-standar internasional perawatan ketergantungan. Secara khusus, layanan-layanan sebaiknya mengakui bahwa tidak ada satu metode perawatan yang sesuai untuk semua individu yang memiliki ketergantungan pada narkoba. Akan tetapi, layanan-layanan yang tersusun secara komprehensif perlu ditawarkan untuk menanggapi isu-isu kesehatan dan sosial yang kompleks yang diasosiasikan dengan ketergantungan narkoba. Pengaturan perawatan yang sesuai, intervensi-intervensi dan layanan-layanan untuk kebutuhan masing-masing individu sangatlah penting dalam keberhasilan perawatan, yaitu peningkatan kualitas hidup.

Hasil tes urin yang positif sebaiknya tidak digunakan atau diterima sebagai bukti ketergantungan narkoba. Pada mekanisme-mekanisme diversifikasi, kepolisian, kejaksaan dan/atau kehakiman diminta untuk mengambil keputusan-keputusan berdasarkan evaluasi medis yang menentukan ketergantungan narkoba berdasarkan kriteria-kriteria internasional yang sudah disepakati.

Pemerintah sebaiknya mengadopsi dan meningkatkan intervensi-intervensi pengurangan dampak buruk serta memastikan bahwa akses mereka tidak bersyarat pada pendataan pengguna narkoba yang dapat diakses oleh institusi-institusi penegak hukum. Intervensi-intervensi pengurangan dampak buruk seperti OST dan NSP perlu disediakan baik di masyarakat maupun di lembaga masyarakat serta di tempat-tempat tertutup, dan tidak terhambat oleh praktik-praktik kepolisian seperti penangkapan.

### Diversi oleh kepolisian

Diversifikasi kepolisian akan menjadi efektif dalam konteks di mana kepolisian dapat membangun kepercayaan dengan komunitas-komunitas pengguna narkoba. Bila korupsi kepolisian mengakar, mungkin tidak cukup layak memberikan peran kepada kepolisian untuk mengambil keputusan utama dalam proses diversifikasi. Program-program diversifikasi Kepolisian sebaiknya mengikuti ciri-ciri utama di bawah ini:

- Diversifikasi kepolisian dapat meliputi sebuah keputusan untuk tidak melakukan aksi lanjut, mengeluarkan peringatan dan/atau memberi rujukan ke layanan-layanan kesehatan dan pengurangan dampak buruk
- Di mana orang-orang didapati memiliki narkoba dalam jumlah kecil, atau peralatan untuk memakai narkoba, diversifikasi seharusnya dilaksanakan sebelum pendakwaan
- Program tersebut sebaiknya melibatkan sebuah komponen pendidikan. Ini dapat meliputi ketetapan informasi oleh petugas kepolisian tentang pengurangan dampak buruk atau rujukan ke layanan-layanan kesehatan, perawatan narkoba, pengurangan dampak buruk atau layanan dukungan komunitas
- Kuota penangkapan untuk penggunaan narkoba, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, dan kepemilikan serta budidaya untuk penggunaan pribadi sebaiknya dihilangkan.

### Diversi oleh kejaksaan

Petunjuk penuntutan sebaiknya mewajibkan kejaksaan mempertimbangkan untuk tidak meneruskan dengan tuntutan bagi penggunaan narkoba, kepemilikan atau budidaya untuk penggunaan pribadi dan kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, dan untuk pelanggaran-pelanggaran kecil tanpa kekerasan yang berkaitan dengan penggunaan atau ketergantungan seseorang terhadap narkoba. Untuk pelanggaran-pelanggaran seperti itu, kejaksaan harus dapat menentukan apakah:

- Penuntutan tidak diteruskan dan tidak ada aksi lanjutan yang akan ditempuh, atau

- Penuntutan tidak akan dilanjutkan terhadap pelanggar yang mendatangi layanan pengurangan dampak buruk, sebuah program perawatan (bila diperlukan) atau layanan-layanan sosial lainnya.

Petunjuk penuntutan sebaiknya memastikan bahwa kejaksaan membuat keputusan berdasarkan sebuah pemahaman terhadap perbedaan antara penggunaan narkoba yang sekali-kali dan ketergantungan – hanya mereka yang memiliki ketergantungan pada narkoba yang bisa mendapatkan manfaat dari rujukan ke sebuah perawatan.

### Diversi oleh pengadilan

Pengadilan sebaiknya memiliki pilihan untuk tidak memberi hukuman dan tidak memberi vonis untuk penggunaan narkoba, kepemilikan atau budidaya untuk penggunaan pribadi dan kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, dan untuk pelanggaran-pelanggaran kecil tanpa kekerasan yang berkaitan dengan penggunaan atau ketergantungan seseorang terhadap narkoba (misalnya pencurian, penyelundupan atau penjualan tingkat kecil). Ketika program diversifikasi pengadilan beroperasi, pengadilan sebaiknya melengkapi skema-skema diversifikasi kepolisian dan kejaksaan. Pengadilan sebaiknya dapat menawarkan pilihan-pilihan diversifikasi untuk pengguna narkoba yang tertangkap untuk pelanggaran-pelanggaran yang lebih serius yang berkaitan dengan narkoba, dibandingkan dengan pengguna narkoba saja. Lebih baik orang-orang yang berpotensi dituntut untuk penggunaan atau kepemilikan narkoba dalam jumlah sedikit dan untuk penggunaan pribadi dialihkan di kepolisian atau kejaksaan, bukan di pengadilan.

Petunjuk pemberian vonis sebaiknya mendukung pemberian hukuman tanpa pemenjaraan bagi orang-orang yang bersalah atas pelanggaran-pelanggaran yang berkaitan dengan narkoba. Ini meliputi pelayanan di komunitas untuk mereka yang didapati memiliki ketergantungan terhadap narkoba melalui penilaian medis.

Pengadilan sebaiknya memiliki akses ke saran-saran multidisipliner untuk pilihan-pilihan penilaian. Sangatlah penting bahwa prosesnya memungkinkan pengadilan untuk membedakan antara (i) orang-orang pengguna narkoba sesekali, untuk tujuan rekreasi dan/atau tanpa mengalami masalah, dan (ii) orang-orang yang tergantung pada narkoba dan dapat mengambil manfaat dari akses ke perawatan. Pengadilan dapat menawarkan:

- Rujukan sebelum atau sesudah pemberian vonis ke perawatan sukarela berbasis masyarakat, pengurangan dampak buruk dan pilihan-pilihan pelayanan sosial
- Perawatan yang disesuaikan untuk individu, pengurangan dampak buruk dan pilihan-pilihan dukungan sosial.

### Bantuan hukum dan akses untuk keadilan

Orang-orang yang memakai obat-obatan seharusnya memiliki akses ke bantuan hukum independen dan pengacara sebagai aspek integral dari program diversifikasi

untuk memastikan mereka tahu akan hak-hak hukum mereka, dan dapat membela kasus mereka dalam seluruh tahapan hukum.

### **Peran petugas kesehatan**

Petugas kesehatan dan komunitas dapat mendukung implementasi program dekriminialisasi dan diversifikasi dengan cara:

- Melakukan intervensi di tingkat masyarakat untuk merujuk pengguna narkoba sebagai dukungan sebelum terjadinya kontak dengan kepolisian
- Memberikan penilaian-penilaian kesehatan untuk memberikan informasi sebagai dasar keputusan yang diambil oleh kepolisian, kejaksaan dan pengadilan berkaitan dengan diversifikasi
- Memberikan penilaian yang menyeluruh dan tanggapan untuk kebutuhan-kebutuhan dari pengguna narkoba agar dialihkan dari sistem pengadilan pidana

- Melibatkan komunitas, kepolisian dan pihak-pihak lain yang bekerja di sektor peradilan untuk mempromosikan pendekatan-pendekatan pengurangan dampak buruk dan kesehatan masyarakat
- Mengadopsi standar-standar kualitas minimal untuk memastikan bahwa program-program perawatan ketergantungan narkoba berbasis pada bukti dan menghormati hak-hak asasi pengguna narkoba
- Mengawasi dan menilai kualitas dan efektifitas model-model dekriminialisasi dan diversifikasi.

Proses dekriminialisasi penggunaan narkoba dan/atau implementasi langkah-langkah diversifikasi melibatkan pertimbangan beberapa faktor, termasuk kebutuhan untuk mendapatkan dukungan publik. Untuk saran-saran di langkah-langkah praktis yang diambil dalam mempersiapkan implementasi tersebut, silahkan merujuk ke **Lampiran 2**.

# Lampiran

# Lampiran 1 Program-program dekriminialisasi dan diversifikasi di bawah konvensi narkoba PBB

Tiga konvensi PBB pada kontrol narkoba antara lain:

- Konvensi Tunggal pada Narkoba/The Single Convention on Narcotic Drugs (1961) yang diamandemen oleh Protokol 1972;
- Konvensi Bahan-bahan Psikotropika/Convention on Psychotropic Substances (1971); dan
- Konvensi PBB melawan Perdagangan Gelap Narkoba dan Bahan-bahan Psikotropika/United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988).

Tujuan dari konvensi-konvensi ini adalah untuk menetapkan langkah-langkah kontrol internasional untuk memastikan bahwa narkotika tersedia untuk tujuan-tujuan medis dan ilmu pengetahuan, sementara mencegahnya agar tidak dialihkan ke jalur-jalur ilegal. Perjanjian-perjanjian tersebut juga meliputi ketentuan-ketentuan umum pada perdagangan dan penggunaan narkoba.

## Konteks sejarah<sup>203</sup>

Sebelum adanya konvensi-konvensi narkoba, beberapa negara di Asia berpartisipasi di industri-industri kokain dan opium global, memasok perusahaan-perusahaan narkotika di Barat dan Jepang. Dalam negosiasi untuk Konvensi 1961, beberapa negara memegang peran utama sebagai yang dikenal dengan kelompok 'negara-negara organik'. Sebagai produsen dari bahan-bahan mentah organik untuk sebagian besar pasokan narkotika global, negara-negara Asia telah menjadi fokus dari usaha-usaha pengaturan narkoba internasional. Mereka juga memiliki sejarah panjang penggunaan narkoba di dalam budaya-budaya lokalnya, dengan narkotika seperti ganja yang memiliki fungsi penting keagamaan serta ganja dan opium yang dipakai di lintas Asia untuk pengobatan tradisional.

India, Turki, Pakistan dan Burma memimpin peran di kelompok 'negara-negara organik', yang juga termasuk Indonesia sebagai negara produsen kokain dan negara-negara lain produsen opium dan ganja di Asia Selatan dan Asia Tenggara. Mereka mendukung usaha-usaha kontrol nasional yang berdasar pada kondisi-kondisi lokal dan waspada akan badan-badan kontrol internasional yang kuat. Mereka menolak penguatan kontrol internasional karena batasan-batasan yang sudah ada pada produksi dan ekspor telah berpengaruh secara langsung pada populasi dan industri domestik. Meskipun mereka relatif tidak berdaya melawan negara-negara yang melarang, seperti AS, mereka mencari bantuan pengembangan untuk mengompensasi kerugian yang diakibatkan oleh pemberlakuan kontrol-kontrol ketat tersebut.

## Penggunaan narkoba dan kepemilikan untuk penggunaan pribadi di bawah konvensi narkoba PBB<sup>204</sup>

Tujuan dasar dari konvensi-konvensi, sebagaimana disampaikan di pembukaan mereka, adalah untuk

melindungi 'kesehatan dan kesejahteraan' kemanusiaan.

Penggunaan narkoba dihilangkan dari pasal-pasal konvensi narkoba PBB yang menetapkan bahwatindakanyang berkaitan dengan narkoba adalah tindakan kriminal. Konvensi PBB tidak mewajibkan negara-negara untuk memberikan hukuman apapun (pidana maupun perdata) untuk penggunaan narkoba. Hal ini secara jelas disebutkan di Komentar dari Konvensi 1988 mengenai pasal 3 dari Konvensi di "Pelanggaran dan Sanksi": "Perlu dicatat bahwa, sebagaimana dengan Konvensi 1961 dan 1971, paragraf 2 tidak mewajibkan konsumsi narkoba untuk ditetapkan sebagai pelanggaran yang dapat dihukum."<sup>205</sup>

Konvensi-konvensi tersebut juga memberi keleluasaan bagi negara-negara berkaitan dengan kriminalisasi dari kepemilikan untuk penggunaan pribadi, meskipun ketetapan-ketetapan tersebut lebih mengikat daripada yang berkaitan dengan konsumsi atau penggunaan narkoba.<sup>206</sup> Kriminalisasi kepemilikan narkoba merujuk pada Konvensi PBB 1988, yang menyatakan:<sup>207</sup>

*Tergantung padaprinsip-prinsip konstitusional dan konsep-konsep dasar dari sistem hukumnya, setiap Pihak akan mengadopsi langkah-langkah tersebut apabila diperlukan untuk menetapkan sebagai pelanggaran pidana di bawah hukum domestiknya, bila dilakukan secara sengaja, kepemilikan, pembelian atau budidaya narkoba atau bahan-bahan psikotropika untuk konsumsi pribadi yang bertentangan dengan ketetapan-ketetapan dari Konvensi 1961, amandemen Konvensi 1961 atau Konvensi 1971.*

Pasal ini memberikan beberapa keleluasaan bagi pemerintah untuk mengkriminalisasi atau tidaknya kepemilikan narkoba untuk penggunaan pribadi.

Pertama, Pasal tersebut menyatakan bahwa langkah-langkah yang diperlukan untuk diadopsi oleh sebuah negara tergantung pada 'prinsip-prinsip konstitusi dan konsep-konsep dasar dari sistem hukumnya'.<sup>208</sup> Ini berarti bahwa negara-negara anggota dapat memilih untuk tidak mengkriminalisasikan kepemilikan narkoba untuk konsumsi pribadi bila tidak sesuai dengan konstitusi (misalnya, berdasarkan hak privasi atau kebebasan di bawah konstitusi nasional) atau bila bertentangan dengan sistem-sistem hukum mereka.<sup>209</sup>

Kedua, di bawah pasal ini, negara-negara anggota hanya diminta untuk mengadopsi undang-undang untuk mengkriminalisasi kepemilikan narkoba untuk penggunaan pribadi di mana kepemilikan adalah bertentangan dengan Konvensi 1961 atau 1971. Di artikel 36(1)(a) dan 2(5)(b), Konvensi 1961 dapat dipahami mewajibkan kriminalisasi penggunaan narkoba, seperti ganja dan heroin, hanya bisa dianggap sesuai oleh negara berdasarkan alasan kesehatan masyarakat.

Pasal 33 dari Konvensi 1961 menyatakan bahwa 'Para pihak tidak akan mengizinkan kepemilikan narkoba kecuali atas



otoritas hukum' dan hanya untuk tujuan-tujuan medis dan ilmu pengetahuan. Pasal selanjutnya 36(1) mewajibkan negara-negara untuk mendeklarasikan kepemilikan narkoba sebagai pelanggaran yang dapat dihukum. Akan tetapi, penekanan Konvensi pada penanganan perdagangan menyarankan bahwa negara-negara tidak diwajibkan berdasarkan pasal 36 untuk menyatakan bahwa kepemilikan untuk penggunaan pribadi sebagai pelanggaran pidana, khususnya bila ada dasar-dasar kesehatan masyarakat yang kuat yang menentanginya. Pendapat ini didukung oleh sejarah penulisan pasal 36, yang pada awalnya berjudul 'Hukum-hukum melawan perdagangan ilegal'. Situasi yang sama diterapkan pada Konvensi 1971.<sup>210</sup>

Selanjutnya, dan secara mendasar, konvensi pengontrolan narkoba harus diinterpretasikan sesuai dengan tantangan-tantangan khusus dan hukum-hukum yang terdapat di masing-masing negara, juga di dalam konteks kewajiban-kewajiban hak-hak asasi manusia masing-masing negara di bawah hukum internasional.<sup>211</sup> Tujuan dari PBB, sebagai awal di dalam perjanjian PBB, meliputi promosi solusi-solusi terhadap masalah-masalah kesehatan dan sosial internasional, juga penghormatan universal untuk hak-hak asasi manusia. Pemerintah memiliki kewajiban di bawah hak atas kesehatan untuk melakukan semua langkah penting sebagai pencegahan, perawatan dan kontrol penyakit untuk memastikan akses ke pengobatan utama, untuk mengambil langkah-langkah tegas untuk mendorong kesehatan masyarakat dan untuk menahan perbuatan yang membatasi kemampuan rakyat untuk menjaga kesehatan mereka.<sup>212</sup>

Di bawah hukum internasional, batasan-batasan hak-hak asasi manusia dapat diterapkan bila ditentukan oleh hukum, tidak membedakan dan menentukan batasan-batasan yang tidak lebih penting untuk mencapai sebuah tujuan yang logis. Oleh karena itu, negara memiliki beban untuk membenarkan bahwa kriminalisasi penggunaan narkoba atau kepemilikan dan budidaya narkoba untuk penggunaan pribadi memenuhi tantangan ini.<sup>213</sup> Melindungi kesehatan masyarakat adalah sebuah tujuan yang logis, akan tetapi menetapkan sanksi-sanksi pidana untuk penggunaan narkoba dan kepemilikan untuk penggunaan pribadi telah memperburuk dampak-dampak negatif di area kesehatan dan sosial yang diasosiasikan dengan penggunaan narkoba, dan yang tidak juga penting ataupun sebanding – penangkapan dan penahanan adalah langkah-langkah yang tidak sebanding dan dapat berdampak di akses pada hak-hak mendasar ke kesehatan, pekerjaan, pendidikan, perumahan, kemampuan memilih, dan memisahkan orang tua dari anak-anaknya. Negara dapat menggunakan

langkah-langkah non pidana kesehatan masyarakat untuk mengatasi ketergantungan narkoba dan penggunaan narkoba, termasuk memberikan akses sukurla ke perawatan narkoba berbasis bukti, layanan-layanan pengurangan dampak buruk, serta dukungan sosial.<sup>214</sup>

### Alternatif dari pemutusan dan pemberian hukuman

Pasal 3(4)(d) dari Konvensi 1988 menyatakan:

*Negara dapat memberikan, baik sebagai alternatif dari pemutusan atau pemberian hukuman, atau selain pemutusan atau pemberian hukuman dari pelanggaran yang ditetapkan sesuai dengan paragraf 2 dari pasal ini, langkah-langkah perawatan, pendidikan, layanan setelah perawatan dan rehabilitasi atau integrasi kembali ke masyarakat untuk pelanggar.*

Negara-negara anggota PBB mengadopsi Deklarasi Pengurangan Permintaan Narkoba (*Declaration on Drug Demand Reduction*) di tahun 1999 setelah diskusi-diskusi di Sesi Khusus Majelis Umum PBB yang membahas tentang narkoba di tahun 1998, yang mencakup ketetapan berikut:

*Untuk mendorong integrasi sosial dari pelanggar penyalahgunaan narkoba, apabila sesuai dan konsisten dengan hukum-hukum nasional dan kebijakan-kebijakan Negara-negara Anggota, pemerintah sebaiknya mempertimbangkan, baik sebagai alternatif dari pemutusan atau hukuman atau penambahan dari hukuman, bahwa penyalahgunaan narkoba perlu menjalani perawatan, pendidikan, pelayanan setelah perawatan, rehabilitasi dan integrasi kembali ke masyarakat.<sup>215</sup>*

Sebuah resolusi 2012 yang diadopsi oleh Komisi PBB tentang Narkotika dan Obat-obatan mencatat bahasa pada alternatif sanksi-sanksi pidana di konvensi-konvensi narkoba PBB, dan mendorong negara-negara anggota '...untuk mempertimbangkan implementasi penuh dari perawatan ketergantungan narkoba dan pilihan-pilihan layanan untuk pelanggar, khususnya, bila sesuai, memberikan perawatan sebagai alternatif dari penahanan...'. Komisi tersebut selanjutnya mengadopsi sebuah resolusi di tahun 2015 mengajak semua negara-negara anggota:

*melaui kolaborasi antara otoritas kesehatan dan peradilan, untuk menggunakan serangkaian langkah-langkah alternatif terhadap pemutusan atau pemberian hukuman untuk pelanggaran-pelanggaran yang berkaitan dengan narkotika di skala kecil guna meningkatkan kesehatan publik dan keamanan bagi individu, keluarga dan masyarakat.<sup>216</sup>*

## Lampiran 2 Langkah-langkah praktis untuk penerapan dekriminalisasi dan diversifikasi

1. Perkuat dukungan dari berbagai lembaga pemerintahan untuk proposal dekriminalisasi dan diversifikasi termasuk lembaga-lembaga dengan tanggung jawab pada kontrol narkoba, kesehatan, hukum dan peradilan, lembaga pemasyarakatan dan keamanan publik, dan dari lembaga-lembaga hak asasi manusia nasional.
2. Libatkan komunitas-komunitas lokal dan masyarakat perdata:
  - Libatkan komunitas-komunitas pengguna narkoba dan kelompok-kelompok masyarakat perdata di dalam reformasi hukum dan proses pengembangan kebijakan. Pastikan bahwa pengguna narkoba memiliki kesempatan untuk memberikan pandangan-pandangan mereka tentang hukum dan pilihan-pilihan kebijakan, dan memiliki akses pada informasi serta pendidikan tentang bagaimana perubahan-perubahan yang diajukan di bidang hukum, kebijakan dan praktik-praktiknya akan berpengaruh pada kehidupan mereka.
  - Carilah dukungan untuk reformasi hukum dan kebijakan-kebijakan untuk menghapus sanksi-sanksi pidana dari asosiasi-asosiasi profesional di bidang kedokteran, kesehatan masyarakat, hukum dan lembaga pemasyarakatan/corrections.
  - Perkuat dukungan untuk reformasi hukum dan kebijakan dari pemimpin-pemimpin agama, adat, dan masyarakat pada dasar bahwa perubahan ke pendekatan masyarakat terhadap penggunaan narkoba merupakan sebuah isu yang membutuhkan keberanian dan kepemimpinan.
  - Libatkan publik umum pada diskusi terbuka yang terinformasi. Kampanye-kampanye pendidikan masyarakat mungkin perlu dilaksanakan untuk membahas ketakutan-ketakutan yang tidak rasional dan untuk meyakinkan publik bahwa dekriminalisasi bukanlah sebuah ancaman untuk generasi muda, keselamatan masyarakat atau keamanan publik. Pendidikan masyarakat dapat mengurangi demonisasi pengguna narkoba dan stigma yang dikaitkan dengan penggunaan narkoba. Melibatkan media untuk menguatkan dukungan publik penting untuk memastikan bahwa proposal-proposal legislatif tidak akan mengarah pada sebuah reaksi balik yang menghasilkan proposal-proposal berlawanan yang meningkatkan hukuman pidana dan melemahkan tujuan-tujuan kesehatan masyarakat.
3. Pertimbangkan apakah dekriminalisasi *de facto* dapat diperkenalkan melalui perubahan-perubahan kebijakan dan praktik-praktik pengaturan sebelum dibentuknya undang-undang penghapusan sanksi-sanksi pidana. Lakukan eksplorasi untuk mengetahui apakah sebuah pendekatan berfase terhadap dekriminalisasi memiliki peluang keberhasilan yang lebih besar daripada proposal untuk segera menghapus semua sanksi-sanksi pidana. Sebagai contoh, dekriminalisasi ganja atau kratom dapat dijadikan awal percontohan dari sebuah pendekatan *de facto* sebelum mengenalkan perundang-undangan untuk menghapus sanksi-sanksi pidana pada penggunaan atau kepemilikan ganja dan narkotika lain untuk penggunaan pribadi.
4. Buatlah konsensus pada *tujuan* dan *lingkup* skema-skemadekriminalisasi dan diversifikasi:
  - Pastikan bahwa tujuan-tujuan dari skema-skema dekriminalisasi dan diversifikasi terfokus dengan jelas pada hasil pengurangan dampak buruk dan pada peningkatan kesehatan masyarakat, inklusi sosial dan hak-hak asasi manusia, bersamaan dengan pengurangan hukuman dan pemerataan pengguna narkoba.
  - Buatlah forum-forum konsultasi dan dialog yang melibatkan pemerintah, masyarakat perdata dan para pemegang kepentingan di masyarakat agar mendapatkan dukungan untuk sebuah pendekatan komprehensif yang meliputi penghapusan hukuman-hukuman pidana dan sanksi-sanksi lain untuk: penggunaan narkoba, kepemilikan narkoba untuk konsumsi pribadi, kepemilikan peralatan untuk penggunaan narkoba, dan budidaya narkoba untuk tujuan konsumsi pribadi. Sebagai bagian dari forum-forum tersebut, fasilitasilah dialog tentang implementasi model dekriminalisasi 'standar emas' di mana hukum dirubah sehingga tidak ada sanksi-sanksi pidana, perdata atau administratif diterapkan, tapi investasi-investasi dibuat untuk memastikan ketersediaan dan akses ke perawatan narkoba sukarela, pengurangan dampak buruk dan pelayanan-pelayanan sosial.
  - Apabila sanksi-sanksi administratif diterapkan sebagai alternatif dari sanksi-sanksi pidana, pastikan bahwa sanksi-sanksi tersebut sifatnya kecil dan tidak melibatkan penahanan di penjara, wajib lapor dan monitor, tes air seni, atau langkah-langkah lain bertentangan dengan prinsip-prinsip hak-hak asasi manusia, pengurangan dampak buruk serta kesehatan masyarakat.
  - Berkaitan dengan kepemilikan narkoba untuk penggunaan pribadi, pertimbangkan apakah jumlah ambang batas digunakan, dan bila iya, bagaimana menentukannya. Ambang batas sebaiknya realistis dan berbasis pada riset yang dilakukan secara lokal yang memberi bukti jumlah rata-rata yang dikonsumsi dan dibeli oleh para pengguna narkoba.
  - Perjelas bahwa proposal ini berfokus pada penghapusan sanksi-sanksi pidana yang diterapkan pada pengguna narkoba, dan tidak berfokus pada hukum produksi dan distribusi untuk kepentingan komersial.

5. Pertimbangkan implikasi-implikasi penganggaran, khususnya untuk memastikan ketersediaan pendanaan yang cukup untuk program-program diversifikasi, penanganan berbasis komunitas, pelayanan-pelayanan kesehatan dan pengurangan dampak buruk, konseling serta pelayanan-pelayanan sosial bagi pengguna narkoba.
6. Identifikasi kesempatan-kesempatan mendatang di parlemen untuk mengubah atau menghapus sanksi-sanksi pidana dan/atau administratif. Perwakilan pendukung di parlemen perlu diidentifikasi untuk mendidik legislator lain tentang proposal-proposal reformasi hukum dan untuk mendorong undang-undang untuk segera dipertimbangkan tanpa penundaan.
7. Lakukan investasi pada pelatihan dan pengembangan kapasitas untuk personel penegak hukum dan petugas kesehatan agar peran-peran dan tanggungjawab mereka pada skema-skema dekriminialisasi dan diversifikasi dipahami dan direpresentasikan dengan baik.

## Catatan akhir

1. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), The UN drug control conventions: The limits of latitude (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons, pp. 44-47, [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding\\_in\\_prisons\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf)
2. For further discussion and analysis of diversion measures, see: United Nations Office on Drugs and Crime (2006), Criminal justice assessment toolkit, [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/cjat\\_eng/CJAT\\_Toolkit\\_full\\_version.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/cjat_eng/CJAT_Toolkit_full_version.pdf)
3. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (WHO) (2008), Discussion paper - Principles of drug dependence treatment, <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
4. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), UNODC World Drug Report, p.1, [www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
5. International Drug Policy Consortium (2014), Advocacy note: Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice, [http://idhdp.com/media/1236/idpc-advocacy-note-compulsory-rehabilitation-latin-america\\_english.pdf](http://idhdp.com/media/1236/idpc-advocacy-note-compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf)
6. Tanguay, P. et al, (2015) 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', *Harm Reduction Journal*, 12:31, <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0>
7. See definition by Harm Reduction International: Harm Reduction International (2010), What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
8. See: World Health Organisation, Evidence for action series, policy briefs and technical papers, [http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence\\_for\\_action/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/); World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012), WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision, <http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>
9. For information regarding legal regulation, please refer to Chapter 3.2 of: International Drug Policy Consortium (2016), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
10. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), The UN drug control conventions: The limits of latitude (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), <http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons, pp. 44-47, [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding\\_in\\_prisons\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf)
11. United Nations Secretary-General Ban Ki-Moon (26 June 2015), Message on International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking, UNIS/SGSM/645, <http://www.unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2015/unisgsm645.html>
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015) A public health and rights approach to drugs, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2803\\_drugs\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2803_drugs_en.pdf); Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2014), The gap report, [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
13. United Nations Development Program (2015), Addressing the development dimensions of drug policy, <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf>
14. World Health Organisation (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, p. 91, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>
15. United Nations High Commissioner for Human Rights (September 2015), Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights, A/HRC/30/65, para. 38, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx>
16. UN Women (2014), A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes, [https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender\\_and\\_Drugs\\_-\\_UN\\_Women\\_Policy\\_Brief.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf)
17. The Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report to the General Assembly A/65/255, 6 August 2010, <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/SPhealthl.pdf>; Report of the Special Rapporteur on torture A/HRC/10/44, Submission to Committee on Torture 2012, <http://daccess-ods.un.org/TMP/8202025.89035034.html>
18. Rolles, S. (20 October 2015), 'The truth behind the UNODC's leaked decriminalisation paper', Transform Blog, <http://www.tdpf.org.uk/blog/truth-behind-unodcs-leaked-decriminalisation-paper>
19. International Narcotics Control Board (2015), Press release: International Narcotics Control Board concludes its 114th session, [https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2015/press\\_release\\_131115.html](https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2015/press_release_131115.html)
20. Vienna Declaration, official declaration of the XVIII International AIDS Conference (2010), <http://www.viennadeclaration.com>. The Declaration was initiated by several of the world's leading HIV and drug policy scientific bodies: the International AIDS Society, the International Centre for Science in Drug Policy, and the BC Centre for Excellence in HIV/AIDS
21. Global Commission on Drug Policy (2014), Taking control: Pathways to drug policies that work, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
22. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
23. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html>
24. <https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illegal-traffic.html>
25. Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988, p. 82, para. 3.94, [https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_united\\_nations\\_convention\\_1988\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_united_nations_convention_1988_E.pdf)
26. Statement by INCB President Dr. Lochan Naidoo, 58<sup>th</sup> Session of the Commission on Narcotic Drugs Special segment on preparations for the special session of the General Assembly on the world drug problem (UNGASS) to be held in 2016, Vienna, 9-17 March 2015, [https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/Statement\\_INCB\\_President\\_CND\\_2015\\_UNGASS\\_06\\_03\\_15V\\_1\\_cl\\_INCB\\_logo.pdf](https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/Statement_INCB_President_CND_2015_UNGASS_06_03_15V_1_cl_INCB_logo.pdf)
27. Article 3(4)(d), UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988
28. See chapter 3 for country examples
29. Country examples are discussed in chapter 3. See also: Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
30. Harm Reduction International (2015), The death penalty for drug offences: A global overview, [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/DeathPenaltyDrugs\\_Report\\_2015.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/DeathPenaltyDrugs_Report_2015.pdf)
31. Hayashi, K. et al. (2013), 'Reports of police beating and associated harms among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: A serial cross-sectional study', *BMC Public Health*, 13: 733, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/733>
32. Reid, G. & Crofts, N., 'Historical perspectives on drug use in Southeast Asia'. In: Rahman, F. & Crofts, N. (ed.) (2013), *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 1-11; Rahman, F. & Crofts, N. (ed.) (2013) *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 27-38. See also:



- International Drug Policy Consortium (2015), Throughout Asia, criminalisation and harsh punishment are imposed on people who use drugs (infographic), <http://idpc.net/alerts/2015/01/throughout-asia-criminalisation-and-hard-punishment-are-imposed-on-people-who-use-drugs>
33. Brunei: Misuse of Drugs Act, section 29; Malaysia: Dangerous Drugs Act, section 39A; Singapore: Misuse of Drugs Act 1973, sections 8, 33, 33A. See: Iakobishvili E. (2011) Judicial corporal punishment for drug and alcohol offences in selected countries (London: Harm Reduction International), [http://www.ihra.net/files/2011/11/08/IHRA\\_CorporalPunishmentReport\\_Web.pdf](http://www.ihra.net/files/2011/11/08/IHRA_CorporalPunishmentReport_Web.pdf)
  34. Brunei: Misuse of Drugs Act 1978, section 7; Philippines: Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002, section 12; Singapore: Misuse of Drugs Act 1973, section 9
  35. United Nations (2009), Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem (New York: United Nations), [https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Political\\_Declarations/Political-Declarations\\_Index.html](https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Political_Declarations/Political-Declarations_Index.html)
  36. Joint declaration for a drug-free ASEAN, Adopted by the Foreign Ministers at the 31<sup>st</sup> ASEAN Ministerial Meeting Manila, 25 July 1998; Joint declaration for a drug-free ASEAN adopted by the 33<sup>rd</sup> ASEAN Ministerial Meeting held in July 2000, <http://cil.nus.edu.sg/rp/pdf/2000%20Bangkok%20Political%20Declaration%20in%20Pursuit%20of%20a%20Drug-Free%20ASEAN%202015.pdf>
  37. Indonesia: National Anti-Drug Policy and Strategy 2010-2014, [http://aipalama.aipa.devdara.me/wp-content/uploads/2014/03/Country-Report\\_Indonesia.pdf](http://aipalama.aipa.devdara.me/wp-content/uploads/2014/03/Country-Report_Indonesia.pdf); Lao PDR: National Drug Control Masterplan 2010-2013, [https://www.unodc.org/documents/laopdr/COLAONDCMP\\_Eng.pdf](https://www.unodc.org/documents/laopdr/COLAONDCMP_Eng.pdf); Myanmar: 15-year Drug Eradication Plan (1999-2014)(extended to 2019)
  38. The Hindu (15 December 2014), Join hands for a drug-free India, <http://www.thehindu.com/news/national/join-hands-for-a-drugs-free-india-modi/article6691405.ece>; Official website of the President of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (2015), All must unite to create a drug-free Sri Lanka – President, <http://www.president.gov.lk/news/all-must-unite-to-create-a-drug-free-sri-lanka-president/>
  39. Reuter, P. (2009), 'Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.' *Addiction*, 104: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), War on drugs, [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_Report\\_English.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf)
  40. Fawthrop, T. (8 August 2015), 'Drug-free ASEAN by 2015?', *The Diplomat*, <http://thediplomat.com/2015/08/drug-free-asean-by-2015>
  41. Borneo Post (30 October 2015), ASEAN nations fail to attain 2015 regional zero drug target, <http://www.theborneopost.com/2015/10/30/asean-nations-fail-to-attain-2015-regional-zero-drug-target/#ixzz3rcw52zwx>
  42. Reuter, P. (2009), 'Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.' *Addiction* 104: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), War on drugs, [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_Report\\_English.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf); Vienna Declaration, <http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/#sthash.iBfEILdA.dpuf>
  43. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), From coercion to cohesion: Treating drug-dependence through health care, not punishment, p. 5, [https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf)
  44. Association of Southeast Asian Nations (2012) ASEAN leaders' declaration on Drug-Free ASEAN 2015, [http://www.aseansec.org/documents/Declaratin%20on%20Drug%20Free%20ASEAN\\_Endorsed%20by%20Summit\\_FINAL.pdf](http://www.aseansec.org/documents/Declaratin%20on%20Drug%20Free%20ASEAN_Endorsed%20by%20Summit_FINAL.pdf)
  45. For further details on the background to national drug policies in Asia, see the 'Policy Context' section in each country profile in: Baldwin, S. (2013), Drug policy advocacy in Asia: Challenges, opportunities and prospects (International Drug Policy Consortium), <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf>
  46. The data presented in this table is sourced from the AIDS data hub PowerPoint presentation, HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific: Review in slides – People who inject drugs, updated in November 2015, <http://www.aidsdatahub.org/people-who-inject-drugs-november-2015-slides>
  47. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2013), HIV in Asia and the Pacific, pp. 17-18, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2013\\_HIV-Asia-Pacific\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2013_HIV-Asia-Pacific_en_0.pdf)
  48. See e.g. IDLO (2011), South Asia roundtable dialogue legal and policy barriers to the HIV response (Rome: IDLO)
  49. Global Commission on HIV and the Law (2012), Risks, rights and health, <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>; Global Commission on Drug Policy (2012), The war on drugs and HIV/AIDS: How the criminalization of drug use fuels the global epidemic, [http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/GCDP\\_HIV-AIDS\\_2012\\_REFERENCE.pdf](http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf)
  50. Harm Reduction International (2014), Global state of harm reduction 2014, <http://www.ihra.net/asia>
  51. As of July 2015, of the population of 105,865 prisoners, 40,075 were on drug use charges and 25,559 on dealing / supply charges: Database of Directorate-General of Corrections, Ministry of Justice and Human Rights, Indonesia (2015), <http://smlap.ditjenpas.go.id/public/krl/current/monthly/year/2015/month/7>
  52. Philippines Bureau of Jail Management and Penology (July 2015): 50% of the total prison population made up of 87,990 people were incarcerated for drug-related charges. 60% of those drug-related charges were for drug use or possession of drugs or paraphernalia
  53. 32<sup>nd</sup> Asian and Pacific Conference of Correctional Administrators, October 2012, [http://www.apcca.org/uploads/APCCA\\_Report\\_2012\\_Brunei.pdf](http://www.apcca.org/uploads/APCCA_Report_2012_Brunei.pdf); Thailand Institute of Justice, (November 2014), Women prisoners and the implementation of the Bangkok Rules in Thailand, p. 35, [http://www.tijthailand.org/useruploads/files/women\\_prisoners\\_and\\_the\\_implementation\\_of\\_the\\_bangkok\\_rules\\_in\\_thailand\\_tij.pdf](http://www.tijthailand.org/useruploads/files/women_prisoners_and_the_implementation_of_the_bangkok_rules_in_thailand_tij.pdf)
  54. Transnational Institute (2015), Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws, p. 8, [http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards\\_a\\_healthier\\_legal\\_environment-en-red.pdf](http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf)
  55. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions: Policy Brief, [https://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)
  56. See: Transnational Institute (2015), Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws, p. 8, [http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards\\_a\\_healthier\\_legal\\_environment-en-red.pdf](http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf)
  57. Article 192, Criminal Code of Vietnam. See: Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice (Melbourne: Asian Law Centre), p. 8
  58. Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
  59. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), UNODC World Drug Report, p. 1, [www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
  60. See Chapter 2.5 of: International Drug Policy Consortium (2016), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
  61. Harm Reduction International (2010), What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
  62. World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009), Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users

- (Geneva: WHO), p. 6, [http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu\\_target\\_setting\\_guide.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf)
63. World Health Organisation (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, p. 29, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
  64. International HIV/AIDS Alliance (2010), Good practice guide:HIV and drug use, <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454>
  65. See Chapter 2.4 of: International Drug Policy Consortium (2016), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
  66. Harm Reduction International (2015), A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update, [http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport\\_Oct2015\\_web.pdf](http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf)
  67. Naning, H., Kerr, C., Kamarulzaman, A. et al (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia (Washington, DC: World Bank Group), <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/07/23006930/return-investment-cost-effectiveness-harm-reduction-program-Malaysia>; Mingjian, J. et al. (2012), 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010); BMC Public Health, 12: 572, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/572>
  68. UN General Assembly (UNGA), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (New York, 1976), article 12; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/ C.12/2000/4, <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
  69. For more information, see: International Network of People Who Use Drugs (October 2015), INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law, <http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement>
  70. For more details on human rights violations committed in the name of drug control, please refer to 'Policy principle 3' in: International Drug Policy Consortium (2015), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
  71. UN Economic and Social Council (1985), Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, <http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>
  72. United Nations Office on Drugs and Crime (2009), Discussion paper – From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment, p. 2, [http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf)
  73. International Drug Policy Consortium (2012) IDPC Drug Policy Guide, 2<sup>nd</sup> edition, p.11, [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide\\_2nd-Edition.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf)
  74. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), Community based treatment and care for drug use and dependence: Information brief for Southeast Asia (Bangkok: UNODC), [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt\\_brief\\_EN.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_brief_EN.pdf)
  75. UK Consortium on AIDS and International Development & UK Network on Sexual and Reproductive Health Rights (2012), Integrating our efforts to raise the bar for women's health through: Rights, access investment, security, equity, [http://www.ivoindia.org/Images/integrating-our-efforts-to-raise-the-bar\\_tcm78-39310.pdf](http://www.ivoindia.org/Images/integrating-our-efforts-to-raise-the-bar_tcm78-39310.pdf)
  76. See ANPUD website: <http://anpud.org>
  77. Asian Network of People who Use Drugs (2015), Policy brief: UNGASS 2016 Special session on the world drug problem, [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/anpud-policy\\_brief-ungass2016-4.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/anpud-policy_brief-ungass2016-4.pdf)
  78. Article 31 of Decree-Law 14,294 as amended by Law 17,016
  79. International Harm Reduction Association (2012), Global state of harm reduction, Chapter 3.4, [http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter\\_3.4\\_drug-decriminalisation\\_.pdf](http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.4_drug-decriminalisation_.pdf)
  80. The Australian Capital Territory, Northern Territory and South Australia have decriminalised the possession of small amounts of cannabis, which is treated as an administrative offence. See: Ritter, A. (2012), Decriminalisation or legalisation: Injecting evidence in the drug law reform debate (Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre), <https://ndarc.med.unsw.edu.au/blog/decriminalisation-or-legalisation-injecting-evidence-drug-law-reform-debate>
  81. See section 2.3 for more information on specific quantities that are deemed to represent 10 days' supply in Portugal
  82. Murkin G. (2014), Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight (Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
  83. Ibid
  84. Gonçalves, R., Lourenço A., & da Silva, S. (2014), 'A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs', International Journal of Drug Policy, 26(2): 199-209, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265899>
  85. Murkin G. (2014), Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
  86. Data from the Portugal Institute of Drugs and Drug Dependence, cited in: Murkin G. (2014), Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>
  87. Hughes, C. & Stevens, A. (2007), The effects of decriminalization of drug use in Portugal (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), p. 7, <http://core.ac.uk/download/files/57/91904.pdf>
  88. Hughes, C. & Stevens, A. (2010) 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', British Journal of Criminology, 50: 999-1022, <http://bjc.oxfordjournals.org/content/50/6/999.abstract>
  89. Félix, S. & Portugal, P. (2015), Drug Decriminalization and the price of illicit drugs (Bonn: Institute for the Study of Labor)
  90. Law on Drug Control 2011, Article 53
  91. Balhara, Y. & Mathur, S. (2014), 'Bhang - beyond the purview of the narcotic drugs and psychotropic substances act', Lung India, 31(4): 431-432
  92. National Consultation on decriminalization of drug use & access to treatment for vulnerable populations, 15th July 2015, Ministry of Social Justice & Empowerment India in partnership with Federation of Indian NGOs for Drug Abuse Prevention at India Habitat Centre, New Delhi (unpub. report)
  93. Philippine Star (12 August 2015), House mulls legalizing medical marijuana, <http://www.philstar.com/headlines/2015/08/12/1487124/house-mulls-legalizing-medical-marijuana>; Times of India (3 May 2015), Legalize medical cannabis activists say, <http://timesofindia.indiatimes.com/india/Legalize-medical-cannabis-activists-say/articleshow/47135913.cms>; FirstPost.com (2 January 2015), Bangalore oncologists want cannabis legalised to help fight cancer, <http://www.firstpost.com/living/bangalore-oncologists-want-cannabis-legalised-to-help-fight-cancer-2026985.html>
  94. As marijuana possession is technically an offence in Nepal and Bangladesh, these are examples of de facto rather than de jure decriminalization. See: Huffington Post (11 March 2013), Shivaratri festival in Nepal includes temporary lifting of marijuana ban, [http://www.huffingtonpost.com/2013/03/11/shivaratri-festival-nepal-mairijuan\\_n\\_2851875.html](http://www.huffingtonpost.com/2013/03/11/shivaratri-festival-nepal-mairijuan_n_2851875.html)
  95. European Centre for Monitoring Drugs and Drug Addiction, Kratom (Mitragnyna speciosa) drug profile, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/kratom>
  96. Raffa, R. (2014), Kratom and other mitragynines: The chemistry and pharmacology of opioids from a non-opium source (Boca Raton: CRC Press), p. 155
  97. Tanguay, P. & Vasconi C. (2013), 'Kratom decriminalisation in Thailand', IDPC Blog, <http://idpc.net/blog/2013/09/kratom-decriminalisation-in-thailand>
  98. Study in Barangay Kamagayan in Cebu by the Department of Health, Philippine National AIDS council, the Cebu City Local



- Government and Population Services International: Philippine Inquirer (28 May 2015), Senators want free syringes study halted, <http://newsinfo.inquirer.net/694226/senators-want-free-syringes-study-halted#ixzz3nvA7eL3j>
99. Support don't punish, p. 17; Rahman, F., Reaksme, H., Thanh, P., Golichenko, O. (2014) 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', HIV Australia 12(2), <https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol.-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTvA4>
  100. Harris, G. (2011), Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy (Transnational Institute & International Drug Policy Consortium), <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction(2003), The role of the quantity in the prosecution of drug offences, [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_5738\\_EN\\_Quantities.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf)
  101. This list is not exhaustive. In some states of the USA, possession of 28 grams of marijuana is permitted (Alaska, Colorado and Washington). It is the policy position of the Government of Canada to decriminalise recreational use of marijuana
  102. Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2, <http://www.release.org.uk/publications/policy-papers>
  103. See: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Threshold quantities for drug offences, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index99321EN.html>
  104. These low thresholds were set in 2012: UNAIDS Country Office Lao PDR, personal communication, October 2015.
  105. Windle, J. (2015), Drugs and drug policy in Thailand (Washington DC: Brookings Institute), p. 7, <http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/WindleThailand-final.pdf?la=en>
  106. Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice (Melbourne: Asian Law Centre), p. 10, [http://law.unimelb.edu.au/~\\_data/assets/pdf\\_file/0011/1547093/ALC-CILISPolicyPaper\\_Hoa\\_finalwoblead3.pdf](http://law.unimelb.edu.au/~_data/assets/pdf_file/0011/1547093/ALC-CILISPolicyPaper_Hoa_finalwoblead3.pdf)
  107. Li, E. (2014), 'The new drug detoxification system in China: A misused tool for drug rehabilitation', U of Pennsylvania Law Review, 9: 168-212, <http://www.eastasiaforum.org/2015/07/20/lack-of-due-process-mars-chinas-war-on-drugs/>
  108. Ibid, p. 212
  109. See: Windle, J., (2015), A slow march from social evil to harm reduction: Drugs and drug policy in Vietnam, (Washington DC, Brookings Institute); Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', International Journal of Drug Policy, 26, 533-37
  110. Article 199 of the Penal Code
  111. Under the Ordinance on Administrative Violations of 2002, drug use is considered an administrative violation under article 26, which contains measures for the rehabilitation and detention of people who use drugs, including a mandatory period of between one and two years detention for people 'addicted to drugs'. Article 23 provides for measures to rehabilitate people in the community. No. 44/2002/ PL-UBTVQH10 of July 2, 2002. Compulsory detention was first introduced by the Ordinance on Administrative Violations of 1995
  112. Amon, J., Pearshouse R., Cohen, J. & Schleifer, R. (2014), 'Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: Evolving government, UN and donor responses' International Journal of Drug Policy 25: 13-20
  113. Vietnam's Law on HIV/AIDS Prevention and Control and its Implementing Decree No. 108/2007 provide for harm reduction programmes including NSP, the protection of peer outreach workers from arrest, and the provision of OST. In 2012, the government issued the Decree Regulating Substitution Treatment of Opioid Addiction No: 96/2012/ND-CP
  114. Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', International Journal of Drug Policy, 26, 533-37
  115. Decision 2596/QD-TTg
  116. UNAIDS Vietnam Country Office (2012), Alternative action on compulsory detention: Innovative responses in Asia, <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121005detentioncenters>
  117. Oanh, K.T.H. (2014), 'No one left behind. Effective harm reduction and drug policy', Presentation at the International AIDS Conference, <http://www.scdi.org.vn/others/no-one-left-behind-dr-khuat-thi-hai-oanhs-presentation-at-the-international-aids-conference-2014.html>
  118. Ibid, p. 2
  119. Elliott, R., Symington, A., Lines, R. & Schleifer, R. (2011), Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centres (New York: Open Society Foundations), p. 3, <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
  120. Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', International Journal of Drug Policy, 26, 533-37; Amon, J., Pearshouse R., Cohen, J. & Schleifer, R. (2014), 'Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: Evolving government, UN and donor responses' International Journal of Drug Policy 25: 13-20; Fu, J., Bazazi, A., Altice, F., et al. (2012), 'Absence of antiretroviral therapy and other risk factors for morbidity and mortality in Malaysian compulsory drug detention and rehabilitation centers', PLoS One, 7(9)
  121. Human Rights Watch (2010), 'Skin on the cable': The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable>; Human Rights Watch (2011), The rehab archipelago: Forced labor and other abuses in drug detention centers in southern Vietnam (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2011/09/07/rehab-archipelago>; Human Rights Watch (2011), Somsanga's secrets: Arbitrary detention, physical abuse and suicide inside a Lao drug detention center (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2011/10/11/somsanga-s-secrets-0>
  122. See: Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', International Journal of Drug Policy, 26, 533-37; World Health Organisation (2009), Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles (Philippines: WHO Western Pacific Regional Office), [http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb\\_Mar17\\_Compulsory\\_Treatment.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf); Reid, G. et al. (2007), 'Malaysia and Harm Reduction: The challenges and responses', International Journal of Drug Policy, 18: 136-140
  123. United Nations (2012), Joint statement: Compulsory drug detention and rehabilitation centres (New York: UN); See also: Human Rights Council (1 February 2013), Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53. the Special Rapporteur called upon all States to close compulsory drug detention and rehabilitation centres without delay and implement voluntary, evidence- and rights-based health and social services in the community
  124. IDPC (2014), 'Global Fund calls for the end of compulsory treatment', <http://idpc.net/alerts/2014/11/global-fund-calls-for-the-end-of-compulsory-treatment>
  125. United Nations Office on Drugs and Crime (2009), Discussion paper – From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment, [http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf)
  126. Tanguay, P. et al (2015), Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia (London: Harm Reduction International), <http://www.ihra.net/contents/1648>
  127. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), Report of the Second Regional Consultation on Compulsory Centres for Drug Users in Asia and the Pacific 1-3 October 2012, Kuala Lumpur, Malaysia, [https://www.unodc.org/documents/southeastasiandpacific/2012/10/ccdu/CCDU2\\_Meeting\\_Report\\_Final\\_2012-10-11.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiandpacific/2012/10/ccdu/CCDU2_Meeting_Report_Final_2012-10-11.pdf)

128. Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs), 21-23 September 2015, Manila, Philippines, [https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-\\_final3.pdf](https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-_final3.pdf)
129. Tanguay, P., Kamarulzaman, A., Aramrattana, A., et al (2015), 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', *Harm Reduction Journal*, 12:31, <http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0>; also see: Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs), 21-23 September 2015, Manila, Philippines, [https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-\\_final3.pdf](https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-_final3.pdf)
130. Ibid; United Nations Office on Drugs and Crime (2010), From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment, p. 7, [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/UNODC\\_2010\\_Discussion\\_Paper\\_-En.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/UNODC_2010_Discussion_Paper_-En.pdf)
131. See Chapter 2.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
132. For examples of good practice community-based treatment in Asia, see: Tanguay P. et al (2015), Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia (London: Harm Reduction International), <http://www.ihra.net/contents/1648>
133. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), Guidance for community-based treatment and care services for drug users in Southeast Asia (Bangkok: UNODC), [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt\\_guidance\\_EN.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt_guidance_EN.pdf)
134. See: Rahman, F. (2011), Swiss drug policy (Kuala Lumpur: Malaysian AIDS Council), [http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2011/09/Swiss\\_Drug\\_Policy\\_Report.pdf](http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2011/09/Swiss_Drug_Policy_Report.pdf)
135. Bradley S. (2013), Mixed feelings over new Swiss cannabis law, [http://www.swissinfo.ch/eng/decriminalisation\\_mixed-feelings-over-new-swiss-cannabis-law/36977488](http://www.swissinfo.ch/eng/decriminalisation_mixed-feelings-over-new-swiss-cannabis-law/36977488); also see: Bonnie, R. (2011), Europe and decriminalization: A comparative view, <https://www.drugtext.org/Marijuana-Use-and-Criminal-Sanctions/chapter-6-europe-and-decriminalization-a-comparative-view.html>
136. Waal H., Clausen T., Gjersing L. & Gosso M. (2014), 'Open drug scenes: Responses of five European cities', *BMC Public Health*, 14: 853
137. Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P. et al. (2007) 'Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: A brief update on science and politics', *J Urban Health*, 84(4): 552-562, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219559>
138. Csete, J., (2010), From the Mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland (New York: Open Society Foundations), [https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524\\_0.pdf](https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524_0.pdf)
139. UN General Assembly (1990), United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules), A/RES/45/110, <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm>
140. Article 3(4)(d), UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988
141. SAARC Convention on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1990, [http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document\\_iddbd90a665ea6f292f36ebdb3d442826d.pdf](http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document_iddbd90a665ea6f292f36ebdb3d442826d.pdf)
142. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons, Criminal Justice Handbook Series, [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding\\_in\\_prisons\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf); Commission on Narcotic Drugs (2015), Background documentation for the interactive discussions on high-level segments to be held during the special session of the General Assembly on the world drug problem in 2016. E/CN.7/2015/CRP.4, Fifty-eighth session, Vienna, 9-17 March 2015, [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_58/ECN72015\\_CRP4e\\_V1501456.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/ECN72015_CRP4e_V1501456.pdf)
143. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2009), Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (see especially Principle 6)
144. In relation to women, see: Harm Reduction International (2012), The global state of harm reduction 2012, chapter 3.1, [http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter\\_3.1\\_women\\_.pdf](http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.1_women_.pdf); In relation to children, see: Harm Reduction International (HRI), Youth Rise, International HIV/AIDS Alliance & Save the Children (2015), Step-by-step preparing for work with children and young people who inject drugs, [http://www.ihra.net/files/2015/11/06/WEB2\\_Step\\_by\\_step\\_tool1.pdf](http://www.ihra.net/files/2015/11/06/WEB2_Step_by_step_tool1.pdf)
145. See especially rules 57, 58, 60 and 62, United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders, UN General Assembly Doc A/C.3/65/L.5, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/BangkokRules.pdf>
146. Rahman F. 'Alternatives to criminal justice'. In: Rahman, F., Crofts, N., eds. (2013), Drug policy reform in East and South East Asia (Lanham: Lexington Books), p. 248
147. Single, E., Christie, P. & Ali, R. (2000), 'The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States', *Journal of Public Health Policy*, 21(2): 157-186, <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/presentation/single-e.htm>
148. Payne J., Kwiatkowski M., Wundersitz J. (2008), Police drug diversion: A study of criminal offending outcomes (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 5
149. Ibid, p. 4.; Wundersitz J. (2007), Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working? (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 9, [http://aic.gov.au/media\\_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf](http://aic.gov.au/media_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf)
150. Collins, S., Lonczak, H., & Clifasefi S. (2015), LEAD Program Evaluation: Recidivism Report (Seattle: University of Washington & Harborview Medical Centre), [http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/1185392/26121870/1428513375150/LEAD\\_EVALUATION\\_4-7-15.pdf?token=jH6mFrua5jVfSuWy2sCfLgN%2FCcY%3D](http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/1185392/26121870/1428513375150/LEAD_EVALUATION_4-7-15.pdf?token=jH6mFrua5jVfSuWy2sCfLgN%2FCcY%3D); Seattle Police Department (8 April 2015), 'Study: Innovative Seattle/King County Diversion Program Shows Success', SPD Blotter, <http://spdblitter.seattle.gov/2015/04/08/study-innovative-seattleking-county-diversion-program-shows-success>
151. Ibid.
152. International Drug Policy Consortium (2012), IDPC Drug Policy Guide (2<sup>nd</sup> ed.), [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide\\_2nd-Edition.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf)
153. Rahman, F., Reaksmey, H., Thanh, P. & Golichenko, O. (2014), 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', *HIV Australia*, 12(2), <https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol.-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTvA4>
154. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia (London: Harm Reduction International), pp. 31-35
155. Strengthening Community Development Initiatives (2015), Expanding voluntary drug treatment services in Bac Giang, <http://www.scdi.org.vn/communication-advocacy/expanding-voluntary-drug-treatment-services-in-bac-giang.html>
156. Ngammee, V. & Tanguay, P. (2015), CHAMPION-IDU - Innovations, best practices and lessons learned – Implementation of the national response to HIV among people who inject drugs in Thailand 2009-2014, <http://www.psi.org/publication/champion-idu-innovations-best-practices-and-lessons-learned>
157. Rule 5.1. UN General Assembly (1990), United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules), A/RES/45/110, <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm>
158. Ibid
159. International Narcotics Control Board (2007), Report of the International Narcotics Control Board for 2007, p. 7
160. Law on Drug Control 2011, Article 105
161. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health

- Organisation (2008), Principles of drug dependence treatment, <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
162. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia (London: Harm Reduction International), pp. 41-46
  163. Ibid, pp. 47-51; Ghani, M. (2015), 'An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia', *International Journal of Drug Policy*, 26(2): 175-182; Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy*, 26, S33-37
  164. Dangerous Drugs Act, section 15
  165. Malaysian courts can divert drug offenders through orders made under the Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act (1983)
  166. Malaysian AIDS Council (2015), Drug harms in Malaysia: A technical brief, [http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2015/06/SDP\\_Technical\\_Brief\\_on\\_Drug\\_Harms\\_in\\_Malaysia\\_20150625.pdf](http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2015/06/SDP_Technical_Brief_on_Drug_Harms_in_Malaysia_20150625.pdf)
  167. Tandon, T. (2015), Drug policy in India, IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper\\_Drug-policy-in-India.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf); Indian Express News Service (13 August 2013), Court grants immunity to four accused, <http://archive.indianexpress.com/news/juhu-rave-bust-court-grants-immunity-to-four-accused/1154542>; Times of India (24 June 2012), Law compassionate but cops harsh to drug users, <http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/Law-compassionate-but-cops-harsh-to-drug-users/articleshow/14367066.cms>
  168. Section 39, Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985 (India)
  169. Section 64A, Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985 (India)
  170. Tandon, T. (2015), Drug policy in India, IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), [https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper\\_Drug-policy-in-India.pdf](https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf)
  171. Burris, S. & Chiu, J. (2011), Punitive drug laws and the risk environment for injecting drug users: Understanding the connections, Working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7-9 July 2011, <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers/punitive-drug-law-and-the-risk-environment-for-injecting-drug-users-understanding-the-connections?tmpl=component>
  172. Narcotic Drugs and Psychotropic Substances and Substance Abuse Act 2005 (Bhutan), Section 43
  173. Community-based services are to be piloted in three areas in Luzon, Visayas and Mindanao: Dangerous Drugs Board (21 September 2015), DDB and DOH improve access to drug rehabilitation services, <http://www.ddb.gov.ph>
  174. For more information and recommendations on drug courts, see: Guzman, D. (2012), Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>
  175. Countries with drug courts include Australia, Austria, Belgium, Canada, Ireland, New Zealand, Norway, the USA, the UK, Barbados, Bermuda, Chile, Costa Rica, the Dominican Republic, Jamaica, Mexico, Panama, Suriname, and Trinidad and Tobago
  176. Government of Maldives (2011), Drugs Act 2011, <http://www.drugcourt.gov.mv/documents/laws/17-2011-Drug%20Act-Translation.pdf>; Minivan News (1 May 2012), Drug court ushering in new era in Maldives drug battle, <http://minivannewsarchive.com/politics/drug-court-ushering-new-era-in-maldives-drug-battle-36537#sthash.bKqu1vk7.dpbs>
  177. PEPFAR (2014), Vietnam 2014 country operational plan executive summary, <http://www.pepfar.gov/countries/cop/240132.htm>
  178. Tiger, R. (2012), Judging addicts: Drug courts and coercion in the justice system (New York: NYU Press)
  179. Wundersitz J. (2007), Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working? (Canberra: Australian Institute of Criminology), pp. 22-27, [http://aic.gov.au/media\\_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf](http://aic.gov.au/media_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf)
  180. Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2015), Drug courts: Equivocal evidence on a popular intervention (New York: Open Society Foundations), <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention>; Guzman, D. (2012), Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration (London: International Drug Policy Consortium), p. 2, <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>; Drug Policy Alliance (2014), Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use (New York: Drug Policy Alliance), <http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use>
  181. Global Commission on Drug Policy (2014), Taking control: Pathways to drug policies that work, p. 22, <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>
  182. Guzman, D. (2012), Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration (London: International Drug Policy Consortium), p. 2, <http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts>
  183. Ibid
  184. Minivan News (1 May 2013), Drug court sending addicts to jail after detox centres reach capacity, <http://minivannewsarchive.com/politics/drug-court-sending-addicts-to-jail-after-detox-centres-reach-capacity-57295#sthash.Xhx2MAWp.dpbs>
  185. See: 13 Key principles for court-directed treatment and rehabilitation programmes, <http://www.nadcp.org/about-us/13-key-principles-drug-treatment-court>, Drug Policy Alliance (2014), Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use (New York: Drug Policy Alliance), <http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use>; see also: Drug Policy Alliance (2011), Drug courts are not the answer: Toward a health-centered approach to drug use, [https://www.drugpolicy.org/docUploads/Drug\\_Courts\\_Are\\_Not\\_the\\_Answer\\_Final2.pdf](https://www.drugpolicy.org/docUploads/Drug_Courts_Are_Not_the_Answer_Final2.pdf)
  186. See Chapter 3.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), IDPC Drug Policy Guide, 3<sup>rd</sup> Edition, <http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition>
  187. See the relevant UN standards and norms on the role of lawyers and access to legal aid: UN General Assembly Resolution 67/187 (2012), United Nations principles and guidelines on access to legal aid in criminal justice systems, [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/67/187](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/187)
  188. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013) UNODC World Drug Report, p.1, [www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
  189. The Law on Drugs of 2011 permits possession of equipment used for consumption of drugs in the context of provision of harm reduction services
  190. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), Innovative community based drug treatment pilot makes inroads in Cambodia, <https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2012/02/cbt-cambodia/story.html>; Council of the European Union (2014), Note from Japanese Regional Chair of the Dublin Group: Regional report on South East Asia and China, p. 5, <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%208990%202014%20INIT>
  191. Human Rights Watch (2010), 'Skin on the cable': The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable>
  192. Chheng, K., Leang, S., Thomson N., Moore T. & Crofts N. (2012), 'Harm reduction in Cambodia: A disconnect between policy and practice', *Harm Reduction Journal*, 9: 30
  193. GRM International and Burnet Institute (2014), Keeping drug users out of jail? Drug diversion policy in Indonesia, [https://www.burnet.edu.au/system/asset/file/1435/keepingg\\_2.pdf](https://www.burnet.edu.au/system/asset/file/1435/keepingg_2.pdf)



194. Documented in the video: PKNI (2015), Dying a slow death: Inside Indonesia's drug war, <http://idpc.net/alerts/2015/11/dying-a-slow-death-inside-indonesia-s-drug-war>
195. National AIDS Commission (2015), Community based drug dependence treatment in Indonesia: Documentation of best practice
196. See the LBH Masyarakat website for further information about their work: <http://lbhmasyarakat.org/en/>
197. Narcotic Rehabilitation Act Committee, see: Windle, J. (2015), Drugs and drug policy in Thailand (Washington DC: Brookings Institute), p. 7, <http://www.brookings.edu/~media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/WindleThailand-final.pdf?la=en>
198. McLellan A., Luborsky L., Woody G. & O'Brien C. (1980), 'An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index', *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168 (1): 26-33
199. See: Thomson, N. (2010), Detention as treatment: Detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos, and Thailand (Open Society Institute), [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/\\_pdf/Thomson\\_OSI\\_DetentionAsTreatment\\_2010.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/Thomson_OSI_DetentionAsTreatment_2010.pdf)
200. Submission of the International Harm Reduction Association, Asian Harm Reduction Network, the Open Society Institute Public Health Program and Thai AIDS Treatment Action Group to the UN Universal Periodic Review (2011), Twelfth session of the UPR Working Group of the Human Rights Council, Human rights violations associated with Thailand's anti-drug laws, <http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session12/TH/JS1-JointSubmission1-eng.pdf>
201. MacDonald, V. & Nacapew, S. (2013), Drug control and harm reduction in Thailand (London: International Drug Policy Consortium)
202. United Nations entities (2012), Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres, [https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/03/drug-detention-centre/JC2310\\_Joint\\_Statement6March12FINAL\\_En.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf)
203. McCoy A. (2000), 'From free trade to prohibition: A critical history of the modern Asian opium trade', *Fordham Urban LJ*, 28(1): 307-349, <http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1804&context=ulj>; Parliament of Canada (2001), The history and development of the leading international drug control conventions (Ottawa: Parliament of Canada), <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-e.htm>; Karch, S. & Drummer, O. (2015), *Karch's pathology of drug abuse* (Boca Raton: CRC Press), p. 16
204. See: Transnational Institute (2015), The UN drug control conventions: A primer, <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#6>
205. Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988, p. 82, para. 3.94
206. The Conventions do not require that penalties be imposed for drug use. See Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988, p. 82, para. 3.94
207. Article 3(2)
208. International Narcotics Control Board (2001), Report of the International Narcotics Control Board for 2001 (E/INCB/2001/1), para. 211
209. Commentary on the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988, p. 72, paras. 3.65 and 3.66
210. Transnational Institute (2015), The UN drug control conventions: A primer, <https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#6>
211. See: Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover (19 October 2012), Submission to the Committee Against Torture regarding drug control laws <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf>
212. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/ C.12/2000/4, <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
213. United Nations, Economic and Social Council (1985), Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/ CN.4/1985/4, Annex
214. World Health Organisation (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>
215. Para 14
216. UN Commission on Narcotic Drugs Resolution 58/5 (2015), Supporting the collaboration of public health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature, [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_58/2015\\_Resolutions/Resolution\\_58\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/2015_Resolutions/Resolution_58_5.pdf)

# Notes

# Notes



IDPC adalah sebuah jaringan global dan profesional yang terdiri dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang mempromosikan perdebatan yang terbuka dan objektif mengenai efektivitas, arah, dan substansi kebijakan Napza di tataran nasional dan internasional, serta mendukung kebijakan yang berbasis ilmiah yang efektif dalam mengurangi dampak buruk Napza. Kami memproduksi occasional briefing papers, menyebarkan laporan-laporan yang terkait dengan permasalahan Napza, dan menawarkan layanan konsultasi ahli bagi pembuat kebijakan di seluruh dunia. Anggota IDPC memiliki jangkauan pengalaman dan pemahaman yang luas dalam analisa permasalahan dan kebijakan Napza, dan berkontribusi dalam perdebatan-perdebatan nasional dan internasional.

Dalam laporan ini, Konsorsium Kebijakan Narkoba Internasional/ the International Drug Policy Consortium (IDPC) menawarkan rekomendasi-rekomendasi berdasarkan bukti ilmiah dan contoh-contoh praktik yang baik untuk memberi informasi sebuah perubahan dalam tanggapan-tanggapan kebijakan terhadap penggunaan narkoba di Asia yang menjauh dari kriminalisasi dan hukuman, dan yang menuju pada kesehatan masyarakat serta pengurangan dampak buruk.

© International Drug Policy Consortium Publication 2016

Tel: +44 (0) 20 7324 2974

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: [contact@idpc.net](mailto:contact@idpc.net)

Website: [www.idpc.net](http://www.idpc.net)