



Konsorsium Internasional Kebijakan Napza
Sebuah jaringan kerja global yang mendorong tujuan dan terbukanya diskursus tentang kebijakan Napza

Panduan Kebijakan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya (Napza)



Edisi 2, Maret 2012

Daftar Isi

Kata Pengantar	ii
Permasalahan Terkini Kebijakan Napza di Indonesia	ii
Arah Strategi Kesehatan dalam Kebijakan Napza di Indonesia	iii
 Ucapan Terima Kasih	 v
Tentang IDPC	v
Edisi 2	v
Edisi 1	v
 Bagian 1 – Prinsip – prinsip utama dalam pembangunan kebijakan Napza yang efektif	 1
1.1 Pendekatan terstruktur dalam pembuatan dan pengkajian strategi	4
1.2 Memastikan kesesuaian dengan hak asasi dan kebebasan yang fundamental	6
1.3 Memfokuskan pada pengurangan dampak buruk peredaran dan penggunaan Napza	10
1.4 Mendorong keterlibatan kelompok-kelompok marjinal dalam kehidupan sosial	12
1.5 Membina hubungan yang saling membangun dan terbuka dengan masyarakat sipil	15
 Bagian 2 – Peradilan Pidana	 18
2.1 Reformasi hukum Napza	19
2.2 Penegakan hukum Napza yang efektif	35
2.3 Mengurangi tingkat pemenjaraan	45
2.4 Intervensi Napza yang efektif di dalam penjara	55
 Bagian 3 – Program Kesehatan dan Sosial	 68
3.3 Pemulihan ketergantungan Napza	69

Kata Pengantar

Publikasi ini adalah sebuah terjemahan Bahasa Indonesia dari ringkasan Panduan Kebijakan NAPZA (IDPC) *International Drug Policy Consortium*, Edisi 2 (Panduan).¹ Bab 1 (Prinsip-prinsip Penting) dan 2 (Peradilan Pidana), dan bagian 3.3 (Perawatan untuk orang yang ketergantungan NAPZA) adalah bagian yang dipilih untuk diterjemahkan karena relevansinya terhadap kebijakan NAPZA yang kini berkembang di Indonesia.

IDPC adalah sebuah jaringan Organisasi Masyarakat Sipil dan jaringan Profesional yang bertujuan untuk mendorong dan membuka ruang perdebatan dalam perkembangan dan permasalahan kebijakan Napza di tingkat nasional dan internasional, dan mendukung kebijakan-kebijakan berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang efektif dalam mengurangi dampak buruk Napza.

Panduan ini dibuat untuk membantu pemangku dan pembuat kebijakan didalam proses perkembangan yang efektif, berkemanusiaan dan kebijakan serta program-program Napza yang layak di negara-negara.

Permasalahan Terkini Kebijakan Napza di Indonesia

Terdapat 2 (dua) perkembangan kebijakan yang secara signifikan membentuk kebijakan NAPZA di Indonesia dalam beberapa dekade ini: Undang-undang Narkotika yang baru di tahun 2009 dan desentralisasi. Undang-undang Narkotika No. 35 Tahun 2009 memperkenalkan langkah-langkah signifikan untuk menggiring pengguna narkotika dari sistem peradilan pidana ke perawatan, termasuk wajib lapor bagi pengguna NAPZA dan diskresi para hakim dan jaksa penuntut umum untuk mengirim pelaku pidana NAPZA ke perawatan daripada ke penjara. Hal ini diperkenalkan ditengah-tengah meningkatnya kepedulian terhadap tingginya angka transmisi HIV diantara pengguna NAPZA di Indonesia. Undang-undang yang baru ini juga memperluas kewenangan Badan Narkotika Nasional (BNN) untuk melakukan investigasi kasus-kasus NAPZA, yang sebelumnya hampir secara eksklusif dilakukan oleh polisi.² Pelaksanaan dari langkah-langkah awal yang diatur dalam Undang-undang tersebut yang berhubungan dengan perawatan NAPZA diawali di tahun 2011, dengan meningkatnya kepedulian diantara kelompok masyarakat sipil tentang resiko-resiko potensial dari meningkatnya peranan BNN kedalam aturan pelayanan perawatan NAPZA.

Sejak akhir tahun 1990-an, Indonesia memulai proses desentralisasi dalam bidang fiskal dan pelaksanaan kewenangan dari tingkat nasional ke tingkat daerah. Meskipun desentralisasi tersebut menjanjikan perkembangan respon dan pertanggungjawaban di pemerintahan lokal, hal tersebut juga memiliki tantangan untuk menstandarisasi pelaksanaan Undang-undang dan kebijakannya ke seluruh 33 Propinsi di Indonesia. Dalam hal kebijakan pengawasan NAPZA, desentralisasi memiliki hambatan untuk menjamin konsistensi pelaksanaan reformasi legislasi dan kebijakan di tingkatan nasional, propinsi dan kabupaten dan dalam koordinasi penegakan hukum secara nasional dan lembaga – lembaga kesehatan dalam melaksanakan langkah-langkah bersama.³

Koordinasi nasional antara penegakan hukum dan institusi kesehatan sangatlah penting untuk mensukseskan pelaksanaan salah satu dari dua langkah baru yang sangat signifikan tersebut yang terdapat dalam Undang-undang 2009: kewenangan hakim untuk menghukum pelaku tindak pidana Napza yang ketergantungan dengan menjalani terapi dan/atau perawatan, daripada hukuman penjara (Pasal 103(1)(a)). Para hakim juga diijinkan untuk menjatuhkan hukuman berupa kewajiban menjalani perawatan dan terapi meskipun individu tersebut terbukti tidak bersalah atas kejahatan Napza selain sebagai pengguna Napza (Article 103(1)(b)).

Langkah yang signifikan lainnya yang diperkenalkan oleh Undang-undang Narkotika Tahun 2009 adalah wajib lapor bagi orang yang ketergantungan Napza. Peraturan yang baru ini mewajibkan orang dewasa yang ketergantungan, dan orang tua atau wali dari orang yang ketergantungan dengan umur dibawah 18 tahun, untuk melapor ke Institusi yang ditunjuk untuk menjalani rehabilitasi dan perawatan ke Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas) atau tempat lain yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan. Kegagalan untuk melakukan pelaporan ini akan berakibat hukuman denda Rp. 2.000.000 dan maksimum 6 bulan kurungan dan bagi orang tua atau wali yang tidak melapor akan berakibat pada denda Rp. 1.000.000 atau 3 bulan kurungan.

Perhatian diperlukan terhadap mekanisme wajib lapor atas orang dengan ketergantungan Napza yang akan berisiko pada mendorongnya orang dengan ketergantungan tersebut makin menjauh dari pelayanan kesehatan dasar. Hal ini berhubungan untuk mempertimbangkan efektifitas wajib lapor pada orang dengan ketergantungan Napza, yang terbukti secara Internasional, menunjukkan bahwa terdapat ketakutan atas pemaksaan atau respon negatif terhadap penegakan hukum yang diakibatkan oleh registrasi yang diwajibkan tersebut sehingga dapat menghalangi orang dari penerimaan layanan kesehatan dan layanan lainnya, meskipun layanan tersebut gratis.⁴ Di Indonesia, ketakutan dari perawatan secara paksa yang dihasilkan dari wajib lapor dapat menyebabkan pengguna Napza untuk melakukan praktek-praktek penggunaan zat secara tidak aman dan menghindari kedekatan mereka dengan Puskesmas yang sebenarnya tempat terbaik dalam menyediakan perawatan kesehatan untuk mereka, pencegahan HIV dan pelayanan kesehatan lain yang penting. Lembaga-lembaga PBB seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan untuk membangun perawatan secara sukarela dengan berdasarkan ilmiah – dan berbasis komunitas, standar kesehatan internasional dan hak asasi manusia, daripada wajib lapor dan perawatan wajib,⁵

Arah Strategi Kesehatan dalam Kebijakan Napza di Indonesia

Undang-undang Narkotika No. 35 Tahun 2009 memperkenalkan sebuah langkah-langkah potensial yang cukup maju dalam hubungannya dengan pengguna Napza sebagai sebuah permasalahan kesehatan daripada kejahatan, sehingga pembentukan kebijakan Napza di Indonesia menuju arah yang lebih baik untuk melindungi pengguna Napza dari resiko kesehatan yang serius.⁶ Inisiatif yang baru ini juga memberikan peningkatan kesempatan untuk melihat tantangan lainnya guna menjamin keberhasilan pelaksanaan UU Narkotika No. 35 Tahun 2009. Contohnya, sebuah tinjauan peraturan dan kebijakan secara nasional dapat dilakukan untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan dalam pelaksanaan mekanisme pelimpahan orang dengan ketergantungan Napza dari penjara ke perawatan kesehatan. Secara khusus, kriminalisasi terhadap pengguna Napza, yang telah dibuktikan secara Internasional akan menggiring pengguna Napza suntik (dan terutama orang yang rentan dengan resiko HIV) ke layanan kesehatan dasar yang mereka butuhkan untuk menghindari ancaman hukuman.⁷ Tinjauan ini dapat juga menilai efektifitas dari penjatuhannya perawatan kesehatan yang dipaksakan dan penahanan bagi pengguna Napza.

Panduan ini didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat dan secara internasional telah disetujui dalam merekomendasikan sebuah strategi dalam proses peninjauan kebijakan Napza, ketentuan pelayanan dan perawatan yang berdasarkan pembuktian ilmiah terkini dan praktek terbaik, serta cara alternatif untuk penjatuhannya hukuman pidana bagi pengguna Napza. Langkah-langkah kebijakan bagi pengguna Napza yang dialihkan dari sistem pemidanaan dapat menggiring kepada peningkatan sosial-ekonomi bagi komunitas, mengurangi persoalan penjara yang melebihi kapasitas,⁸ dan lembaga penegak hukum untuk memiliki target yang lebih serius, pelaku kejahatan terorganisir.

Pada saat pemangku kebijakan menghadapi berbagai tantangan dalam pelaksanaan kebijakan Napza di sebuah lingkungan yang terdesentralisasi, penting untuk dicatat bahwa keterlibatan aktif dari kelompok masyarakat sipil dalam menjamin langkah-langkah tersebut akan berhasil sesuai dengan kebutuhan komunitas. Harapannya, terjemahan dari cuplikan Panduan ini akan berguna bagi pemangku kebijakan dan kelompok masyarakat dalam upaya mereka untuk menjamin bahwa respon atas kebijakan Napza didasarkan pada pembuktian ilmiah, efektif dan layak di Indonesia.

1. International Drug Policy Consortium (2012), Drug Policy Guide, Edition 2, <http://idpc.net/publications/2012/03/idpc-drug-policy-guide-2nd-edition>
2. English version of the Narcotic Law #35/2009 is available at: <http://idpc.net/publications/2009/11/indonesia-narcotics-law-september-2009-english>
3. World Health Organisation (2007), Review of the health sector response to HIV and AIDS in Indonesia (SEARO), Publikasi ini tersedia di internet pada: <http://aidsdatahub.org/en/tools-guides/others/item/6922-review-of-the-health-sector-response-to-hiv-and-aids-in-indonesia-2007-who-and-ministry-of-health-indonesia-2007>
4. Harm Reduction International (2010), Briefing Paper 2 – Human rights and drug policy: Drugs, criminal laws and policing practices, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/Briefing%202%20Drugs,%20Criminal%20Laws%20and%20Policing%20Practices.pdf
5. World Health Organisation Western Pacific Region (2009), Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles, http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html ; Michel Sidibé, Executive Director, UNAIDS, Letter to Rebecca Schleifer, Human Rights Watch, March 30, 2010; UNICEF East Asia & Pacific Regional Office (2010), Statement on the care and protection of children in institutions in Cambodia, http://www.unicef.org/eapro/UNICEF_Statement_on_HRW.pdf ; Mandeep Dhaliwal, United Nations Development Programme (2010), 'Harm reduction 2010 – The next generation: Addressing the development dimensions,' presentation at the International Harm Reduction Association Annual Conference, April 29, 2010; Michel Kazatchkine, Executive Director, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (2010), 'From evidence and principle to policy and practice', Keynote address at the Canadian HIV/AIDS Legal Network 2nd Annual Symposium on HIV, Law and Human Rights, Toronto, 11 June 2010.
6. Davis, S., Triwahyuono, A. & Alexander, R. (2009), 'Survey of abuses against injecting drug users in Indonesia', Harm Reduction Journal, **6**:28 doi:10.1186/1477-7517-6-28
7. Caveat. Indonesia's Monthly Human Rights Analysis, **4**(1 September 2009); Narcotics Law #35/2009, Article 103
8. Pers. Comm. Gray Sattler, UNODC Jakarta (2012); International Centre for Prison Studies, http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_country.php?country=95

Ucapan Terima Kasih

Tentang IDPC

International Drug Policy Consortium (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 (untuk melihat keseluruhan anggota IDPC, kunjungi: www.idpc.net/members). 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.

Edisi 2

Penulis – Christopher Hallam (IDPC), Dan Werb (International Centre for Science in Drug Policy), Gloria Lai (IDPC), Marie Nougier (IDPC), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Matt Curtis (Eurasian Harm Reduction Network)

Kontributor – Anne Bergenstrom (United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Centre for East Asia and the Pacific), Ann Fordham (IDPC), Aram Barra (Espolea, Youth RISE), Coletta Youngers (IDPC), John Walsh (Washington Office on Latin America), Jorge Hernandez Tinajero (CUPIDH), Lisa Sanchez (Espolea), Martina Melis (New Zealand Drug Foundation), Martin Jelsma (Transnational Institute), Mike Trace (IDPC), Niamh Eastwood (Release), Nick Thomson (Johns Hopkins School of Public Health, Nossal Institute for Global Health), Pascal Tanguay (PSI), Ricardo Ricci (International Drug Markets Institute), Ruth Birgin (Women's Harm Reduction International Network), Thierry Charlois (Association Française de Réduction des Risques)

Edisi 1

Penulis – Alex Stevens (University of Kent), Amira Armenta (Transnational Institute), Anderson Morales de Castro e Silva (Viva Rio), Ann Fordham (IDPC), Ross Bell (New Zealand Drug Foundation), Coletta Youngers (Washington Office on Latin America), Eric Carlin (Independent Consultant), Niamh Eastwood (Release), Genevieve Harris (Release), Hugo Luck (UK National Health Service), Marie Nougier (IDPC), Mike Trace (IDPC), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme)

Kontributor – Adriana Beltran (Washington Office on Latin America), Alex Stevens (University of Kent), Daniel Wolfe (International Harm Reduction Development Programme), David Bewley-Taylor (Lecturer, Swansea University), Allan Clear (Harm Reduction Coalition), Christopher Hallam (IDPC), Ernestien Jensema (Transnational Institute), Kathy Ledebur (Andean Information Network), Marie Nougier (IDPC), Nicola Singleton (UK Drug Policy Commission), Richard Pearshouse, Haydee Rosovsky (CRECE), Roxanne Saucier (International Harm Reduction Development Programme), Richard Elliott (Canadian HIV/AIDS Legal Network), Ricardo Soberon (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos), Warren Young (New Zealand Law Commission)



Bagian Satu

Prinsip – prinsip utama dalam pembangunan kebijakan Napza yang efektif

Prinsip – prinsip utama dalam pembangunan kebijakan Napza yang efektif

Prinsip kebijakan Napza yang efektif

Agar sesuai dengan tujuan mengatasi kompleksnya tantangan yang diakibatkan oleh peredaran dan penggunaan Napza di abad 21, strategi kebijakan Napza haruslah:

- didasarkan pada **penilaian yang objektif** atas prioritas dan bukti-bukti ilmiah dan prioritas
- sesuai dengan **standar internasional hak asasi manusia**
- difokuskan pada **pengurangan dampak buruk** dari peredaran dan penggunaan Napza
- ditujukan untuk mendorong **keterlibatan kelompok-kelompok marjinal dalam kehidupan sosial**
- Membangun keterbukaan dan hubungan yang konstruktif diantara pemerintah dan **masyarakat sipil**

Selama 50 tahun belakangan ini, sebagian besar pemerintah negara mengikuti model kebijakan Napza yang dikembangkan oleh Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Pengawasan Napza – Konvensi Tunggal PBB tentang Napza Tahun 1961 (1961 UN Single Convention on Narcotic Drugs), Konvensi PBB tentang Psikitropika Tahun 1971 (1971 UN Convention on Psychotropic Drugs), dan Konvensi PBB tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Napza dan Psikitropika Tahun 1988, Konvensi Wina 1988 (1988 UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances). Meskipun tujuan paling mendasar dari konvensi-konvensi tersebut, sebagaimana tercantum dalam pembukaan Konvensi Tunggal 1961 dan Konvensi 1971, adalah untuk melindungi 'kesehatan dan kesejahteraan umat manusia', namun model penanganan yang dikembangkan dilatarbelakangi dengan kuat oleh prinsip pemedanaan. Model tersebut berfokus pada operasi penegakan hukum untuk menghalangi ketersediaan Napza, serta ancaman hukuman yang berat guna mencegah permintaan, sebagai strategi utama dalam menghambat sehingga akhirnya menghapuskan peredaran gelap Napza. Kebijakan semacam ini biasanya dirumuskan melalui perdebatan ideologi dan sensitivitas politik, serta memandang kebijakan sebagai sebuah keputusan politik yang 'lemah' atau 'keras' terhadap Napza.

Belakangan ini, para pembuat kebijakan didorong untuk melakukan evaluasi ulang terhadap kebijakan ini karena:

- kebijakan ini telah terbukti tidak dapat mengurangi tingkat peredaran gelap Napza dengan signifikan dan berkelanjutan¹
- implementasi sistem pengawasan Napza yang ada saat ini mengarah kepada dampak buruk yang signifikan – contohnya, peningkatan keuntungan dan jangkauan kejahatan yang terorganisir²

- peningkatan permasalahan kesehatan dan sosial di kalangan para pengguna Napza³ telah mendorong dilakukannya penelitian mengenai dampak kriminalisasi dan marginalisasi⁴
- Beberapa dampak buruk terkait dengan Napza dapat ditangani secara efektif melalui kebijakan yang tujuan utamanya bukanlah untuk mengurangi kecenderungan penggunaan Napza atau tingkat peredaran Napza⁵
- PBB telah menyatakan keprihatinannya terhadap pelanggaran hak asasi manusia dan kebebasan fundamental dalam kegiatan pengawasan Napza demi terwujudnya tujuan pengawasan Napza⁶

Dalam hal ini, pemerintah perlu melakukan pengkajian yang mendalam terhadap peraturan perundang-undangan Nasional untuk memaksimalkan keamanan, kesehatan, serta pembangunan umat manusia.

Terkait dengan hal tersebut, pemerintah perlu melakukan pengkajian yang mendalam terhadap peraturan perundang-undangan, strategi, serta program nasional terkait dengan pengawasan Napza, untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya dan pencapaian tujuan fundamental dari kebijakan Napza – memaksimalkan keamanan, kesehatan, serta pembangunan umat manusia.⁷

Dalam hal ini, pemerintah perlu melakukan pengkajian yang mendalam terhadap strategi, program nasional dan peraturan perundang-undangan, untuk memaksimalkan penggunaan

sumber daya sehingga dapat mencapai tujuan dari kebijakan Napza tersebut, yaitu memaksimalkan keamanan, kesehatan, serta pembangunan umat manusia.

Saat ini terdapat banyak bukti dan pengalaman dari seluruh dunia mengenai bagaimana membangun dan mengkaji strategi kebijakan Napza nasional, dan apa jenis aktivitas dan program yang paling efektif. Panduan ini mengumpulkan bukti-bukti serta pengalaman guna memberikan saran kepada para pembuat kebijakan dan memandu mereka dalam pembentukan kebijakan yang efektif yang berkaitan dengan permasalahan dan tantangan di negara mereka masing-masing.

Kami mengajukan 5 (lima) prinsip kebijakan tingkat tinggi (*high-level policy*) untuk perancangan dan pengimplementasian kebijakan Napza nasional:

- 1) Kebijakan Napza harus dibentuk melalui penilaian berbasis ilmiah serta prioritas yang objektif dan terstruktur
- 2) Seluruh aktivitas harus dilakukan sesuai dengan hukum hak asasi manusia internasional
- 3) Kebijakan Napza harus berfokus pada pengurangan dampak buruk Napza dan bukan berfokus pada tingkat penggunaan dan peredaran Napza
- 4) Kebijakan dan aktivitas harus ditujukan untuk mendorong keterlibatan kelompok-kelompok marginal dalam kehidupan sosial
- 5) Pemerintah harus membina hubungan yang saling membangun dan terbuka dengan masyarakat sipil dalam pembuatan dan pelaksanaan strategi nasional

Setiap bab dalam panduan ini sudah mengintegrasikan prinsip-prinsip di atas sepenuhnya.

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998-2007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
- 2 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf; UKDPC (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf
- 3 Pengguna narkoba dalam panduan ini merujuk pada orang-orang yang menggunakan narkoba, terlepas dari penggunaan tersebut legal atau ilegal.
- 4 Schiffer, K. & Schatz, E. (2008), *Marginalisation, social inclusion and health: experiences based on the work of Correlation European Network Social Inclusion and Health* (Amsterdam: The Correlation Network), http://idpc.net/sites/default/files/library/Correlation_Marginalisation_08_EN.pdf
- 5 Harm Reduction International (2011), *Harm Reduction: a low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf
- 6 Grover, A. (August 2010), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (United Nations General Assembly A/65/255), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Right%20to%20highest%20standard%20of%20health.pdf>; UNODC (March 2010), *From coercion to cohesion: treating drug dependence through healthcare, not punishment* (Vienna: UNODC), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Coercion%20FULL%20doc%20%282%29.pdf>; Nowak, M. (February 2010), *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (United Nations General Assembly A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_.13.39.Add_.5_en.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime Press Release (12 March 2009), *Political declaration and action plan map out future of drug control*, <http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2009/unisnar1048.html>
- 7 Preamble of the 1961 UN Single Convention on Narcotic drugs: 'The Parties [are] concerned with the health and welfare of mankind', <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>

1.1 Pendekatan terstruktur dalam pembuatan dan pengkajian strategi

Pemerintah harus melakukan pendekatan terstruktur untuk membangun respon kebijakan Napza yang komprehensif dan terintegrasi

Banyaknya faktor yang mempengaruhi tingkatan dan pola produksi, penyediaan, dan penggunaan Napza menunjukkan bahwa pemerintah harus mengambil pendekatan yang sangat terstruktur untuk membangun respon kebijakan Napza yang komprehensif dan terintegrasi – perundang-undangan terkait Napza dan proses penegakan hukumnya hanya satu dari sekian banyak aktivitas pemerintah yang dapat digunakan untuk mengatasi permasalahan Napza

Proses pembuatan kebijakan yang baik di tingkat nasional harus mencakup hal-hal dibawah ini:

- **Perumusan tujuan strategis di level nasional** – hal ini akan mengalir dari proses penilaian mengenai konsekuensi yang mana dari peredaran dan penggunaan Napza yang berdampak paling buruk bagi masyarakat. Komunitas dan masyarakat sipil, khususnya perwakilan dari orang-orang yang menanam dan menggunakan Napza, adalah ahli yang sangat berharga dalam membantu pembuat kebijakan menentukan prioritas isu yang harus diatasi dalam strategi Napza nasional. Bergantung pada konteks lokal, prioritas bisa ditujukan terhadap pengurangan kejahatan terorganisir, mengatasi dampak penggunaan Napza terhadap keluarga dan komunitas, atau pembatasan penularan HIV dan permasalahan kesehatan lainnya. Tujuan operasional, seperti jumlah penangkapan kasus Napza maupun jumlah Napza yang disita, bukan merupakan indikator kemajuan yang akurat terhadap pengurangan dampak buruk Napza dan oleh karena itu, hal tersebut bukanlah tujuan yang tepat untuk dimasukkan dalam strategi tingkat nasional
- **Deskripsi aktivitas yang akan dilaksanakan dan didukung oleh pemerintah untuk mencapai tujuan tersebut** – terdapat bukti-bukti yang dapat digunakan sebagai panduan oleh para pembuat kebijakan untuk membentuk program-program yang paling efektif untuk mencapai tujuan mereka. Contohnya adalah ketersediaan program pemulihan ketergantungan Napza berperan dalam mengurangi kejahatan ringan yang terjadi di jalanan¹, sedangkan program pengurangan dampak buruk berperan dalam mengurangi infeksi HIV dan Hepatitis C². Walaupun cakupan aktivitas akan terhambat oleh ketersediaan sumber daya, namun jika aktivitas tersebut dengan terlaksana dengan efektif akan membawa pada keuntungan yang lebih besar dengan berkurangnya biaya yang harus dikeluarkan terkait dengan tindak kriminal, kesehatan, dan permasalahan sosial.³
- **Pengidentifikasian yang jelas terhadap peran badan-badan pemerintah yang bertanggung jawab atas aktivitas tersebut, serta koordinasi di antara mereka** – permasalahan Napza yang ada di masyarakat tidak akan bisa diselesaikan hanya oleh satu badan pemerintah saja. Strategi yang komprehensif dan terintegrasi memerlukan kerjasama dan koordinasi di antara badan-badan pemerintah tersebut, termasuk departemen kesehatan, departemen sosial, departemen hukum dan hak asasi manusia, departemen pendidikan, dan departemen luar negeri. Pelaksanaan program harus dilakukan melalui kantor-kantor lokal departemen tersebut, bekerja sama dengan pemerintah setempat, kelompok agama/kepercayaan dan komunitas, lembaga swadaya masyarakat, dan komunitas terdampak seperti komunitas pengguna dan penanam Napza

- **Jumlah sumber daya yang disediakan oleh pemerintah untuk mendukung terselenggaranya aktivitas-aktivitas tersebut** – strategi kebijakan nasional satu negara dan lainnya cukup berbeda dalam hal sumber daya yang dikerahkannya. Beberapa negara (terutama Amerika Serikat) mengeluarkan jutaan dolar setiap tahunnya untuk mengimplementasikan strategi kebijakan nasional mereka, sementara negara lainnya mengeluarkan biaya yang sangat kecil. Pengeluaran tersebut bisa berasal dari biaya kesehatan, pendidikan, hukum atau penegakan hukum, dimana dampaknya terhadap pencapaian tujuan strategi Napza nasional mungkin tidak dapat dievaluasi secara nyata. Para pembuat kebijakan harus paham mengenai jumlah yang dikeluarkan untuk membiayai kebijakan Napza yang sifatnya pro aktif (seperti aktivitas penegakan hukum, kampanye pencegahan dan program pengurangan dampak buruk dan perawatan bagi pecandu Napza⁴), serta penghematan yang dapat dilakukan dari kegiatan yang bersifat 'reaktif' (misalnya dalam penanganan tindak kriminal yang berhubungan dengan Napza, hilangnya kegiatan ekonomi atau penyembuhan HIV atau penyakit yang menular melalui darah lainnya).
- **Hubungan antara ruang lingkup dan jangka waktu strategi, serta evaluasi terhadap pencapaian** – belajar dari kesuksesan dan kegagalan kebijakan Napza membutuhkan sebuah mekanisme yang kuat agar dapat menilai dampak dari strategi Napza. Hal ini termasuk menargetkan tujuan dan jangka waktu yang jelas, dan komitmen untuk melaksanakan kajian ulang terhadap tujuan serta struktur yang telah ditetapkan secara berkala (misalnya lima tahun sekali). Beberapa negara pada tahun 1990an menciptakan sebuah strategi kebijakan Napza nasional, namun tidak melakukan pengkajian ulang terhadap strategi tersebut secara sistematis dan objektif. Hal ini berdampak pada keberlanjutan sebuah strategi yang tidak efektif dan kehilangan kesempatan untuk membuat strategi baru yang lebih efektif. Karena tidak ada negara yang berhasil menyelesaikan permasalahan terkait dengan peredaran dan penggunaan Napza secara menyeluruh, para pembuat kebijakan harus terus menerus mencari respon kebijakan yang lebih baik, dengan cara mengacu pada bukti-bukti serta pengalaman yang ada, bukan hanya dipengaruhi oleh ideologi dan kepentingan politik.

Endnotes

- 1 Gossop, M. (2005), *Drug misuse treatment and reductions in crime: findings from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), <http://www.addictionservicesguide.com/articles/NTORS.PDF>; Hughes, C.E. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *The British Journal of Criminology*, **50**(6): 999–1022; Rajkumar, A.S. & French, M.T. (1997), 'Drug abuse, crime costs and the economic benefits of treatment', *Journal of Quantitative Criminology*, **13**(3): 291–323, <http://www.springerlink.com/content/bg6247650485q36v/>
- 2 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf; Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. & Mattick, R. for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and injecting drug use (2008), 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, **372**(9651): 1733–1754, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2808%2961311-2/abstract>
- 3 Harm Reduction International (2011), *Harm reduction: a low cost, high-impact set of interventions*, <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (London: NTA), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)', *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15796344>
- 4 Pecandu narkoba didefinisikan dalam Undang-Undang No. 35 Tahun 2009 sebagai: orang yang menggunakan atau menyalahgunakan narkoba dan dalam keadaan ketergantungan terhadap narkoba, baik secara fisik maupun psikis.

1.2 Memastikan kesesuaian dengan hak asasi dan kebebasan yang fundamental

Berdasarkan konvensi PBB tentang Napza, perhatian utama dari sistem pengawasan Napza adalah “kesehatan dan kesejahteraan umat manusia”.¹ Badan pengawasan Napza dan pemerintah juga terikat dengan kewajiban yang tercantum dalam Pasal 55 dan 56 Piagam PBB 1945, yang mendorong penghargaan dan pemeliharaan universal atas hak asasi dan kebebasan yang fundamental.²

Hukum hak asasi manusia harus dipergunakan sebagai elemen utama dalam kerangka hukum nasional untuk kebijakan Napza

Hak asasi manusia berasal dari martabat dan nilai manusia.³ Hak asasi manusia bersifat universal, saling bergantung, saling berhubungan, tidak dapat dipisahkan, dan tidak dapat dicabut,⁴ yang berarti bahwa hak-hak tersebut tidak dapat direnggut dari seseorang karena mereka menanam atau menggunakan Napza atau menderita HIV. Hal ini secara eksplisit disampaikan oleh *UN High Commissioner for Human Rights* (Komisaris Tinggi PBB untuk Urusan Hak Asasi Manusia), Navanethem Pillay: ‘orang-orang yang menggunakan Napza tidak dapat direnggut hak asasinya’.⁵

Hak asasi manusia bukan hanya sekedar pernyataan prinsip – negara juga memiliki kewajiban yang mengikat terhadap hukum internasional untuk menghargai, melindungi, serta memenuhi hak asasi tersebut.⁶ Hal ini berarti pemerintah tidak seharusnya mencampuri hak asasi dari para warga negaranya (termasuk orang yang menggunakan dan/atau menanam Napza) ataupun memperbolehkan pihak ketiga seperti penegak hukum untuk mencampuri hak asasi para warga negaranya. Mereka juga harus mengadopsi legislasi, konsitusi, pembiayaan, dan hal lainnya dengan layak untuk dapat sepenuhnya memenuhi hak asasi manusia warga negaranya.

Pemerintah dan para penegak hukum belum memberikan perhatian yang cukup terhadap hak asasi dan kebebasan fundamental dalam pembuatan dan pengimplementasian kebijakan Napza nasional. Terlepas dari keprihatinan yang telah disuarakan oleh beberapa badan-badan PBB – termasuk Pelapor Khusus PBB untuk urusan Hak Atas Kesehatan (*UN Special Rapporteur on the right to health*), Anand Grover⁷ – pelanggaran terhadap hak asasi manusia terus menerus berkembang di bawah nama kebijakan Napza.⁸

Tabel 1. Pelanggaran Hak Asasi Manusia atas nama pengawasan Napza

Hak Asasi Manusia	Konvensi Internasional Hak Asasi Manusia	Pelanggaran atas nama pengawasan Napza
Hak untuk Hidup	- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pasal 4 - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Sipil dan Politik 1966, Pasal 6	- Penggunaan hukuman mati untuk tindak pidana Napza⁹ - Pembunuhan ekstra-judisial (<i>extra judicial killings</i>) oleh penegak hukum¹⁰

Hak Asasi Manusia	Konvensi Internasional Hak Asasi Manusia	Pelanggaran atas nama pengawasan Napza
Hak untuk bebas dari penyiksaan dan hukuman yang kejam dan tidak manusiawi	- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pasal 5 - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Sipil dan Politik 1966, Pasal 7 - Deklarasi mengenai Perlindungan bagi Semua Manusia terhadap Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi, serta Merendahkan Martabat, 1975 - Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi, serta Merendahkan Martabat (Konvensi Menentang Penyiksaan), 1984	- Penahanan sewenang-wenang terhadap orang yang menggunakan Napza - Kekerasan di pusat pemulihan wajib untuk pengguna Napza¹¹
Hak untuk bebas dari perbudakan	- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pasal 4 - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Sipil dan Politik, Pasal 8	Penggunaan kerja paksa atas nama pemulihan Napza¹²
Hak atas Kesehatan	- Konstitusi World Health Organization (WHO), 1944 - Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia 1948, Pasal 25 - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya 1966, Pasal 12	- Akses yang terbatas terhadap obat-obatan yang esensial untuk penghilang rasa sakit¹³ - Akses yang terbatas untuk pencegahan, pemulihan, dan perawatan Napza
Hak sosial dan ekonomi	- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia 1948, Pasal 22 (dan seterusnya) - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya 1966, Pasal 6 dan 7 (dan seterusnya)	Implementasi kampanye pemberantasan paksa tanaman, membuat banyak petani kehilangan mata pencaharian¹⁴
Hak untuk bebas dari perlakuan diskriminasi	- Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia 1948, Pasal 7 - Konvenan Internasional mengenai Hak-Hak Sipil dan Politik 1966, Pasal 26 - Konvensi Internasional Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Ras, 1965 - Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan, 1979	Penerapan hukum pengawasan Napza yang diskriminatif, terutama terhadap orang-orang dari etnis minoritas¹⁵, masyarakat adat, anak muda, dan perempuan.
Hak atas privasi	Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Artikel 12	Praktek pemberhentian dan pemeriksaan terhadap seseorang, termasuk pelajar, yang diduga membawa Napza, dengan penggunaan anjing pelacak di sekolah
Hak untuk dilindungi dari penyalahgunaan Napza	Konvensi PBB mengenai Hak Anak, Pasal 33	- interpretasi yang sempit terhadap pasal tersebut berdampak pada fokus pencegahan yang berlebihan (kampanye 'Katakan Tidak') - Pengingkaran atas pelayanan pengurangan dampak buruk bagi anak muda¹⁶

Saat ini, pelanggaran hak asasi manusia mendapat perhatian yang besar dari masyarakat, dan LSM-LSM menjadi lebih aktif dalam meneliti peran negara dalam pemenuhan hak asasi.¹⁷ Badan PBB untuk pengawasan Napza juga kini menjadi lebih sadar terhadap isu ini. Contohnya, Direktur Eksekutif United Nation Office on Drugs and Crime (UNODC), Yury Fedotov, menyatakan: 'UNODC bekerja untuk meningkatkan kehidupan orang-orang dan masyarakat di seluruh dunia ... Oleh karenanya, kesehatan publik dan hak asasi manusia harus menjadi pusat dalam melaksanakan tugas itu'.¹⁸ Mantan Pelapor Khusus PBB mengenai penyiksaan, Manfred Nowak, dan Komisioner Tinggi PBB untuk urusan Hak Asasi Manusia, Navanethem Pillay, juga telah menyerukan pendekatan berbasis hak asasi manusia dalam kebijakan Napza.¹⁹

Diperlukan perubahan paradigma ke arah pengakuan hak asasi manusia sebagai elemen utama kerangka hukum nasional untuk kebijakan Napza.²⁰ Kerangka hukum yang baru ini harus berfokus pada:

- **Kesehatan Publik**, guna meningkatkan akses terhadap obat-obatan yang esensial dan membangun program pengurangan dampak buruk, pencegahan, perawatan, dan pemulihan Napza yang berbasis ilmiah.
- **Pembangunan**, guna memfokuskan kembali pada pembangunan-pembangunan lain berupa pengurangan kemiskinan, pendidikan, pekerjaan, jaminan sosial, dan sebagainya
- **Kesejahteraan Manusia**, guna memfokuskan kembali pada upaya penegakan hukum terhadap pihak-pihak yang paling bertanggung jawab atas kejahatan Napza, dibandingkan dengan pengecer yang tidak berbahaya, pengguna Napza, dan komunitas penanam yang rentan.

Endnotes

- 1 Pembukaan Konvensi PBB tentang Narkotika tahun 1961 (*1961 UN Convention on Narcotic Drugs*), <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 2 Berdasarkan Pasal 103 Piagam PBB, kewajiban-kewajiban yang termaktub dalam piagam tersebut melekat pada seluruh perjanjian internasional, termasuk ketiga konvensi terkait narkotika tersebut.
- 3 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia tahun 1948.
- 4 World Conference on Human Rights (1993), *Vienna Declaration and Programme of Action* (A/CONF.157/23), 12 July 1993, para.1
- 5 Rilis Media PBB (10 Maret 2009), 'High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy', <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 6 Office of the High Commissioner for Human Rights website: *International human rights law*, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
- 7 Grover, A. (August 2010), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (United Nations General Assembly A/65/255), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Right%20to%20highest%20standard%20of%20health.pdf>
- 8 Human Rights Watch, Open Society Institute & International Harm Reduction Association, *UNGASS Ten year drug strategy review: ten ways drug policy affects human rights*, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/3.15.2009_Health_Drugsandhumanrightsfactsheet1.pdf
- 9 Pada tahun 2010, 33 negara mempertahankan hukuman mati dalam tindak pidana narkotika: Harm Reduction International (2010), *Complicity or abolition? The death penalty and international support for drug enforcement* (London: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_DeathPenaltyReport_2.pdf
- 10 Haugaard, L. & Nicholls, K. (December 2010), *Breaking the silence: in search of Colombia's disappeared* (Washington DC: Latin America Working Group Education Fund & US Office on Colombia), <http://lawg.org/storage/documents/Colombia/BreakingTheSilence.pdf>
- 11 Open Society Foundations (June 2011), *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centers* (New York: International Harm Reduction Program, Open Society Foundations), http://idpc.net/sites/default/files/library/OSF_TreatmentOrTorture.pdf

[fault/files/library/Treatment-or-torture.pdf](#); Nowak, M. (February 2010), *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (United Nations General Assembly A/HRC/13/39/Add.5), http://idpc.net/sites/default/files/library/A.HRC_.13.39.Add_.5_en.pdf; Wolfe, D. & Saucier, R. (May 2010), 'In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs', *International Journal of Drug Policy*, **21** (3): 145–148, <http://www.ijdp.org/article/PIIS0955395910000095/abstract?rss=yes>

- 12 Human Rights Watch (January 2010), *'Where darkness knows no limits' – incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), http://idpc.net/sites/default/files/library/hrw_china_darkness%20knows%20no%20limits.pdf
- 13 WHO mengestimasiakan sekitar 80% populasi dunia tidak atau tidak cukup memiliki akses terhadap pengobatan untuk sakit yang sedang atau parah: World Health Organization, Access to Controlled Medications Programme (2007), *Improving access to medications controlled under international drug conventions* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf
- 14 Mansfield, D. (2011), *Assessing supply-side policy and practice: Eradication and alternative development* (Geneva: Global Commission on Drug Policy), <http://idpc.net/sites/default/files/library/crop-eradication-and-alternative-development.pdf>
- 15 Contohnya, di Amerika Serikat, orang-orang Afrika- Amerika memiliki kecenderungan 10 kali lipat dibandingkan orang kulit putih untuk masuk penjara karena tindak pidana narkoba: Human Rights Watch (2008), *Targeting blacks: drug law enforcement and race in the United States* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/en/node/62236/section/1>
- 16 International Harm Reduction Association & Youthise. *Drugs, Harm Reduction and the UN Convention on the Rights of the Child: Common themes and universal rights*, <http://www.ihra.net/child-rights>
- 17 The Beckley Foundation Drug Policy Programme, International Harm Reduction Association, Human Rights Watch & The Canadian HIV/AIDS Legal Network (2008), *Report 13 – Recalibrating the regime: the need for a human rights-based approach to international drug policy* (Oxford: The Beckley Foundation), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Recalibrating%20the%20regime.pdf>
- 18 Rilis Media PBB (13 September 2010), *New UN drugs and crime chief to focus on public health and rights-based approach* (UNIS/INF/386), <http://idpc.net/alerts/unodc-chief-focuses-on-public-health-and-human-rights>
- 19 Rilis Media PBB (10 March 2009), *High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy*, <http://www.unhchr.ch/huricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- 20 Barrett, D. & Nowak, M. (2009), 'The United Nations and Drug Policy: Towards a Human Rights-Based Approach'. In Constantinides, A. & Zaikos N., eds., *The diversity of international law: essays in honour of Professor Kalliopi K. Koufa* (Leiden: Brill/Martinus Nijhoff): 449-477, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1461445

1.3 Memfokuskan pada pengurangan dampak buruk peredaran dan penggunaan Napza

Pemerintah lebih berfokus terhadap upaya pengawasan Napza yang mengurangi tingkat peredaran Napza melalui tindakan yang bersifat menghukum, dan mempercayai bahwa hal ini akan berdampak pada pengurangan dampak buruk Napza.¹ Saat penyusunan Konvensi PBB mengenai Napza, tujuan kesehatan dan sosial diasumsikan dapat dengan maksimal diraih melalui penghentian persediaan Napza dan memenjarakan pengedar dan pengguna. Dengan demikian, kemajuan dalam kebijakan Napza banyak diukur melalui istilah 'pengukuran proses' – jumlah Napza yang disita, jumlah pengedar dan pengguna yang ditangkap, dan beratnya hukuman.

Konsep pengurangan dampak buruk Napza harus diaplikasikan di semua aspek kebijakan Napza

Akan tetapi, sebagian besar dari usaha ini telah gagal. Meskipun sudah banyak investasi keuangan dan politik yang dikeluarkan untuk kebijakan yang represif ini selama 50 tahun belakangan, Napza justru lebih tersedia, dan banyak digunakan, dibandingkan sebelumnya. Secara teori, pengurangan tingkat peredaran Napza bisa berdampak pada pengurangan dampak buruknya, namun prakteknya, hal sebaliknya yang terjadi. Contohnya, operasi terhadap jaringan pengedar yang sukses dapat meningkatkan angka kekerasan karena kelompok-kelompok pengedar lainnya berkompetisi untuk menguasai jaringan kelompok pengedar yang tertangkap itu,² dan tindakan terhadap jenis Napza tertentu bisa berdampak pada perubahan jenis Napza yang lebih berbahaya yang digunakan oleh para pengguna Napza.³

Pengalaman telah menunjukkan bahwa hubungan antara pengimplementasian kebijakan pengawasan Napza yang represif dengan pencapaian tujuan yang bermanfaat bagi individu dan komunitas – seperti kesehatan yang membaik, meningkatkan keamanan dan kesejahteraan komunitas – sangat lemah.

Pada pasar konsumen, misalnya, banyaknya pengguna Napza yang ditangkap tidak menurunkan angka pemakaian tapi justru meningkatkan permasalahan kesehatan dan sosial. Oleh karena itu, kriteria seperti angka penangkapan, atau tindakan yang keras terhadap jaringan pengedar atau jenis Napza tertentu dalam rangka pencegahan justru tidak cukup relevan terhadap pencapaian tujuan, yaitu penurunan angka kejahatan yang terkait dengan Napza, peningkatan keamanan masyarakat, dan penurunan angka permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan Napza seperti overdosis dan HIV/AIDS.

Sama halnya dengan pemberantasan tanaman Napza yang tidak membuat pasokan Napza ke pasar menjadi terhenti, tetapi justru berujung pada munculnya permasalahan ekonomi dan sosial di masyarakat yang bermata pencaharian di sekitar wilayah penanaman Napza. Penilaian dari tindakan-tindakan yang diambil dalam hal yang berkaitan dengan pengurangan persediaan Napza – seperti cakupan wilayah penanaman yang diberantas, dan jumlah pemroduksian Napza – juga merupakan indikator yang buruk dalam pengukuran pencapaian tujuan

Seiring dengan program pemberantasan yang telah memberikan dampak secara pasang surut di pasar Napza lokal, pasar globalnya justru tetap tidak terpengaruh secara signifikan karena tempat dan cara produksinya terus menerus berubah seiring dengan tindakan penegakan hukum. Pengukuran terhadap tujuan yang diharapkan harus difokuskan pada berkurangnya praktek-praktek kekerasan terkait dengan peredaran Napza, dan meningkatnya pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat rentan yang bertempat tinggal di area tersebut.

Sekedar mengejar tujuan jangka panjang, yang adalah “masyarakat bebas Napza”, bukan lagi kebijakan yang memiliki nilai keberkelanjutan. Fokus terhadap tujuan yang melekat pada strategi internasional dan strategi kebanyakan negara pada saat ini – yaitu untuk secara signifikan mengurangi jumlah peredaran dan penggunaan – juga tampaknya sulit untuk diraih, dan telah membawa kita pada arah yang salah dengan mengalokasikan perhatian dan sumber daya pada program yang tidak efektif, sementara program kesehatan dan sosial yang telah terbukti dapat mengurangi dampak buruk Napza justru kekurangan sumber daya dan dukungan politik. Atas dasar itu, tujuan kebijakan Napza perlu dikaji ulang.

Konsep pengurangan dampak buruk biasanya diasosiasikan dengan serangkaian aktivitas kesehatan publik yang berusaha mengurangi resiko kesehatan dari penggunaan Napza, akan tetapi tidak selalu mengurangi angka keseluruhan penggunaan Napza.⁴ Karena program pengurangan dampak buruk telah menunjukkan efektivitasnya dalam meningkatkan kondisi sosial dan kesehatan, konsep itu seharusnya juga diaplikasikan di semua aspek kebijakan Napza. Para pembuat kebijakan seharusnya menunjukkan secara jelas dampak buruk apa yang ingin mereka hilangkan melalui kebijakan Napza itu, membuat serta menyediakan sumber daya untuk program-program yang telah memiliki bukti yang cukup dapat mengurangi dampak buruk itu, dan mengevaluasi program tersebut untuk memastikan bahwa tujuan yang ditetapkan telah tercapai.

Sangatlah penting untuk mengubah pola pengukuran dari pengukuran yang menggunakan skala atau angka, menjadi pengukuran yang berpegang pada indikator dampak buruk yang sesungguhnya, seperti tingkat kejahatan yang menggunakan kekerasan dan korupsi yang terkait dengan jual beli Napza, indikator pembangunan sosial dan ekonomi terhadap komunitas di area penanaman Napza, dan peningkatan kesejahteraan sosial ekonomi dan kesehatan di kalangan konsumen Napza.

Endnotes

- 1 Pembukaan Konvensi PBB tentang Narkotika tahun 1961 (<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>), tahun 1971 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf) dan tahun 1988 (<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>)
- 2 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Oxford: DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 3 Hallam, C. (April 2010), *IDPC Briefing Paper – Jar wars: the question of schools-based drug testing* (London: International Drug Policy Consortium), http://idpc.net/sites/default/files/library/Schools%20Briefing%20paper%202010%20FINAL_0.pdf
- 4 Harm Reduction International. (2010). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association* (London: HRI), http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

1.4 Mendorong keterlibatan kelompok-kelompok marjinal dalam kehidupan sosial

Distribusi penggunaan Napza di setiap kelompok sosial masyarakat bervariasi di satu negara dan lainnya. Di beberapa negara, Napza bahkan terdistribusi melampaui jangkauan wilayah geografis, melintasi kelas-kelas sosial dan ras atau budaya yang berbeda-beda; sementara di negara lain, distribusi Napza terpusat pada area atau kelompok tertentu. Namun demikian, polanya tetap terlihat sama di seluruh masyarakat – ketergantungan terhadap Napza tetap terpusat pada komunitas yang paling termarginalkan. Tentunya hal ini tidak mengagetkan, karena bukti menunjukkan bahwa lingkungan hidup yang keras dan trauma berkontribusi besar terhadap ketergantungan Napza.¹ Begitu pula dalam hal pemberantasan penanaman Napza yang terpusat di wilayah-wilayah termiskin di dunia.²

Banyak aktivitas pekerjaan yang dilakukan departemen sosial difokuskan untuk meningkatkan kondisi kehidupan kelompok marjinal dan mengintegrasikan mereka ke kondisi perekonomian dan sosial kebanyakan. Namun, banyak aspek dari kebijakan pengawasan Napza nasional yang berdampak sebaliknya:

- penolakan terhadap penggunaan Napza, yang mengakibatkan pada terbentuknya stigma terhadap orang-orang yang menggunakan Napza, dan terkadang terhadap seluruh komunitas tersebut, membatasi kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan ekonomi di masyarakat setempat.
- orang-orang muda yang tertangkap menggunakan atau menguasai Napza sering kali tidak mendapatkan pendidikan atau pekerjaan, sehingga meningkatkan resiko akan memburuknya permasalahan kesehatan, sosial, dan ekonomi mereka.
- program yang berfokus pada penangkapan dan pemberian sanksi yang berat bagi pengguna ataupun penanam Narkotika tidak mampu memberikan efek jera, namun justru menjauhkan mereka dari pengaruh sosial yang positif dan meningkatkan kerentanan mereka terhadap resiko kesehatan dan kriminal
- aktivitas penegakan hukum dan lainnya mendorong pengguna Napza menjadi semakin eksklusif sehingga membuat program-program kesehatan dan sosial menjadi semakin sulit untuk menjangkau mereka

Marjinalisasi sosial dapat diminimalisir dengan mengadopsi kebijakan yang bertujuan untuk menghapuskan stigma terhadap kelompok rentan

Marjinalisasi sosial dapat diminimalisir dengan mengurangi ketergantungan terhadap tindakan penangkapan yang meluas dan hukuman yang berat bagi pengguna atau penanam Napza, dan mengadopsi kebijakan dan program yang bertujuan untuk menghapuskan stigma dan marjinalisasi terhadap kelompok rentan.

Kebijakan seperti itu telah mendapatkan dukungan dari dunia internasional. Contohnya, Sekretaris Jendral PBB mendesak ‘... seluruh negara untuk menghapuskan undang-undang yang berfokus pada pemidanaan, kebijakan dan

praktek-praktek yang menghambat respon terhadap AIDS ... Di beberapa negara, kerangka hukum melembagakan diskriminasi terhadap kelompok yang beresiko tinggi... Kita harus memastikan bahwa respon terhadap AIDS berbasis ilmiah, bukan ideologi, dan menjangkau mereka-mereka yang yang paling membutuhkan dan paling terdampak'.³ Hal ini merupakan penyimpangan yang signifikan atas pendekatan historis kepada kebijakan Napza yang berprinsip pada pencegahan (ide bahwa hukuman yang berat akan membuat jera pengguna Napza dan orang-orang yang berpotensi menggunakan Napza menyebabkan hilangnya peredaran gelap Napza). Pencegahan bukanlah faktor yang signifikan dalam tingkatan ketergantungan Napza di kelompok tertentu, melainkan harga dan ketersediaan Napza, kemiskinan, ketidaksetaraan dan kondisi kehidupan yang keraslah yang menjadi faktornya.⁴

Saat ini, banyak negara yang mulai bergerak ke arah **depenalisasi** (mengurangi hukuman pidana bagi pelaku tindak pidana Napza) atau **dekriminalisasi** (pelaku tindak pidana Napza tidak lagi dikategorikan sebagai pelaku kriminal) (lihat kotak 4 bagian 2.1: Reformasi Hukum Napza), untuk menghindari pengucilan sosial terhadap orang-orang yang menggunakan Napza semakin buruk.⁵ Secara umum, kebijakan yang bertujuan untuk mendorong keterlibatan sosial, dapat berupa program khusus mengenai Napza atau bagian dari program yang lebih besar seperti program kesehatan, sosial, dan ekonomi.

Program khusus mengenai Napza

- Hukum Napza dan teknik penegakannya harus menghindari upaya-upaya yang memperburuk marjinalisasi sosial terhadap pengguna atau penanam Napza
- Program edukasi dan pencegahan harus secara hati-hati didesain untuk menghindari hal-hal yang menghambat proses transisi yang sehat dari anak muda menjadi orang dewasa, seperti pengucilan dari sekolah atau penolakan dari akses pelayanan sosial
- Program pemulihan ketergantungan Napza harus difokuskan pada kegiatan yang memfasilitasi pecandu Napza untuk berintegrasi kembali ke kehidupan sosial mereka
- Perwakilan dari kelompok-kelompok yang paling terdampak oleh kebijakan Napza, terutama pengguna atau penanam Napza, memiliki hak untuk dilibatkan dalam pembuatan dan pengimplementasian program dan kebijakan Napza. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa kelompok-kelompok tersebut telah diberikan informasi mengenai program dan kebijakan tersebut dan tidak mengarah pada konsekuensi negatif yang tidak diinginkan.^{6 1}

Kebijakan sosial dan ekonomi yang lebih luas

Tingkat kemiskinan dan ketidaksetaraan secara umum memiliki dampak jangka panjang terhadap kecenderungan penggunaan Napza di masyarakat daripada melaksanakan program khusus mengenai Napza secara nasional.⁷ Contoh yang sering digunakan adalah Eropa, dimana Swedia dan Belanda, keduanya sama-sama memiliki tingkat penggunaan Napza yang rendah, meski mengejar kebijakan Napza yang sangat berbeda satu sama lain.⁸ Kesamaan pada kedua negara ini adalah masyarakatnya sama-sama relatif sederhana dan makmur, dengan masyarakat dan program sosial yang kuat. Jika prioritas pemerintah adalah mengurangi tingkat penggunaan Napza secara keseluruhan, maka mereka harus berusaha untuk mengatasi tantangan yang lebih luas dalam hal kebijakan sosial dibandingkan dengan memperparah pengucilan sosial melalui kebijakan Napza yang keras.

Endnotes

- 1 Contohnya, lihat: Moore, G., Gerdzt, M. & Manias, E. (2007), 'Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature', *Australasian Emergency Nursing Journal*, **10**(4): 178–185, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574626707001097>; Breslau, N. (2002), 'Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder and other psychiatric disorders'. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **47**(10): 923–929, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>

- 2 Melis, M. & Nougier, M. (October 2010), *IDPC briefing paper – Drug policy and development: how action against illicit drugs impacts on the Millennium Development Goals* (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/publications/idpc-briefing-drugs-and-development>; The Nossal Institute for Global Health (2010), *Dependent on development – the interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development* (Melbourne: The Nossal Institute for Global Health), http://idpc.net/sites/default/files/library/Dependent_on_Development_Report_and_Case_Studies_March2011.pdf

- 3 Secretary General of the United Nations (2009), *Message on World AIDS Day*, http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2009/20091201_SG_WAD09_message_en.pdf

- 4 March, J.C., Oviedo-Joekes, E. & Romero, M. (2006), 'Drugs and social exclusion in ten European cities', *European Addiction Research* **12**(1): 33–41, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352901>; Buchanan, J. (2004), 'Missing links? Problem drug use and social exclusion', *Probation Journal*, **51**(4):387–397, <http://prb.sagepub.com/cgi/content/abstract/51/4/387>; Wilkinson, R. & Marmot, M.G. (2003), *Social determinants of health: the solid facts* (Geneva: WHO), http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

- 5 Pendekatan ini telah terbukti sukses diadopsi di Portugal (lihat Bagian 2: Peradilan Pidana untuk informasi lebih lanjut).

- 6 Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance & Open Society Institute (2008), *'Nothing about us without us' - Greater meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical and human rights imperative* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance & Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/nothingaboutus_20080603/Int%20Nothing%20About%20Us%20%28May%202008%29.pdf

- 7 Bandingkan peta dunia mengenai Index Pembangunan Manusia dari United Nations Development Programme (UNDP): <http://hdr.undp.org/en/data/trends/>, with data compiled in the UNODC *World drug report*, 2011: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf; lihat juga, contohnya: Comparative study of the impact of drug policy in Amsterdam and San Francisco on drug use. In Reinerman, C., Cohen, P.D., & Kaal, H.L. (2004), 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health* **94**(5): 836–842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>

- 8 Stephens, A. (2011), *Drugs crime and public health: the political economy of drug policy* (Abingdon: Routledge), Chapter 7, pp.108–128

1.5 Membina hubungan yang saling membangun dan terbuka dengan masyarakat sipil

Dalam panduan ini, istilah 'masyarakat sipil' merujuk pada orang-orang dan komunitas yang paling terdampak kebijakan Napza, seperti pengguna Napza, Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), penanam tanaman yang ditargetkan untuk peredaran gelap Napza, masyarakat adat, anak muda dan wanita, penyedia jasa pengurangan dampak buruk Napza, serta LSM dan akademisi yang bekerja pada isu kebijakan Napza.

Dalam hal kebijakan Napza, masyarakat sipil juga memiliki peran yang besar dalam menganalisa fenomena Napza yang terjadi serta dalam hal pelaksanaan program dan pemberian pelayanan. Namun, sensitivitas politik di sekitar isu Napza sering kali membuat para pembuat kebijakan berfikir bahwa masyarakat sipil adalah suatu hal yang harus dihindari. Pengetahuan dan pemahaman masyarakat sipil dalam hal peredaran dan komunitas pengguna Napza, begitu pula dengan kemampuan mereka menjangkau kelompok masyarakat yang paling termarginalisasi, menjadikan mereka sebagai pihak yang memiliki informasi dan keahlian yang sangat berharga bagi para pembuat kebijakan. Hal ini benar adanya termasuk bagi organisasi yang mewakili pengguna ataupun penanam Napza.

Hubungan komunikasi yang saling terbuka, penuh dengan rasa tanggung jawab, saling membangun, strategis, dan saling menghormati harus dibangun antara pemerintah dengan masyarakat sipil

Beberapa waktu yang lalu, sistem pengawasan Napza milik PBB telah mulai mengenal perspektif dan nilai tambahan yang dibawa oleh masyarakat sipil ke dalam diskusi-diskusi seputar kebijakan Napza.¹ Contohnya, dengan dibuatnya mekanisme terstruktur mengenai relasi dengan LSM oleh Komisi Narkotik (*Commission for Narcotic Drugs*, CND) melalui program 'Beyond 2008'. Program yang berdurasi 2 tahunan ini mengundang ribuan perwakilan masyarakat sipil dari seluruh dunia untuk mendiskusikan dampak sistem pengawasan Napza di negara mereka serta untuk menyepakati rekomendasi-rekomendasi yang diberikan kepada CND.² Dewan internasional Global Fund juga menawarkan 3 posisi dengan kewenangan voting penuh bagi perwakilan masyarakat sipil, sementara Mekanisme Koordinasi Negara yang diprakarsai oleh Global Fund membangun hubungan antara LSM dengan badan pemerintah, guna memastikan semua aktor dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan.³ Keterlibatan *International Network of People who Use Drugs* (INPUD)⁴, misalnya, sangat vital dalam mendorong pembentukan kebijakan Napza yang berbasis ilmiah serta memanusiakan pengguna Napza dalam beragam forum.

Kontribusi positif masyarakat sipil dalam diskusi mengenai kebijakan Napza sangatlah menguntungkan para pembuat kebijakan untuk:

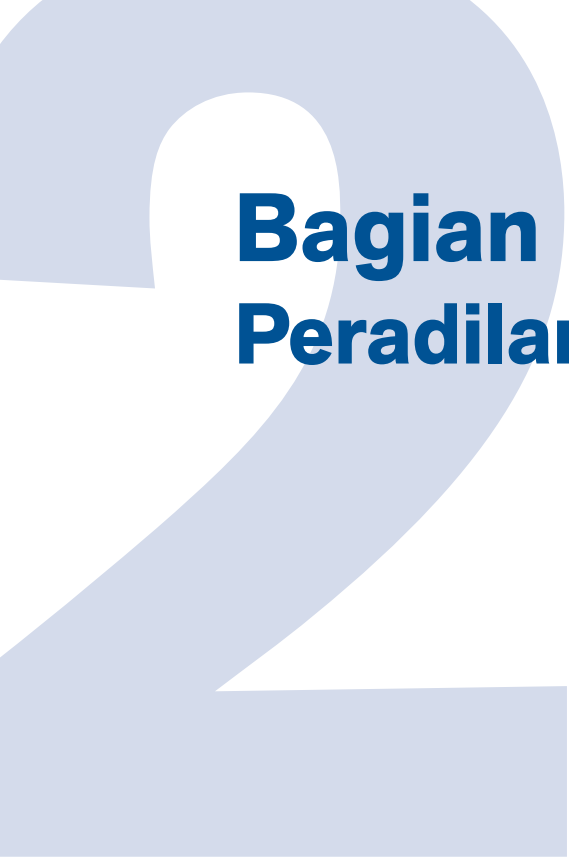
- menetapkan prioritas dan memformulasikan kebijakan yang lebih baik yang berdasarkan pada pengalaman dan saran-saran yang bersifat praktis
- memfasilitasi komunikasi antara pembuat kebijakan dengan pihak yang memegang peran sentral di masyarakat, memastikan pengguna dan komunitas pengguna Napza dilibatkan dalam merencanakan kebijakan yang akan berdampak pada diri mereka.

- membangun hubungan yang saling menguntungkan dengan masyarakat sipil guna menyelenggarakan program bersama dan/atau bertindak sebagai pelaksana program untuk menjangkau kelompok yang paling rentan dan paling termarginalisasi
- menciptakan jaringan yang dinamis yang dapat terus mendukung kebijakan dan bentuk, pelaksanaan, pengawasan dan evaluasi program yang efektif.

Oleh karena itu, hubungan komunikasi yang saling terbuka, penuh dengan rasa tanggung jawab, saling membangun, strategis, dan saling menghormati harus dibangun antara pemerintah dengan perwakilan masyarakat sipil, guna memastikan terwujudnya pertukaran informasi dan perspektif yang berharga dan dengan cara yang saling menghargai

Endnotes

- 1 Untuk informasi lebih lanjut, lihat: United Nations (2008), *UN-civil society engagement: year in review 2007* (New York and Geneva: United Nations), http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/Final_Year_in_Review_2007.pdf
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (2008), *Looking beyond: towards a stronger partnership with civil society organizations on drugs and crime – bringing civil society's voice to the international debate!* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/documents/NGO/New_Leaflet_Looking_Beyond.pdf; United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Independent evaluation of Beyond 2008 (GLO/J37)* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beyond_2008_Evaluation_FINAL_August_2009%20%282%29.pdf
- 3 <http://www.theglobalfund.org/en/civilsociety/>
- 4 International Network of People who Use drugs (INPUD), www.inpud.net



Bagian Dua

Peradilan Pidana

2.1 Reformasi hukum Napza

Dalam bagian ini

- Kerangka hukum internasional
- Masalah-masalah teknis yang harus diperhatikan di dalam hukum Napza yang berlaku
- Alternatif untuk perubahan hukum Napza
- Depenalisasi
- Dekriminalisasi de facto
- Dekriminalisasi
- Pengaturan hukum

Pergeseran fokus dari kriminalisasi dan penghukuman pengguna Napza kearah yang menjunjung hak asasi manusia, kesehatan publik dan pembangunan sosial ekonomi akan memberikan hasil yang lebih baik dan bersesuaian dengan kebijakan sosial dan kesehatan lainnya.

Mengapa perubahan hukum Napza penting?

Sejak terciptanya sistem pengawasan Napza internasional, strategi yang dominan dalam mengurangi skala pasar dan penggunaan Napza telah didasarkan pada prinsip pencegahan dan berfokus pada penerapan hukum yang berat yang melarang produksi, distribusi dan penggunaan zat yang diawasi. Strategi yang bertujuan untuk mencegah keterlibatan seseorang dalam peredaran gelap Napza dengan ancaman hukuman ini dipercayai akan mengurangi dan pada akhirnya akan menghapuskan pasar Napza global dan bahaya kesehatan dan sosial yang terkait.

Banyak studi kini telah menunjukkan adanya efek terbatas dari dua elemen di strategi ini – menekan persediaan melalui pengawasan terhadap produksi dan distribusi, serta menekan permintaan melalui penghukuman dan pencegahan¹. Kebijakan ini juga telah berdampak pada beberapa konsekuensi negatif. Pada 2008, Direktur Eksekutif UNODC membuat daftar konsekuensi-konsekuensi negatif yang tidak dikehendaki sebagaimana dirangkum sebagai berikut.²

Strategi pengawasan Napza saat ini telah gagal dalam mengurangi skala peredaran Napza ilegal dan telah berdampak pada konsekuensi negatif yang serius.

- Terciptanya **pasar gelap kriminal** yang besar dan menguntungkan yang dilakukan oleh organisasi kriminal yang berpengaruh. Tindakan penegakan hukum terhadap pasar seperti ini dapat menciptakan situasi kondusif bagi pelaku kriminal yang paling keras dan berbahaya.
- Masalah **penempatan kebijakan yang salah** yang merujuk pada fakta bahwa sumber daya yang terbatas telah digunakan untuk mengatasi pasar Napza yang utamanya ditargetkan pada intervensi penegakan hukum yang tidak efektif, yang berdampak pada sedikitnya sumber daya yang tersisa untuk program-program kesehatan publik dan sosial ekonomi.

- **Peralihan geografis**, yang juga dikenal dengan istilah 'efek balon', yang berarti bahwa ketika suatu operasi telah sukses dilakukan di satu area produksi Napza, produksi tersebut muncul di bagian lain di suatu negara, daerah atau dunia. Analisis telah mencatat bahwa suatu operasi yang sukses terhadap jaringan perdagangan tertentu dapat berakibat pada meningkatnya kekerasan karena kelompok-kelompok perdagangan yang baru akan berseteru untuk mendapatkan 'posisi' yang ditinggalkan.
- **Peralihan zat**, yang berarti bahwa ketika suatu intervensi dilakukan terhadap suatu zat spesifik melalui pengurangan persediaan atau permintaan, bandar dan pengguna Napza akan menggunakan zat lainnya yang kadang lebih berbahaya.³
- Kriminalisasi pengguna Napza meningkatkan **marginalisasi dan stigmatisasi** terhadap mereka. Tindakan penegakan hukum terhadap pengguna Napza dan penolakan masyarakat terhadap tingkah laku mereka yang sering kali kontra produktif, menghalangi akses mereka atas pelayanan sosial dan kesehatan serta mengurangi produktivitas mereka di dalam masyarakat. Mengkriminalisasi pengguna Napza juga merusak hubungan positif keluarga dan ikatan kelompok serta menghalangi akses terhadap pekerjaan dan pendidikan. Kelompok-kelompok minoritas, khususnya, yang akan terkena dampaknya sebab mereka kerap menjadi sasaran intervensi penegakan hukum.

Konsekuensi lain yang juga muncul dari pengawasan Napza yang berat meliputi, antara lain⁴, masalah pelarangan distribusi alat bantu penggunaan Napza telah mencegah pengguna Napza untuk mengikuti layanan jarum suntik steril (LJSS)⁵. Hukum yang melarang akses legal terhadap obat-obatan yang

diawasi (misalnya ganja, morfin, ekstasi, methadone dan buprenorphine) untuk kepentingan kesehatan atau riset telah berakibat pada tidak dapatnya jutaan orang mendapatkan pemulihan atas ketergantungan opioid dan timbulnya rasa sakit yang moderat dan luar biasa⁶ serta penghukuman terhadap pecandu Napza yang tidak proporsional.⁷

Pemerintah perlu mencari alternatif-alternatif reformasi kebijakan Napza yang sesuai dengan situasi dalam negeri dan struktur hukum mereka.

Mengingat terbatasnya dampak positif dan adanya beberapa konsekuensi negatif dari kerangka hukum tradisional untuk

mengurangi skala pasar Napza global, pemerintah perlu mencari alternatif perubahan kebijakan reformasi Napza yang sesuai dengan situasi dalam negeri dan struktur hukum mereka. Bab ini bertujuan untuk membahas kerangka internasional yang harus dilakukan dalam segala bentuk perubahan kebijakan yang dipilih, analisis terhadap prinsip-prinsip kunci dalam hukum Napza dan menjelaskan berbagai pilihan perubahan yang dapat dilakukan.

Kerangka hukum internasional

Konvensi PBB tentang Napza

Rezim pengawasan Napza global terdiri dari tiga konvensi yang saling melengkapi yang telah ditandatangani dan diratifikasi oleh sebagian besar anggota PBB.

- **Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika tahun 1961⁸** yang merinci golongan zat yang diawasi, yaitu Narkotika, mensyaratkan adanya pengawasan ketat terhadap zat yang diatur tersebut karena karakteristiknya yang berbahaya, risiko ketergantungan yang ditimbulkan dan/atau terbatasnya manfaat terapeutik dari zat tersebut. Tujuan utama dari konvensi ini ialah untuk mengontrol Narkotika dengan membatasi penggunaannya hanya sebatas untuk kepentingan 'medis dan ilmu pengetahuan'.

- **Konvensi PBB tentang Psikotropika tahun 1971⁹** yang memperkenalkan rezim pengawasan serupa untuk Napza jenis psikotropika yang saat itu baru berkembang seperti halusinogen dan obat penenang yang penggunaannya dibatasi untuk tujuan 'medis dan ilmu pengetahuan'. Konvensi ini juga mendorong kerja sama internasional untuk mengatasi masalah perdagangan Napza (Pasal 21).
- **Konvensi PBB tentang Pemberantasan Peredaran Gelap Narkotika dan Psikotropika tahun 1988¹⁰** yang digunakan untuk mengatasi kelompok kriminal antar bangsa yang terorganisir dan semakin kuat, serta mendorong kerjasama internasional untuk mengatasi masalah peredaran Napza secara efektif. Negara peserta dimandatkan untuk mengkriminalisasikan aktivitas-aktivitas yang terkait dengan produksi, penjualan, pengangkutan, distribusi atau pembelian zat yang disebut di dalam Konvensi tahun 1961 dan 1971 (Pasal 3 ayat (1) dan (21)).

Ketiga konvensi tersebut memperbolehkan negara peserta untuk mengambil tindakan-tindakan berupa pemulihan, pendidikan, pasca perawatan, rehabilitasi atau reintegrasi sosial untuk mereka yang telah terbukti melakukan tindak pidana Napza yang juga merupakan pecandu Napza. Mereka yang masuk dalam kategori ini dapat didorong untuk mendapatkan pemulihan atas ketergantungan mereka, baik sebagai salah satu alternatif atau tambahan penghukuman dalam peradilan pidana.¹¹ Tidak ada ketentuan di dalam konvensi-konvensi tersebut yang secara khusus mensyaratkan kriminalisasi atas penggunaan Napza dan terdapat aspek fleksibilitas untuk pelanggaran kecil yang terkait dengan penggunaan Napza secara pribadi¹². Dengan demikian, depenalisasi dan/atau dekriminalisasi (lihat Kotak 4, Bagian 2.1: Reformasi kebijakan Napza untuk penggunaan Napza secara pribadi seperti penguasaan atau penanaman Napza untuk konsumsi pribadi - kedua konsep ini akan dijelaskan lebih lanjut di bawah) dimungkinkan oleh konvensi-konvensi PBB tersebut¹³.

Meski konvensi-konvensi ini membebaskan kewajiban kepada pemerintah, negara peserta memiliki diskresi yang cukup luas dan fleksibel untuk menentukan bagaimana kebijakan Napza dalam negeri akan dirumuskan dan dilaksanakan¹⁴. Dalam melaksanakan konvensi-konvensi PBB terkait Napza, pemerintah harus memperhatikan bahwa fokus utama konvensi-konvensi tersebut ialah untuk meningkatkan 'kesehatan dan kesejahteraan umat manusia'.¹⁵ Selain itu negara peserta juga memiliki kewajiban-kewajiban internasional sebagaimana yang dimuat di dalam konvensi internasional lainnya, termasuk konvensi yang terkait dengan perlindungan hak asasi manusia dan kebebasan dasar.

Sistem hak asasi manusia PBB

Satu-satunya ketentuan yang secara eksplisit merujuk kepada penggunaan Napza secara ilegal ialah pasal 33 Konvensi PBB mengenai Hak untuk Anak. Meski demikian, hal terkait hukum dan kebijakan Napza secara implisit juga diatur di dalam rangkaian perjanjian internasional terkait hak asasi manusia. Hak asasi manusia dan kebebasan dasar berlaku dalam konteks kebijakan Napza, dan mereka yang menggunakan atau menanam Napza, seperti halnya warga negara lainnya, harus mendapatkan perlindungan hak yang demikian setiap saat (lihat Bab 1.2: Memastikan kesesuaian dengan hak dan kebebasan fundamental). Pemerintah dari berbagai negara telah menandatangani sejumlah perjanjian internasional dan deklarasi yang melindungi berbagai macam aspek hak asasi manusia, termasuk hak untuk hidup, hak atas kesehatan, hingga hak untuk *due process* dan bebas dari diskriminasi, peniksaan dan perbudakan.

Meski demikian, sebagaimana dijelaskan di dalam Bagian 1.2, sejumlah kebijakan Napza telah berujung pada pelanggaran serius hak asasi manusia. Ketika pembuat kebijakan menciptakan hukum Napza, penting bagi pembuat kebijakan untuk memastikan bahwa hukum yang mereka buat bersesuaian dengan kewajiban internasional mereka terkait hak asasi manusia.

Hal-hal teknis yang perlu diperhatikan dalam hukum Napza yang berlaku Napza dan golongannya

Sebagian besar hukum nasional melakukan pengelompokan ulang zat yang diawasi ke dalam kelompok-kelompok yang didasarkan pada tingkat bahaya, dan dihubungkan dengan tingkat hukuman. Hal ini yang akan membantu dalam penentuan tingkat keseriusan suatu tindak pidana yang dilakukan terkait dengan jenis zat.

Hal yang muncul akibat pengelompokan Napza ialah kesulitan untuk mempertahankan penggunaan pendekatan ilmiah dalam penggolongan Napza.

Konvensi-konvensi Napza internasional menyediakan panduan bagi pemerintah untuk menggolongkan zat yang diawasi. Meski demikian, mekanisme pengelompokan yang ditawarkan oleh konvensi-konvensi tersebut dibuat 50 tahun yang lalu –di mana saat itu pembuktian ilmiah masih jarang- dan terkadang membingungkan serta

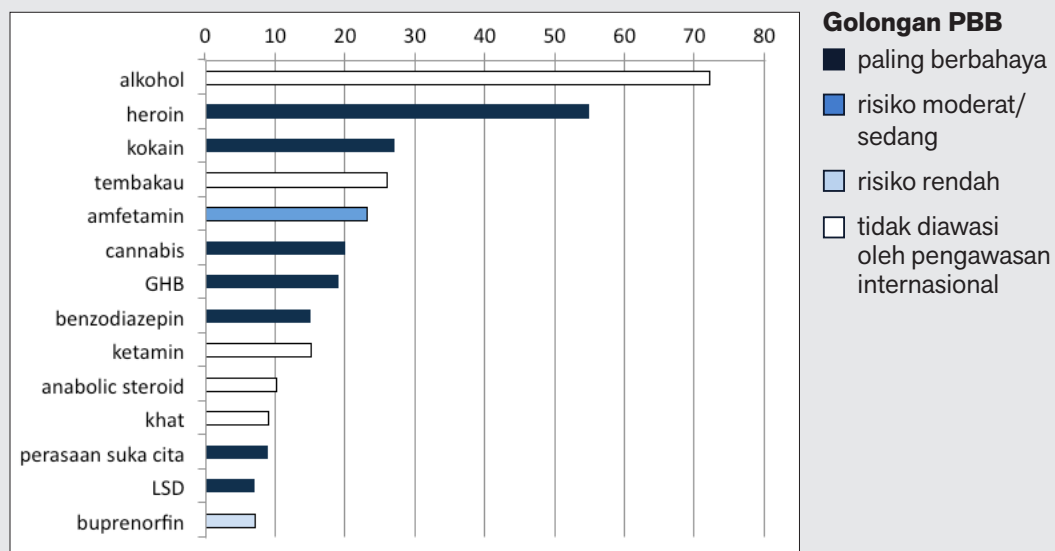
inkonsisten, sebagaimana dinyatakan oleh WHO¹⁶ dan the International Narcotics Drug Board (Badan Narkotik Internasional, INCB)¹⁷. Misalnya, ganja, daun koka dan morfin telah dipergunakan sebagai penghilang rasa sakit selama ratusan tahun. Meski demikian, terlepas dari bukti bahwa zat-zat ini hanya menimbulkan sedikit bahaya untuk penggunaannya, zat-zat tersebut disertakan dalam Daftar I Konvensi 1961 yang merupakan rezim pengawasan Napza yang paling ketat, misalnya, heroin.

Kotak 1 menggambarkan kesenjangan antara tingkat bahaya dan pengawasan untuk berbagai jenis Napza. Meskipun memiliki keterbatasan karena sulit untuk mengukur tingkat bahaya dari suatu zat tertentu, studi yang dibahas di sini secara jelas menunjukkan bahwa sistem golongan yang dipromosikan oleh konvensi-konvensi PBB terkait Napza tidaklah berdasar.

Kotak 1. Kesenjangan antara tingkat bahaya dan pengawasan

Dalam suatu laporan yang dimuat di The Lancet pada tahun 2007¹⁸ dan direvisi pada tahun 2010¹⁹, sekelompok ilmuwan Inggris mengurutkan narkotik yang legal dan terawasi menurut tingkat bahaya aktual dan potensial yang dapat mereka timbulkan ke masyarakat, serta membandingkan penemuan ini dengan golongan setiap zat dalam *UK Misuse of Drugs Act* (Undang-undang Penyalahgunaan Napza Inggris). Grafik di Gambar 1 menggunakan penemuan di tahun 2010 mengenai bahaya terkait dan membandingkannya dengan sistem golongan Napza yang dibuat oleh konvensi-konvensi Napza PBB.²⁰

Gambar 1. Golongan PBB mengenai zat dan tingkat bahaya



Masalah utama yang ditimbulkan oleh pengelompokan Napza ialah kesulitan untuk menjaga penggunaan pendekatan ilmiah dalam penggolongan Napza. Salah satu masalah ialah adanya perkembangan riset secara berlanjut mengenai dampak buruk dari jenis Napza tertentu. Masalah penting lain yang berdampak pada penilaian yang kurang baik untuk dampak buruk dari Napza ialah fakta bahwa penentuan tingkat bahaya tersebut secara dominan ditentukan dengan berdasar pada dosis, modus administrasi, frekuensi penggunaan, penggunaan lebih dari satu jenis Napza, kondisi lingkungan penggunaan Napza, dan lain sebagainya. Dampaknya, golongan jarang didasarkan pada bukti yang ilmiah, melainkan lebih kepada penilaian ideologis dan budaya. Mekanisme pengelompokan Napza ini kemudian diperparah dengan timbulnya zat sintesis baru secara melesat, yang juga dikenal dengan istilah '*legal highs*'²¹ dan meningkatnya penggunaan obat-obatan farmasi.

Prinsip bahwa perbedaan jenis zat dapat menentukan perbedaan level pengawasan tindak pidana terkait Napza tetap dapat berguna sepanjang pengelompokan tersebut tidak dijadikan sebagai satu-satunya penentu dalam penjatuan pidana ketika tindakan tersebut masuk dalam ranah peradilan pidana (lihat paragraf di bawah mengenai jaminan proporsionalitas dalam penghukuman). Dengan demikian, penggolongan Napza harus dilengkapi dengan diskresi yudisial yang memperhatikan serangkaian faktor lain yang terkait dengan tindak pidana dan pelaku, dalam menentukan penghukuman yang proporsional – misalnya, alasan persediaan, rekam jejak kriminal di masa lalu, adanya kebutuhan pemulihan, dan lain-lain.

Dengan berdasar pada pemahaman yang demikian, beberapa faktor yang harus diperhitungkan dalam mengkaji ulang pengelompokan Napza di tingkat nasional ialah:

- Apakah sistem pengelompokan Napza yang berlaku patut dipertahankan atau sudah harus diganti dengan proses alternatif guna menentukan tingkat keseriusan tingkat pidananya (misalnya, faktor pemberat dan peringan); apabila sistem pengelompokan yang berlaku hendak dipertahankan, perlu dipertanyakan apakah pengelompokan tersebut telah berbasis ilmiah dan apakah penggolongan tersebut dapat dipahami secara luas?
- Zat apa saja yang harus diatur di dalam peraturan perundang-undangan (ketika mempertimbangkan kewajiban-kewajiban dalam konvensi PBB) dan bagaimana mereka harus didistribusikan ke dalam kelompok-kelompok
- Apakah kuantitas atau harga suatu zat Napza harus diperhitungkan dalam menentukan kelas atau kelompok zat tersebut
- Proses yang harus digunakan untuk mengawasi atau mengintegrasikan zat psikoaktif baru; jika suatu zat disalahgunakan, atau muncul bukti-bukti bahwa bahaya yang ditimbulkan ternyata lebih besar atau lebih kecil dari apa yang sebelumnya dipahami, bagaimana proses untuk merevisi kedudukan zat tersebut dalam sistem golongan Napza nasional?
- Kerangka yang paling cocok untuk merefleksikan hubungan antara Napza dengan zat legal (alkohol, tembakau dan pharmaceuticals).

Berbagai macam studi mengenai tingkat bahaya Napza dihubungkan dengan ketersediaan dan penggunaan berbagai jenis Napza.²² Riset ini dapat menjadi panduan bagi pemerintah untuk penggolongan Napza yang sesuai.

Memastikan proporsionalitas hukuman atas tindak pidana terkait Napza

Pemerintah perlu memastikan bahwa tindak pidana Napza dihukum secara proporsional.

Panduan penuntutan tindak pidana yang tradisional membedakan individu berdasarkan jumlah dan golongan Napza yang ditemukan di bawah penguasaan mereka serta bukti-bukti adanya kehendak untuk menyediakan Napza ke orang lain. Seiring dengan berjalannya waktu, pemerintah menemukan bahwa faktor-faktor tersebut semata tidaklah cukup untuk membedakan secara akurat berbagai macam pelaku dalam pasar Napza, atau memfokuskan penegakan hukum secara akurat terhadap mereka yang memiliki kekuasaan dalam mengontrol pasar ilegal Napza. Sistem ini juga telah berdampak pada penjatuhan hukuman yang tidak proporsional untuk tindak pidana Napza yang relatif ringan, sebagaimana ditunjukkan oleh contoh dari Ekuador (lihat Kotak 2), atau di bagian dunia lainnya di mana tindak pidana Napza tertentu dihukum dengan hukuman mati (lihat Kotak 3).

Kotak 2. Pengalaman Ekuador dalam proporsionalitas penghukuman²³

Hukum Napza di Ekuador dirumuskan di tahun 1980-an di bawah tekanan internasional dan merupakan salah satu hukum Napza yang paling keras di daerah Amerika Latin. Penegakan yang ketat terhadap hukum-hukum ini telah berdampak pada masalah kapasitas berlebih di penjara. Pada tahun 2008, 17.000 individu ditahan di suatu penjara yang memiliki daya tampung maksimal 8000 narapidana. Dari 17.000 narapidana, 34% di antaranya didakwa dengan pasal-pasal terkait tindak pidana Napza. Pada saat itu, hukuman wajib minimum 10 tahun penjara dijatuhkan ke semua pelaku tindak pidana Napza tanpa pengecualian – untuk mereka yang menggunakan Napza, mereka yang baru pertama kali melakukan tindak pidana, pengecer Napza dan pedagang Napza kelas kakap. Penahanan demi alasan pencegahan yang berlebihan kemudian memperparah kondisi penjara.

Pada tahun 2008, pemerintah mengumumkan suatu kampanye nasional yang antara lain meliputi pemberian grasi untuk pengecer Napza. Pergeseran kebijakan ini didasari oleh pertimbangan sebagai berikut: '[Hukum yang saat ini berlaku] menjatuhkan hukuman yang tidak proporsional atas tindak pidana yang dilakukan. Kenyataannya, mayoritas dari mereka yang dihukum bukanlah pengedar kelas kakap atau penjual melainkan orang-orang yang kerap disebut "kurir Napza", yang kebanyakan adalah wanita. Mayoritas di antaranya tidak memiliki pengawasan atas penyelundupan atau distribusi Napza secara ilegal, melainkan mereka menyewakan tubuh mereka ... sebagai pembawa Napza dalam rangka pertukaran untuk ... uang yang tidak terkait dengan jumlah yang didapat dari skala zat tersebut.'²⁴

Pada Juli 2008, Majelis Konstitusional Ekuador mengadopsi suatu paket reformasi dan proposal yang menyertakan pemberian grasi untuk pengecer Napza. Pada Januari 2009, 6600 narapidana telah dibebaskan melalui suatu proses peradilan sederhana dan grasi diberikan bagi mereka yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan juga bagi pengecer Napza yang 1600 di antaranya merupakan kurir Napza.

Kotak 3. Penjatuhan hukuman mati untuk tindak pidana Napza²⁵

Tiga puluh dua negara dan teritori di dunia saat ini masih mempertahankan hukuman mati untuk tindak pidana Napza. Meski hanya sebagian kecil negara menggunakan hukuman mati, ratusan pelaku tindak pidana Napza dieksekusi setiap tahunnya. Hukuman mati bahkan digunakan sebagai hukuman wajib bagi tindak pidana Napza di sejumlah negara, termasuk Mesir, Iran, Kuwait, Laos dan Sudan.

Penggunaan hukuman mati melanggar prinsip proporsionalitas dalam penjatuhan hukuman yang diatur di dalam hukum internasional. Kovenan Internasional mengenai Hak-Hak Sipil dan Politik, khususnya, menyatakan bahwa hukuman mati hanya boleh dijatuhkan untuk 'tindak pidana yang paling serius' (Pasal 6.2). Badan-badan hak asasi manusia internasional telah menyimpulkan bahwa tindak pidana Napza tidak memenuhi kriteria 'tindak pidana paling serius' tersebut. Salah satu argumen yang digunakan untuk mendukung pendapat tersebut ialah fakta bahwa mereka yang dieksekusi sering kali berasal dari kelompok yang rentan secara ekonomi dan dieksploitasi oleh sindikat perdagangan Napza.

Pada dekade sebelumnya, negara seperti Filipina, Uzbekistan dan Kyrgyztan telah menghapuskan hukuman mati untuk segala jenis tindak pidana, sementara Tajikistan dan Yordania menghapuskan hukuman mati sebagai pidana untuk tindak pidana Napza.

Adalah hal yang mungkin bagi pemerintah untuk memastikan bahwa hukuman untuk tindak pidana Napza dijatuhkan secara proporsional dan sumber daya yang tersedia digunakan secara efektif. Untuk mencapai tujuan tersebut, penggolongan empat kelompok besar aktor-aktor dalam tindak pidana Napza dan saran terkait cara-cara menangani mereka secara efektif di dalam kerangka hukum sebagaimana dijelaskan di bawah ini akan membantu.

- **Mereka yang menggunakan Napza untuk keperluan rekreasi atau secara jarang (Pengguna rekreasional)** adalah individu-individu yang tertangkap menguasai Napza dalam jumlah kecil, di mana tidak ada bukti ketergantungan (misalnya terbuktinya seseorang atas penguasaan Napza untuk kesekian kalinya, tindak pidana terkait lainnya atau rekam medis) atau perilaku pidana. Pencegahan melalui penghukuman yang berat tidaklah efektif untuk mengurangi jumlah penggunaan Napza untuk individu-individu yang masuk dalam kategori ini²⁶. Revisi hukum Napza haruslah menganggap mereka yang menggunakan Napza untuk kepentingan rekreasi sebagai prioritas rendah sehingga seharusnya hanya menyita sedikit sumber daya (atau, dalam pasar yang diatur, bahkan tidak sama sekali) dalam sistem peradilan pidana. Kebijakan untuk menangani mereka yang termasuk dalam pengguna Napza rekreasional dapat meliputi **depenalisasi** (misalnya dengan hanya memberikan peringatan informal), **dekriminalisasi de facto** (perintah dari polisi untuk tidak menempatkan kelompok pengguna rekreasional sebagai prioritas), atau **dekriminalisasi** (misal penjatuhan denda, sanksi informal seperti pemberian sumbangan untuk lembaga amal, kerja komunitas atau sanksi administrasi). Jenis-jenis kebijakan ini akan dijabarkan lebih lengkap selanjutnya (lihat Kotak 4).
- **Mereka yang mengalami ketergantungan Napza (Pecandu Napza)** adalah mereka yang ditangkap atas penguasaan Napza dan dapat dibuktikan bahwa mereka menggunakan Napza tersebut sebagai suatu pola tingkah laku yang dapat menimbulkan bahaya untuk diri sendiri dan/atau orang lain. Mereka biasanya ditangkap karena penguasaan Napza atau untuk tindak pidana lainnya seperti tindak pidana terkait kepemilikan atau harta benda, penjaan seks ataupun pengedaran Napza. Hukum Napza harus memuat mekanisme untuk menawarkan pemulihan

ketergantungan Napza bagi kelompok ini. Pengalihan ke pemulihan harus didasarkan pada prinsip-prinsip sesuai aturan dan melibatkan mekanisme untuk pemeriksaan memadai yang dilakukan oleh staf profesional (lihat Bagian 2.2: Penegakan hukum Napza yang efektif). Jika mereka yang memiliki ketergantungan Napza dimasukkan ke dalam penjara, harus dipastikan bahwa mereka juga ditawarkan layanan pemulihan Napza (lihat Bab 2.4: Intervensi Napza secara efektif di penjara).

- **Pengecer atau pengedar Napza 'sosial'** adalah mereka yang berada di tingkat bawah peredaran Napza dan merupakan pihak yang paling berisiko tertangkap dan dihukum karena aktivitas mereka lebih terlihat oleh aparat penegak hukum. Sebagian dari mereka adalah murni hanya penyedia Napza 'sosial' dalam artian mereka tidak menarik banyak keuntungan dari pengedaran Napza yang mereka lakukan atau bahkan tidak menarik keuntungan sama sekali. Sebagian lainnya adalah mereka yang dikenal sebagai 'kurir Napza' yang telah dipaksa untuk terlibat dalam perdagangan Napza melalui intimidasi atau desakan kebutuhan²⁷. Terpusatnya sumber daya penegakan hukum serta penghukuman terhadap orang-orang ini bermasalah karena dua hal. Pertama, ketika mereka tertangkap dan hilang dari pasar Napza, mereka akan dengan mudah digantikan. Hal ini berarti kebijakan penegakan hukum yang terpusat pada mereka tidak akan berdampak besar pada pasar Napza. Kedua, pengecer Napza kerap kali berada di bawah kekuasaan mereka yang sebenarnya mengontrol pasar Napza. Hukum Napza harus diarahkan lebih kepada pengedar Napza kelas kakap daripada pengecer Napza, serta perlu memperhitungkan keadaan-keadaan di mana kejahatan Napza tersebut dilakukan guna memastikan proporsionalitas hukuman yang dijatuhkan. Sebagian pengecer juga mungkin mengalami ketergantungan Napza sehingga terhadap mereka harusnya dimasukkan ke dalam kategori kelompok yang dibahas pada poin sebelumnya.
- **Pedagang Napza yang serius atau terorganisir** adalah kelompok kriminal yang mengontrol pasar Napza dalam skala besar yang kerap menggunakan tingkat kekerasan yang cukup tinggi. Mereka ini adalah individu-individu yang paling berbahaya bagi masyarakat. Individu-individu yang paling berkuasa di dalam kelompok seperti ini seringkali merupakan orang yang paling sulit untuk

Penggolongan empat kelompok besar aktor terkait tindak pidana Napza yang mungkin dapat berguna:

- Mereka yang menggunakan Napza untuk kepentingan rekreasi
- Mereka yang mengalami ketergantungan terhadap Napza
- Pengecer Napza atau pengedar Napza sosial (mereka yang mengedarkan Napza sesekali)
- Pengedar Napza yang serius atau terorganisir

ditangkap. Akan tetapi, merekalah yang seharusnya menjadi target utama sumber daya penegakan hukum dan penghukuman. Faktor-faktor pemberat yang dapat mempermudah pembedaan tingkat keseriusan perdagangannya dan hukuman yang dijatuhkan sangat mungkin untuk digunakan.²⁸ Hal ini meliputi kepemilikan senjata, penggunaan kekerasan dan indikator keterlibatan dalam kejahatan terorganisir, atau melibatkan anak-anak. Perdagangan Napza di tempat umum dapat dimasukkan ke dalam daftar tersebut, namun hal ini harus dilakukan dengan kehati-hatian dan sensitivitas karena kriminal terorganisir yang memiliki kekuasaan dan kesejahteraan sesungguhnya akan tetap berada di belakang layar dan memanfaatkan pengecer Napza (sering kali mereka yang berasal

dari kelompok rentan) supaya bekerja untuk mereka. Hukum Napza yang dibuat dan diterapkan secara hati-hati dapat mempengaruhi karakter pasar Napza dan menciptakan insentif untuk jaringan sehingga tidak terlalu keras, terbatas dan tidak terlalu berbahaya untuk masyarakat.

Pilihan-pilihan untuk reformasi hukum Napza

Banyak pemerintah kini telah menyadari bahwa hukum Napza harus, terutama, berupaya untuk berkontribusi terhadap tujuan nasional untuk mengurangi tingkat kejahatan dan memajukan kesehatan publik dan perkembangan sosial ekonomi. Pemerintah memiliki diskresi untuk menentukan berbagai strategi alternatif untuk menciptakan hukum Napza yang lebih manusiawi dan efektif, yang akan memfokuskan sumber daya yang tersedia pada aspek pasar Napza yang paling berbahaya, sambil mendorong penyediaan layanan kesehatan untuk mereka yang menanam dan/atau menggunakan Napza. Ada empat kebijakan utama yang semakin banyak diterima sebagai alternatif yang dapat dilakukan untuk rezim pengawasan Napza saat ini (lihat Kotak 4).

Kotak 4. Definisi

Depenalisasi – pengurangan beratnya hukuman yang terkait dengan tindak pidana Napza. Hukuman yang dijatuhkan harus tetap dalam kerangka hukum pidana nasional.

Dekriminalisasi *de facto* – penggunaan atau penguasaan Napza untuk digunakan sendiri tetap ilegal menurut hukum, namun dalam kenyataannya pengguna atau mereka yang menguasai naarkotika tidak akan ditangkap atau dituntut.

Dekriminalisasi – penggunaan dan/atau penguasaan Napza untuk digunakan sendiri tetap ilegal namun dianggap sebagai pelanggaran administrative, bukan tindak pidana.

Dekriminalisasi – penggunaan dan/atau penguasaan, produksi dan budidaya Napza untuk digunakan sendiri tidak lagi diatasi dengan sanksi kriminal, akan tetapi perdagangan Napza tetap merupakan suatu tindak pidana. Dalam rezim ini, sanksi dapat berupa hukuman administratif atau bahkan dihapuskan sama sekali.

Pengaturan hukum – semua tindak pidana terkait Napza tidak lagi diawasi dalam kerangka hukum pidana, akan tetapi pembuatan, penyediaan dan penggunaan diatur secara ketat dalam hukum administrasi seperti halnya tembakau atau alkohol.

Depenalisasi

Depenalisasi meliputi pengurangan tingkat penghukuman terkait dengan tindak pidana Napza, namun penghukuman tersebut masih berada di dalam kerangka hukum pidana dan pelakunya biasanya akan tetap memiliki catatan kriminal. Di United Kingdom (UK), misalnya, seseorang yang ditangkap atas penguasaan Napza untuk digunakan sendiri diberikan peringatan dan bukannya pidana penjara (lihat Kotak 5).

Kotak 5. Skema peringatan ganja di UK

Skema peringatan ganja diperkenalkan di tahun 2004 dan membolehkan polisi untuk menggunakan pendekatan ini untuk tindak pidana penguasaan yang melibatkan sejumlah kecil ganja. Mereka yang tertangkap untuk pertama kalinya dapat menerima 'peringatan ganja' yang tidak berdampak pada penangkapan atau pencantuman catatan kriminal dan kasus mereka dapat diselesaikan di tempat (tidak perlu dibawa ke pengadilan). Apabila ditangkap untuk kedua kalinya, orang tersebut akan menerima suatu pemberitahuan penghukuman atas pelanggaran ketertiban (berupa denda £80 yang dibayarkan di tempat) dan hal tersebut tidak akan dicantumkan dalam catatan kriminal sepanjang denda tersebut dibayarkan dalam jangka waktu 21 hari. Seseorang yang tertangkap untuk ketiga kalinya akan ditangkap dan akan diberikan peringatan atau dituntut secara pidana. Dalam hal terdapat faktor-faktor yang memberatkan (misalnya menghisap ganja di tempat umum), maka skema ini tidak berlaku. Skema ini juga bukanlah suatu kewajiban sehingga seorang aparat kepolisian dapat memutuskan untuk menangkap seorang individu tanpa perlu mengikuti panduan yang disediakan skema tersebut. Fakta menunjukkan bahwa sejak 2004, penggunaan ganja telah menurun secara signifikan di UK, khususnya di antara kalangan anak muda.²⁹

Dekriminalisasi *de facto*

Dekriminalisasi *de facto* merujuk kepada situasi di mana aktivitas seperti penguasaan skala besar, produksi dan penyediaan Napza tetap menjadi hal yang legal namun mereka yang ditangkap atas penggunaan, penguasaan dan/atau budidaya Napza untuk pribadi dalam praktiknya tidak lagi ditangkap dan dituntut. Hal ini biasanya dilakukan setelah adanya perintah dari pemerintah untuk tidak menerapkan hukum. Salah satu contoh yang paling mengejutkan dari pendekatan yang demikian ialah sebagaimana yang dilakukan di Belanda terkait pemilikan dan penggunaan ganja (Lihat Kotak 5 dalam Bagian 2.3: Mengurangi tingkat pemenjaraan). Masalah dengan dekriminalisasi *de facto* ialah bahwa perintah dekriminalisasi tersebut merupakan perintah informal yang dapat dengan mudah diubah apabila terjadi pergantian di dalam pemerintahan.

Dekriminalisasi

Dekriminalisasi meliputi penarikan hukum yang menggolongkan penggunaan atau penguasaan Napza untuk digunakan sendiri sebagai suatu tindak pidana, atau memindahkan proses hukumnya ke proses hukum administratif atau pelayanan kesehatan. Keuntungan yang paling jelas dari dekriminalisasi dibandingkan dekriminalisasi *de facto* ialah bahwa ia diformalkan di dalam suatu undang-undang. Dekriminalisasi juga memiliki suatu keuntungan besar dibandingkan dengan depenalisasi karena mereka yang ditangkap atas penguasaan Napza tidak akan memiliki catatan kriminal, yang merupakan hambatan signifikan dalam upaya akses terhadap pendidikan, pekerjaan dan layanan publik.

Dalam praktiknya, dekriminalisasi dapat menimbulkan beberapa masalah penting bagi pemerintah karena mereka perlu menciptakan mekanisme dan prosedur untuk membedakan penguasaan Napza untuk digunakan sendiri dan penguasaan dengan maksud untuk menyediakan ke orang lain. Beberapa pemerintah telah menetapkan batasan jumlah untuk menyediakan panduan dalam menentukan apakah jumlah Napza yang dikuasai akan digunakan untuk keperluan pribadi atau komersil, sementara beberapa pemerintah lainnya memberika diskresi kepada hakim dan polisi untuk menilai apa yang menjadi niat atau tujuan dari penguasaan Napza tersebut. Meskipun tidak ada satu penyelesaian yang mudah dan instan untuk masalah ini, bukti menunjukkan bahwa batasan jumlah hanya boleh dijadikan sebagai salah satu indikator dan harus dipertimbangkan dengan faktor-faktor lainnya, misalnya ketergantungan terhadap obat-obatan, unsur kehendak, kelalaian dan bahaya.³⁰

Sekitar 30 negara telah mengubah kebijakan Napzanya sehingga mengarah pada dekriminalisasi kepemilikan Napza, termasuk Portugal (2001), Brazil (2006) dan Republik Ceko (2010). Argentina saat ini juga tengah merevisi hukum Napzanya guna mendekriminalisasi penguasaan Napza untuk penggunaan pribadi. Di Amerika Serikat, 14 negara bagian kini juga telah mendekriminalisasi kepemilikan ganja untuk keperluan pribadi.³¹

Setelah dikembangkan dan dievaluasi secara ekstensif selama lebih dari 10 tahun, model dekriminalisasi yang dilakukan oleh Portugal menunjukkan kecenderungan yang menjanjikan. Di dalam sebuah undang-undang yang diadopsi pada tahun 2001 di Portugal, meskipun penguasaan Napza untuk keperluan pribadi masih dilarang secara hukum, namun pelanggaran terhadap ketentuan tersebut pada umumnya adalah pelanggaran administratif, bukan kriminal. Proses dekriminalisasi tersebut dilengkapi dengan suatu pendekatan kesehatan publik yang komprehensif (lihat Kotak 6 di Bagian 2.3: Mengurangi tingkat pemenjaraan). Ada bukti yang menunjukkan bahwa kebijakan tersebut telah berdampak pada pengurangan masalah kesehatan terkait Napza secara signifikan (termasuk infeksi HIV dan kematian terkait Napza), meningkatkan jumlah kehadiran di dalam program-program terkait ketergantungan Napza, mengurangi kelebihan kapasitas di penjara dan pengadilan pidana, turunnya jumlah kejahatan terkait Napza dan meningkatnya tindakan penegakan hukum yang berfokus pada perdagangan Napza dalam skala besar, yang juga berdampak pada peningkatan keamanan publik dan tidak adanya peningkatan penggunaan Napza secara signifikan.³²

Pasar Napza yang terkontrol

Mengingat bahwa kritik terhadap pendekatan pelarangan Napza secara keseluruhan telah mencapai puncaknya, pertanyaan selanjutnya seputar alternatif pendekatan pelarangan telah mulai didiskusikan dalam perdebatan kebijakan yang *mainstream* (lihat Kotak 6). 'Pengaturan hukum' berbeda dengan 'legalisasi'. Kesamaan di dalam keduanya ialah produksi, penyediaan dan penggunaan Napza merupakan hal yang legal. Akan tetapi model pengaturan mensyaratkan adanya regulasi yang ketat yang diterapkan terhadap aktivitas-aktivitas tersebut.

Kotak 6. Abstrak yang dikutip dari laporan Global Commission on Drug Policy

'[Kami] mendorong percobaan pemerintah untuk menerapkan model regulasi hukum Napza untuk melemahkan kekuatan tindak pidana yang terorganisir dan mengawal kesehatan serta keamanan warga negara mereka. Rekomendasi ini berlaku khususnya untuk ganja, akan tetapi kami juga mendorong percobaan dekriminalisasi dan pengaturan hukum lainnya yang dapat mencapai tujuan-tujuan tersebut dan memberikan contoh bagi yang lain.'³³

Pada satu dekade terakhir telah terlihat munculnya proposal pertama yang mendetil³⁴ yang menawarkan beragam pilihan untuk pengontrolan produk (dosis, persiapan, harga dan pengemasan), penjualan (perizinan, evaluasi dan persyaratan training, pemasaran dan promosi), gerai (lokasi, kepadatan outlet, tampilan), pemegang akses (pengawasan usia, pembeli yang memiliki izin, skema keanggotaan kelompok) dan di mana serta kapan Napza dapat dikonsumsi.

Laporan *Blueprint for regulation*³⁵, misalnya, membahas pilihan-pilihan untuk mengatur berbagai jenis Napza di berbagai macam populasi dan menyarankan beragam model regulasi untuk didiskusikan yang dapat berdampak pada manajemen pasar Napza dengan tingkat bahaya kesehatan dan sosial yang lebih rendah (lihat Kotak 7). Pelajaran dapat ditarik dari kesuksesan dan kegagalan pengaturan alkohol dan tembakau di berbagai negara, dan pengawasan atas obat-obatan kesehatan serta produk dan aktivitas berdampak buruk lainnya yang diatur oleh pemerintah.

Kotak 7. Lima model dasar untuk pengaturan ketersediaan Napza³⁶

- **Model pemberian resep medis atau tempat penggunaan yang terkontrol/diawasi** – untuk Napza yang digunakan dengan cara yang berbahaya (Napza yang disuntikkan, termasuk heroin, dan stimulan yang lebih keras seperti methamphetamine)
- **Model retail spesialis farmasi** – dikombinasikan dengan akses bagi pengguna yang memiliki izin dan penjatahan jumlah penjualan untuk Napza dengan risiko sedang seperti amphetamine, serbuk kokain dan ekstasi
- **Penjual berlisensi** – termasuk pengelompokan regulasi yang sesuai dengan risiko produk dan kebutuhan lokal. Model ini dapat digunakan untuk Napza dan zat adiktif lain yang memiliki risiko rendah seperti minuman stimulus berkadar rendah
- **Tempat-tempat yang memiliki lisensi untuk menjual dan menjadi lokasi konsumsi** – seperti halnya tempat-tempat yang memiliki izin untuk menjual alkohol serta konsep 'kedai kopi' di Belanda, tempat yang demikian juga mungkin dapat digunakan untuk menghisap opium atau minum teh poppy
- **Penjual tidak berlisensi** – pengaturan minimum untuk produk-produk dengan risiko yang paling rendah, seperti minuman berkafein dan teh koka.

Pengaturan pasar Napza dengan menggunakan salah satu model yang tersedia tersebut bukan berarti sudah bebas dari masalah. Ada pendapat bahwa untuk jangka waktu pendek, pengaturan tersebut hanya dapat mengurangi masalah-masalah yang muncul akibat pelarangan dan perdagangan ilegal. Pendekatan tersebut tidak dapat mengatasi masalah yang mendasari ketergantungan Napza seperti kemiskinan dan ketidaksetaraan. Meski demikian, dengan menggunakan model kesehatan publik yang lebih pragmatis dan mengalokasikan sumber daya untuk kesehatan publik serta kebijakan sosial yang berbasis ilmiah, akan tercipta suatu kondisi yang lebih kondusif untuk memberantas masalah kemiskinan dan ketidaksetaraan tersebut. Harga pengembangan dan penerapan suatu peraturan baru tentunya perlu dipertimbangkan, namun sepertinya hanya akan dibutuhkan sebagian kecil dari sumber daya yang saat ini guna mengarahkan kebijakan ke pengontrolan persediaan dan permintaan. Di samping itu, ada potensi untuk mengubah sejumlah keuntungan dari kejahatan yang ada saat ini menjadi penerimaan pajak yang sah.

Lingkungan sosial yang berbeda akan membutuhkan pendekatan yang berbeda dalam merespon tantangan khusus yang mereka hadapi, akan tetapi ada sejumlah pilihan pengaturan yang tersedia melalui institusi negara dan swasta yang sah yang merupakan suatu pilihan yang kredibel untuk pembuat kebijakan apabila bahaya yang dihadapi oleh masyarakat tidak dapat diatasi dengan sistem pengawasan Napza yang berlaku saat ini. Pergeseran kebijakan ke arah peregulasian hukum akan juga mensyaratkan tantangan politis dan institusional yang bersifat substantif yang muncul sebagai akibat dari sistem pengawasan Napza internasional dapat teratasi. Akhirnya, peregulasian hukum tersebut akan perlu dibentuk secara hati-hati, dengan evaluasi dan pengawasan yang ketat terhadap dampak dari sistem tersebut.

Rekomendasi

- 1) Dibutuhkan adanya pengkajian ulang secara komprehensif terhadap hukum Napza, terutama mengingat adanya perubahan pola penggunaan Napza dan pengalaman strategi penegakan hukum sebelumnya.
- 2) Sebagai bagian dari proses ini, pemerintah dan badan-badan internasional harus melaksanakan penilaian dampak hak asasi manusia dari hukum Napza yang saat ini berlaku dan pelaksanaannya.
- 3) Ketika membuat atau merevisi hukum Napza, pemerintah harus secara jelas menentukan aspek pasar Napza yang paling berbahaya bagi masyarakat dan menargetkan upaya penegakan hukum untuk mengurangi dampak buruk tersebut.
- 4) Hukum Napza yang baru atau yang telah direvisi harus memiliki kebijakan yang menggambarkan secara jelas perbedaan antara berbagai macam pelaku yang berperan dalam pasar Napza, khususnya perlindungan terhadap mereka yang menggunakan Napza. Hukum tersebut harus juga memfasilitasi pelaksanaan tindakan yang tepat untuk setiap kategori pelaku tersebut. Alternatif pidana selain penjara seperti denda, pengalihan ke layanan kesehatan dan pemulihan harus dibuat untuk pengecer dan pecandu Napza.
- 5) Hukum Napza yang baru atau yang telah direvisi haruslah mengatur secara jelas cakupan zat yang diatur di dalamnya. Hukum tersebut harus menyediakan suatu pendekatan terstruktur dan ilmiah untuk menilai tingkat keseriusan suatu zat yang akan berdampak pada perlakuan terhadap zat tersebut. Dalam hukum yang baru perlu juga ada suatu proses sederhana untuk menambah, memindahkan atau menghapus zat-zat tertentu.
- 6) Hukum Napza yang baru atau yang telah direvisi harus dibuat secara hati-hati untuk mendukung program-program kesehatan dan sosial, bukan justru merusaknya. Hukum tersebut harus mendorong dan memberikan kewenangan bagi intervensi publik dan pengurangan dampak buruk seperti program layanan jarum suntik steril dan terapi substitusi opioid.

Sumber referensi

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006), *Legislating for health and human rights: model law: model law on drug use and HIV/AIDS*, <http://www.aidslaw.ca/EN/modellaw/english.htm>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences: an ELDD comparative study* (Lisbon: European Legal Database on Drugs), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf

Galbally, R. (2000), *The review of drugs, poisons and controlled substances legislation: final report part A*. (Woden: Commonwealth of Australia), <http://www.tga.gov.au/pdf/archive/review-galbally-050628-parta.pdf>

Hughes, C.E. & Stevens, A. (2012), 'A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs', *Drug and Alcohol Review*, **31**: 101–113, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x/abstract>

Pain & Policy Studies Group (World Health Organization Collaborating Centre for Policy and Communications in Cancer Care; the Paul P Carbone Comprehensive Cancer Centre, School of Medicines and Public Health, University of Wisconsin) (2009), *Do international model drug control laws provide for drug availability?* (Geneva: World Health Organization) http://www.painpolicy.wisc.edu/international_model_law_eval.pdf

Ritter, A. (2009), 'Methods for comparing drug policies – the unity of composite drug harm indexes', *International Journal of Drug Policy*, **20**(6): 475–479, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(09\)00049-8/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(09)00049-8/abstract)

Room, R. & Reuter, P. (January 2012), 'How well do international drug conventions protect public health?', *The Lancet*, **379**(9810): 84–91, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961423-2/abstract>

Winstock, A. & Wilkins, C. (October 2011), *TNI/IDPC Series on legislative reform of drug policies nr. 16 - 'Legal highs': the challenge of new psychoactive substances* (Amsterdam/London: Transnational Institute and International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs.pdf>

World Health Organization (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control. EB105/2000/REC/1, ANNEX 9, with appendices* (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip40e/whozip40e.pdf>

Endnotes

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf; Roberts, M., Trace, M. & Klein, A. (2004), *Beckley Report 3 – Law enforcement and supply reduction* (Oxford: DrugScope & Beckley Foundation), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_lawenforce.pdf
- 2 Costa, A.M. (March 2008), Making drug control 'fit for purpose': building on the UNGASS decade', E/CN.7/2008/CRP.17 (Vienna: Commission on Narcotic Drugs), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/DrugControl_FFP_Bldg_UNGASSdecade.pdf
- 3 Baru-baru ini, misalnya, kriminalisasi penggunaan narkoba secara ilegal telah mendorong pengguna obat-obatan (narkoba) seperti tanaman psikotropika yang berefek ringan untuk beralih menggunakan zat sintesis yang tidak diketahui dan terkadang lebih berbahaya yang dikenal dengan sebutan 'legal highs' (misalnya, zat yang memiliki psikoaktif (properties) tapi tidak tercantum di dalam legislasi narkoba di suatu negara)
- 4 Untuk informasi lebih lanjut mengenai sistem pengawasan global narkoba, kunjungi situs Count the Costs: www.count-thecosts.org
- 5 Open Society Institute (2009), *The effects of drug user registration laws on people's rights and health: key findings from Russia, Georgia and Ukraine* (International Harm Reduction Development Program), (New York: Open Society Institute), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf
- 6 World Health Organization, Access to Controlled Medications Programme (2008), *Improving access to medications controlled under international drug conventions* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/access_to_controlled_medications_brnote_english.pdf and World Health Organization (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled substances* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
- 7 Transnational Institute & Washington Office on Latin America (March 2011), *Systems overload: drug laws and prisons in Latin America* (Amsterdam/Washington: Transnational Institute), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Systems_Overload/TNI-Systems_Overload-def.pdf
- 8 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 9 http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf
- 10 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
- 11 Pasal 36 dan 38 Konvensi tahun 1961, Pasal 20 dan 23 Konvensi tahun 1971 dan Pasal 3 Konvensi tahun 1988.
- 12 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude*, <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 13 Untuk memahami fleksibilitas di dalam konvensi-konvensi tersebut, akan memudahkan apabila tindak pidana narkoba digolongkan ke dalam dua kategori. Kategori pertama ialah tindakan-tindakan yang terkait dengan aktivitas komersil, termasuk penguasaan dengan maksud untuk melakukan penyediaan secara komersil. Yang kedua adalah tindakan-tindakan yang terkait dengan penggunaan untuk keperluan pribadi, seperti penggunaan untuk keperluan pribadi, pembudidayaan, produksi, serta penyediaan sosial. Terkait dengan tindak pidana komersil atau perdagangan, hanya ada sedikit ruang untuk mengambil pendekatan yang berbeda selain kriminalisasi, kecuali untuk kejahatan ringan di mana sang pelaku juga merupakan pengguna narkoba (Pasal 3 ayat (4) Konvensi 1988). Konvensi-konvensi ini memberikan lebih banyak keleluasaan dalam hal tindak pidana untuk penggunaan pribadi di luar sistem peradilan pidana.

- 14 Konvensi-konvensi tersebut bukanlah perjanjian internasional yang dapat diterapkan secara langsung. Meski konvensi-konvensi ini membebaskan kewajiban kepada negara untuk menerapkan hukum internasional, konvensi tersebut hanya dapat diimplementasikan pada tingkat nasional ketika negara peratifikasi telah menuangkannya dalam hukum dan peraturan nasional yang menerjemahkan kewajiban internasional yang timbul dari perjanjian tersebut ke tingkat nasional. Sifat otonom hukum nasional ditekankan di ketiga konvensi tersebut dan direfleksikan lebih lanjut di dalam deklarasi dan reservasi yang dibuat oleh negara peratifikasi. Selain itu, konvensi-konvensi ini juga secara spesifik mensyaratkan negara peratifikasi untuk menerapkan ketentuan-ketentuan di dalam konvensi ke dalam hukum nasional sesuai dengan prinsip-prinsip konstitusional dan konsep dasar sistem hukum mereka.
- 15 Pembukaan Konvensi PBB tentang Narkotika tahun 1961, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>
- 16 World Health Organization (2003), *WHO expert committee on drug dependence, thirty-third report* (Geneva: World Health Organization), http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_915.pdf
- 17 International Narcotics Control Board (1994), *Evaluation of the effectiveness of the international drug control treaties, Supplement to the INCB Annual Report for 1994* (Vienna: International Narcotics Control Board), http://www.incb.org/pdf/e/ar/incb_report_1994_supplement_en_3.pdf
- 18 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007), 'Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse', *The Lancet*, **369**(9566): 1047–1053, <http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960464-4/fulltext>
- 19 Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis', *The Lancet*, **376**(9752): 1558–1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>
- 20 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf
- 21 Lihat, misalnya: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2010), *Laporan tahunan 2010 – The state of the drugs problem in Europe* (Lisbon: EMCDDA), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2005) *ECMDDA – Europol annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA In accordance with Article 10* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33246_EN_Final_Annual_Report_Art_10.pdf; Winstock, A. & Wilkins, C. (October 2011), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 16 – 'Legal highs': the challenge of new psychoactive substances* (Amsterdam/London: Transnational Institute and International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Legal-highs.pdf>
- 22 World Health Organization (2000), *Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control (EB105/2000/REC/1, ANNEX 9, with appendices)* (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip40e/whozip40e.pdf>; Nutt, D.J., King, L.A. & Phillips, L.D. (2010), 'Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis' *The Lancet*, **376**(9752): 1558–1565, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>
- 23 Transnational Institute & Washington Office on Latin America (March 2011), *Systems overload: drug laws and prisons in Latin America* (Amsterdam/Washington: Transnational Institute & Washington Office on Latin America), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Systems_Overload/TNI-Systems_Overload-def.pdf; Metaal, P. (2009), *Series on legislative reform of drug policies Nr.1 – Drugs and prisons: Pardon for Mules in Ecuador, a sound proposal* (Amsterdam: Transnational Institute), http://idpc.net/sites/default/files/library/TNI_WOLA_Ecuador_Feb09_EN.pdf
- 24 Majority Report (3 April 2008), *Informe sobre el sistema de rehabilitación social, Republic of Ecuador* (Montecristi: Constitutional Assembly)
- 25 Harm Reduction International (2011), *The death penalty for drug offences, global overview 2011 – shared responsibility and shared consequences* (London: Harm Reduction International), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/HRI_DeathPenaltyReport_Sept2011.pdf
- 26 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Report_16.pdf
- 27 Lihat, misalnya: Jensema, E. (July 2010), *Series on legislative reform of drug policies Nr.7 – A matter of substance: Fighting drug trafficking with a substance-oriented approach* (Amsterdam: Transnational Institute), <http://idpc.net/sites/default/files/library/A%20matter%20of%20substance.pdf>; Al Jazeera (2011), *Filipino drug mules*, <http://english.aljazeera.net/programmes/101east/2011/04/201145151543366504.html>
- 28 Pasal 3, Paragraf 5 Konvensi PPB tentang Narkotika tahun 1988 menitikberatkan pada pentingnya mempertimbangkan 'kondisi faktual' saat menjatuhkan pidana bagi pelaku tindak pidana narkotika, <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illegal-traffic.html>
- 29 Department of Health (October 2011), *United Kingdom drug situation, 2011 Edition – Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (London: Department of Health), <http://www.drugscope.org.uk/Resources/Drugscope/Documents/PDF/Good%20Practice/UKFocalPoint2011.pdf>

- 30 Untuk pembahasan lebih lengkap, lihat: Harris, H. (2011), *Report of TNI-EMCDDA expert seminar on threshold quantities* (Amsterdam/Lisbon: Transnational Institute & European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/thresholds-expert-seminar.pdf>; Harris, G. (2011), *Series on legislative reform of drug policies Nr. 14 - Conviction by numbers: threshold quantities for drug policy* (Amsterdam/London: Transnational Institute & International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf>
- 31 Rosmarin, A. & Eastwood, N. (2012), *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe* (London: Release), <http://idpc.net/publications/2012/07/a-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies-in-practice-across-the-globe>
- 32 Artur Domostawski (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Warsaw: Open Society Foundations) <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C. & Stevens, A., *Beckley Briefing Paper 14 – The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf
- 33 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf
- 34 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/drug-law/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the War on Drugs Blueprint for Regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>
- 35 King County Bar Association Drug Policy Project (2005). *Effective drug control: toward a new legal Framework. State-level intervention as a workable alternative to the 'war on drugs'* (Seattle: King County Bar Association), www.kcba.org/drug-law/pdf/EffectiveDrugControl.pdf; Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health approach to drug control* (Victoria: Health Officers Council of British Columbia), www.cfdp.ca/bchoc.pdf; Rolles, S. (2009), *After the war on drugs: blueprint for regulation* (Bristol: Transform Drug Policy Foundation), <http://www.tdpf.org.uk/blueprint%20download.htm>
- 36 Rolles, S. (2010), 'An alternative to the war on drugs', *British Medical Journal*, **341**:c3360, <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c3360.full?ijkey=xlwkDCjknVi9wn&keytype=ref#REF22>

2.2 Penegakan hukum Napza yang efektif

Dalam bagian ini

- Keterbatasan strategi yang saat ini diterapkan
- Tujuan dan indikator baru untuk penegakan hukum
- Menyusun tujuan dan indikator yang lebih efektif

Institusi penegak hukum perlu memfokuskan diri lebih kepada tujuan-tujuan yang lebih luas dan berimbang yang menyasar kejahatan terkait Napza, kesehatan dan masalah-masalah sosial, dan bukan bertujuan pada pengurangan skala pasar Napza.

Mengapa suatu strategi penegakan hukum yang efektif itu penting?

Konvensi-konvensi PBB mengenai pengawasan Napza dan mayoritas sistem pengawasan Napza dalam hukum nasional didasarkan pada keyakinan bahwa penegakan hukum yang keras yang melarang produksi, distribusi dan penggunaan Napza akan pada akhirnya menghapuskan persediaan dan permintaan Napza sehingga kemudian akan menghapus pasar Napza ilegal. Aparat kepolisian, badan-badan penegak hukum yang secara khusus menangani masalah Napza dan, bahkan aparat militer di beberapa negara, telah memainkan peran yang signifikan dalam mengembangkan dan menerapkan kebijakan Napza. Sejauh ini, strategi penegakan hukum untuk mengurangi persediaan dan permintaan Napza secara garis besar terdiri atas:

- Pengawasan terhadap produksi Napza, termasuk tindakan pemberantasan dan tindakan yang keras terhadap pabrik dan penanam
- Operasi-operasi untuk merusak praktik penyelundupan Napza
- Investigasi dan penahanan/pemenjaraan orang-orang yang diduga terlibat dalam perdagangan Napza kelas kakap
- Penangkapan dan penghukuman orang-orang yang terlibat dalam pasar perdagangan Napza
- Penangkapan dan penghukuman orang-orang yang didakwa dengan penguasaan atau penggunaan Napza yang diawasi¹

Strategi penegakan hukum yang dilakukan terhadap produsen dan pengedar Napza telah difokuskan pada pembatasan persediaan Napza ke konsumen, sementara tindakan yang dilakukan terhadap konsumen selama ini difokuskan pada pencegahan potensi penggunaan Napza melalui ancaman penangkapan.

Strategi penegakan hukum yang berfokus pada penangkapan dan penghukuman produsen, pengedar dan konsumen Napza telah gagal dalam mengurangi skala peredaran gelap Napza.

Strategi-strategi ini telah gagal dalam mengurangi skala pasar peredaran gelap Napza secara umum, dan banyak dari tindakan yang dilakukan di bawah strategi ini telah menimbulkan dampak negatif yang serius (untuk lebih jelasnya, lihat Bagian 1.3: memfokuskan pada pengurangan dampak buruk peredaran dan penggunaan Napza). Pada tahun 2011, *Global Commission on Drug Policy* (lihat Kotak 1) mengeluarkan suatu laporan analisis yang menunjukkan bahwa pasar dunia Napza telah berkembang, terlepas dari adanya peningkatan tindakan penegakan hukum selama lima tahun terakhir². Fokus strategi penegakan hukum

harus diarahkan ulang guna mengurangi bahaya terkait Napza terhadap kesehatan dan kesejahteraan sosial masyarakat.

Kotak 1. Abstrak dari Laporan Global Commission on Drug Policy³

'Ketika Konvensi Tunggal PBB terkait Narkotika diadopsi 50 tahun yang lalu dan ketika Presiden Nixon meluncurkan kebijakan pemerintah Amerika Serikat mengenai perang terhadap Napza 40 tahun yang lalu, pembuat kebijakan meyakini bahwa penegakan hukum secara keras terhadap mereka yang terlibat dalam produksi, distribusi dan penggunaan Napza akan berdampak pada berkurangnya pasar Napza seperti heroin, kokain dan ganja, dan hasil akhir berupa "dunia yang bebas dari Napza". Pada praktiknya, skala global pasar Napza –yang sebagian besar dipengawasan oleh penjahat terorganisir- telah berkembang secara dramatis selama period tersebut'.

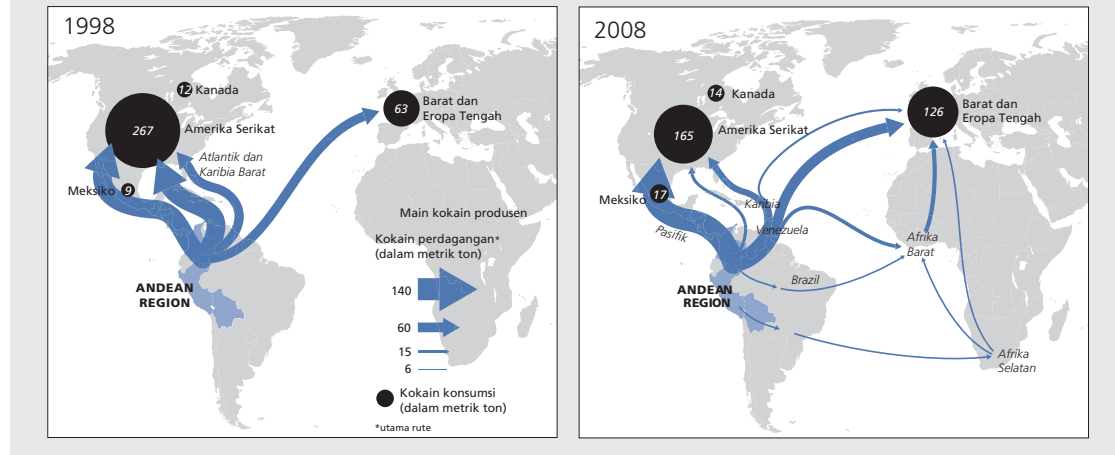
Keterbatasan dalam strategi yang diterapkan saat ini

Dalam skala global, komitmen dan kampanye yang berkelanjutan dalam menghapus atau mengurangi pasar Napza secara signifikan telah gagal mencapai tujuannya, terlepas dari dukungan politis dan keuangan secara meluas. Kesuksesan operasi yang berlangsung di beberapa negara, atau terhadap kelompok pedagang tertentu, dengan mudah diatasi melalui 'efek balon' (lihat Kotak 2) oleh kelompok-kelompok tersebut. Aktivitas-aktivitas ilegal yang telah diberantas melalui upaya penegakan hukum di beberapa area segera tergantikan oleh kelompok-kelompok berbeda atau dengan jenis zat yang berbeda, dan hal ini sering kali menciptakan masalah yang lebih besar dari masalah sebelumnya.

Kotak 2. 'Efek balon'

Efek balon: suatu intervensi yang berhasil menekan aktivitas terkait Napza namun justru mendorong aktivitas yang sama untuk pindah ke bagian lain dari pasar Napza. Gambar 1 di bawah mengilustrasikan fenomena ini –aktivitas penegakan hukum yang dilakukan di daerah Karibia hanya berdampak pada munculnya rute perdagangan baru bagi Napza yang diproduksi di Amerika Latin untuk konsumsi di Eropa, yaitu melalui Afrika Barat. Kecenderungan serupa muncul dalam hal produksi dan konsumsi Napza – aktivitas penegakan hukum yang berhasil memberantas produksi Napza di suatu daerah tertentu berdampak pada peningkatan produksi di area lainnya (misalnya, berkurangnya sumber daya opium poppy di Thailand berdampak pada peningkatan sumber daya di Afghanistan) dan aktivitas penegakan hukum yang menyasar pengguna Napza tersebut telah berdampak pada beralihnya pengguna Napza ke zat lainnya yang kadang lebih berbahaya seperti 'legal highs'.

Gambar 1. Peralihan rute perdagangan kokain, 1998-2008⁴



Dilema strategi bagi pembuat kebijakan yang seperti ini tidak berarti institusi penegak hukum harus menghentikan upaya mereka untuk mengontrol pasar Napza. Hal tersebut justru berarti pembuat kebijakan harus membuat strategi penegakan hukum yang lebih efektif yang meminimalisir 'konsekuensi negatif yang tidak dikehendaki' (lihat Bagian 2.1: Reformasi hukum Napza).

Tujuan dan indikator baru untuk penegakan hukum

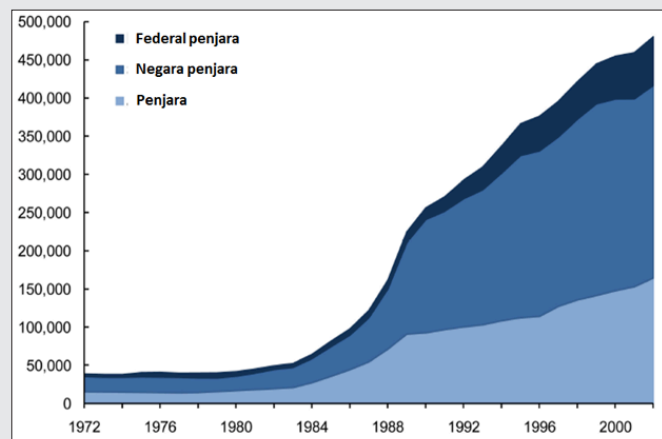
Inti dari pengkajian kembali strategi terkait pengawasan Napza yang berlaku saat ini ialah adanya kebutuhan untuk menimbang ulang tujuan dan prioritas tindakan penegakan hukum terhadap pasar dan penggunaan Napza. Pada dasarnya, adalah suatu kewajiban bagi polisi dan institusi penegak hukum lainnya untuk melindungi kesehatan dan kesejahteraan warga negara. Banyak pembuat kebijakan dan pengatur penegakan hukum berasumsi bahwa cara terbaik untuk melindungi warga negara dari bahaya Napza ialah dengan fokus pada pemberantasan pasar gelap Napza. Sebagai hasilnya, keberhasilan penegakan hukum Napza selama ini diukur dengan langkah-langkah untuk tujuan pemberantasan, seperti area penanaman yang dihancurkan, jumlah Napza atau prekursor Napza yang disita dan jumlah pengguna atau pengecer Napza yang ditangkap.

Sayangnya, tidak satupun indikator ini merupakan suatu alat ukur yang akurat untuk mengetahui apakah skala permasalahan Napza telah berkurang. Indikator-indikator tersebut juga bukanlah alat ukur yang relevan untuk mengetahui tingkat kesehatan ataupun kesejahteraan umat manusia sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Konvensi Tunggal PBB tahun 1961. Misalnya, operasi yang berhasil mengganggu organisasi perdagangan Narkotika belum berdampak pada pengurangan ketersediaan Narkotika, dan pemberantasan tanaman Narkotika secara meluas belum menunjukkan hasil dalam pengurangan produksi Narkotika secara global. Sejalan dengan itu, tidak ada korelasi antara jumlah pengguna Narkotika yang ditangkap di suatu negara dengan luasnya penggunaan Narkotika. (Lihat Kotak 3).⁵

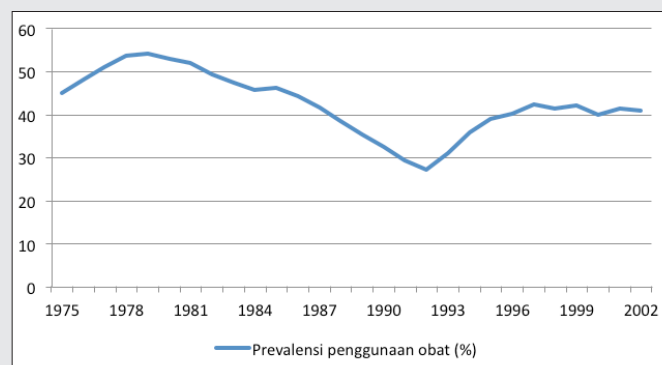
Kotak 3. Perbandingan antara tingginya tingkat penangkapan dan meluasnya penggunaan Napza di Amerika Serikat

Gambar 2 menunjukkan perkiraan jumlah orang dewasa yang ditahan karena tindak pidana Napza di Amerika Serikat selama periode lebih dari 30 tahun. Berdasarkan grafik tersebut, jumlah orang yang ditahan bertambah 1000% antara tahun 1972 dan 2002. Sebagaimana terlihat di Gambar 3, grafik meluasnya penggunaan Napza di antara siswa Amerika menunjukkan bahwa tidak ada keterkaitan antara tingkat penahanan karena tindak pidana Napza dan meluasnya penggunaan Napza.

kiraan orang dewasa yang ditahan karena tindak pidana Napza di Amerika Serikat, tahun 1972 hingga



Gambar 3. Tingkat perluasan penggunaan Napza tahunan di kalangan siswa kelas 12 di Amerika Serikat, tahun 1975 sampai 2002⁷



Menentukan tujuan dan indikator yang lebih efektif

Saat ini sudah tidak mungkin lagi untuk bergantung pada klaim bahwa strategi dan taktik yang berfokus pada penyitaan, penangkapan dan penghukuman akan menyelesaikan masalah Napza. Sebaliknya, sumber daya penegakan hukum harus diarahkan pada pengurangan kejahatan terkait Napza serta dampak buruknya bagi kesehatan dan sosial guna mencapai tujuan utama menjaga kesehatan dan kesejahteraan warga negara. Tujuan strategis penegakan hukum harus lebih diarahkan kepada konsekuensi – baik positif maupun negatif – dari pasar Napza dan bukannya pada skalanya. Untuk mengevaluasi kemajuan institusi penegakan hukum dalam mencapai tujuan yang telah direvisi ini, indikator-indikator baru harus pula ditetapkan:

- **Indikator pasar Napza yang berfokus lebih kepada hasil operasi penegakan hukum:**

- Sudahkan operasi penegakan hukum mengurangi ketersediaan Napza jenis tertentu di kalangan anak muda (diukur dengan tingkat penggunaan atau kemudahan untuk mengakses)?
- Sudahkan operasi penegakan hukum berdampak pada harga atau kemurnian Napza di tingkat retail? Jika ya, sudahkah ini memiliki dampak positif atau negatif terhadap pasar Napza dan pengguna Napza?

Sumber daya penegakan hukum harus ditargetkan pada pengurangan tingkat kejahatan terkait Napza serta dampak buruk bagi kesehatan dan sosial.

- **Indikator mengukur tindak pidana terkait Napza:**

- Sudahkah keuntungan, kekuasaan dan jangkauan kelompok kejahatan terorganisir berhasil dikurangi?
- Sudahkah tingkat kekerasan terkait dengan pasar Napza telah berkurang?
- Sudahkah tingkat kejahatan ringan yang dilakukan oleh pecandu Napza telah berkurang?

- **Indikator mengukur kontribusi penegakan hukum terhadap program-program kesehatan dan sosial:**

- Berapa banyak pecandu Napza yang telah dialihkan oleh institusi penegak hukum ke pelayanan pemulihan ketergantungan?
- Berapa banyak orang telah mencapai periode stabilitas berkelanjutan sebagai dampak dari pemulihan?
- Sudahkah jumlah kematian karena overdosis berhasil dikurangi?
- Sudahkah prevalensi HIV dan virus hepatitis di antara pengguna Napza menurun?

- **Indikator dalam mengevaluasi lingkungan dan pola penggunaan dan ketergantungan Napza:**

- Bagaimana tindakan penegakan hukum berpengaruh pada lingkungan sosial ekonomi komunitas yang terkena dampak?
- Sudahkah pola penggunaan dan ketergantungan Napza berubah sebagai hasil tindakan penegakan hukum?

Hal-hal tersebut di atas adalah indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kontribusi penegakan hukum bagi pengurangan dampak negatif pasar Napza yang lebih mungkin dicapai. Jika strategi penegakan dan tindakan hukum akan dipandu oleh seperangkat tujuan dan indikator yang berbeda, hal ini tidak berarti akan ada pengurangan peran penegak hukum dalam upaya pengawasan Napza. Sebaliknya, menyempurnakan tujuan dan indikator untuk strategi penegakan hukum akan memperkuat kapasitas institusi penegak hukum untuk mendapatkan hasil yang lebih efektif – khususnya di dalam bidang yang dibahas di bawah ini.

Mengatasi kejahatan terorganisir

Penegakan hukum tidak akan pernah bisa memberantas pasar ilegal Napza secara keseluruhan (operasi yang panjang dan mahal untuk memberantas satu kelompok hanya akan berujung pada penggantian kelompok tersebut oleh kelompok lain). Dengan demikian, strategi dan intervensi harus difokuskan pada pengurangan aktivitas organisasi kriminal tersebut beserta individual yang tindakannya paling membahayakan masyarakat, apakah itu melalui korupsi yang dilakukan pejabat dan institusi, kekerasan dan intimidasi terhadap warga negara yang patuh terhadap hukum, atau gangguan terhadap aktivitas ekonomi yang sah. Tindakan terhadap kelompok kejahatan terorganisir harus didasarkan pada pemahaman yang

berkualitas⁸, yang berfokus pada bagaimana operasi yang dilakukan tersebut berdampak pada masyarakat. Hal ini dapat berakibat pada keputusan yang sulit dalam hal prioritas, berfokus pada aspek paling berbahaya dari tindakan mereka dibandingkan dengan semata-mata penyitaan dan penangkapan, dan mendorong pasar untuk dilakukan jauh dari tempat umum⁹ atau bergantung pada jaringan persahabatan tanpa kekerasan (untuk informasi lebih lanjut, lihat Bagian 4.2: Mengurangi kekerasan pasar Napza). Karena hal ini merupakan isu lintas bangsa, kerja sama internasional seringkali akan dibutuhkan.

Upaya penegakan hukum harus difokuskan pada:

- Mengatasi kejahatan terorganisir
- Mengatasi masalah terkait dengan pasar retail
- Mengurangi ketersediaan Napza untuk anak muda
- Mengurangi tingkat kejahatan ringan yang dilakukan oleh pecandu Napza
- Mendukung program-program kesehatan dan sosial.

Mengatasi masalah terkait dengan pasar retail

Pasar retail Napza dapat beroperasi dalam berbagai cara: baik di tempat umum maupun privat; terkonsentrasi atau tersebar dan dipengawasan oleh sejumlah kecil kelompok dominan atau suatu jaringan sosial yang besar. Beragam jenis pasar retail dapat memiliki berbagai macam dampak berbeda terkait dengan tingkat bahaya yang disebabkan ke masyarakat, baik melalui visibilitas, kekerasan atau intimidasi. Upaya penegakan hukum yang berfokus pada aspek yang terlihat dari pasar Napza tanpa pandang bulu dapat berdampak pada perubahan yang sesungguhnya justru meningkatkan bahaya bagi komunitas. Contoh yang paling umum ialah pada saat ada suatu operasi terhadap suatu kelompok perdagangan yang berhasil berdampak pada peningkatan kekerasan melalui persetujuan untuk mendapatkan 'posisi' yang lowong, atau munculnya suatu organisasi yang lebih keras. Serupa dengan itu, penggerebekan terhadap bangunan-bangunan pribadi di mana perdagangan Napza terkonsentrasi dapat berdampak pada perpindahan pasar ke suatu tempat yang lebih umum atau ke daerah yang berbahaya. Sementara kondisi di setiap tempat tentunya unik, pasar retail pada umumnya lebih berbahaya ketika mereka terjadi di tempat umum, terkonsentrasi dan melibatkan kelompok serta individu yang tidak ragu menggunakan kekerasan, intimidasi dan korupsi untuk melindungi bisnis mereka. Strategi penegakan hukum terhadap pasar retail, dengan demikian, harus didasarkan pada pemahaman yang baik terhadap pasar lokal dan bertujuan untuk mempengaruhi bentuk pasar dalam rangka meminimalisir bahaya yang mungkin timbul (untuk informasi lebih lanjut, lihat Kotak 4 dan 5 dan Bagian 4.2: Mengurangi kekerasan pasar Napza).

Kotak 4. 'Keajaiban Boston'

'Keajaiban Boston' adalah suatu ilustrasi yang dapat menggambarkan dengan baik suatu pendekatan dalam mengatasi masalah terkait dengan pasar retail. Pada akhir tahun 1980s, Boston, Amerika Serikat, mengalami kenaikan tingkat pembunuhan secara signifikan, dari sekitar 15 per 100,000 pada sekitar pertengahan 1980 hingga mencapai 25 per 100,000 di tahun 1990. Jumlah ini terkonsentrasi secara signifikan di antara kelompok laki-laki muda, berkulit hitam, kerap kali menggunakan senjata api semi-otomatis, dan banyak di antaranya merupakan anggota kelompok jalanan yang terlibat dalam pasar yang tengah berkembang. Setelah adanya insiden bersenjata di tahun 1992, suatu koalisi kelompok kepercayaan dibentuk dan mulai mengorganisir forum untuk mengumpulkan pelaku tindak pidana yang terlibat dalam kelompok kriminal, aparat kepolisian, pengurus gereja dan staf layanan sosial. Pelaku tindak pidana yang juga merupakan bagian dari suatu kelompok geng diberikan pilihan antara menerima bantuan untuk menerima pendidikan dan pelatihan atau menjadi target aparat kepolisian karena aktivitas kekerasan mereka. Proyek ini juga berupaya untuk mencegah perdagangan senjata. Sebuah evaluasi terhadap operasi di tahun 2001 menemukan adanya penurunan hingga 63% dalam tingkat bulanan pembunuhan di kalangan anak muda.¹⁰

Kotak 5. Penegakan Hukum di High Point, Carolina Utara, Amerika Serikat

Suatu ilustrasi yang dapat digunakan lainnya ialah cerita dari kota High Point, Carolina Utara, di mana polisi menerapkan model Boston. Selama suatu periode yang panjang, polisi mengumpulkan data mengenai pedagang Napza yang masih muda yang berada di pasar Napza lokal, mengontak orang tua mereka serta orang-orang lain yang dapat mempengaruhi anak-anak muda ini, kemudian mendekati si pengedar Napza dengan bekal informasi yang mereka dapat dari orang-orang tersebut. Polisi membuat para pengedar ini sadar bahwa ada risiko tinggi pemenjaraan apabila mereka melanjutkan aktivitasnya. Inisiatif ini berdampak pada berkurangnya penangkapan setelah dua tahun serta pengurangan hingga 25% dalam tingkat kejahatan kekerasan dan properti. Saat ini, pasar lokal tersebut tidak lagi beroperasi.¹¹

Mengurangi ketersediaan Napza untuk anak muda

Meskipun tidak realistis untuk mengharapkan aparat penegak hukum dapat memberantas ketersediaan Napza di suatu negara atau kota tertentu, namun mempengaruhi pasar retail melalui berbagai cara yang meminimalisir risiko anak muda memiliki kontak dengan pasar mungkin dilakukan. Institusi penegak hukum harus memfokuskan aktivitas mereka dalam membentuk pasar Napza lokal sehingga menjadi lebih sulit diakses oleh anak muda. Misalnya, mereka dapat menindak transaksi yang dilakukan di taman dan taman bermain, atau mendorong pasar untuk dilakukan di dalam bangunan-bangunan privat.

Badan-badan terkait kebijakan Napza dapat mempertimbangkan untuk menyertakan persediaan Napza untuk anak-anak atau melibatkan anak di bawah umur dalam transaksi sebagai satu faktor pemberat dalam pemidanaan. Pendekatan ini telah dilaksanakan di Republik Ceko, Estonia, Denmark dan Amerika Serikat, akan tetapi hal ini kerap berdampak pada meningkatnya penghukuman secara tidak proporsional. Di Amerika Serikat, misalnya, mereka yang melakukan transaksi di dekat sekolah biasanya miskin dan berkulit hitam, karena mereka biasanya hidup di daerah dengan populasi padat di mana jumlah sekolah biasanya terkonsentrasi. Biaya dan keuntungan dari 'faktor pemberat' ini, dengan demikian, perlu dipertimbangkan secara hati-hati.

Dalam pasar yang teregulasi, ketersediaan Napza untuk anak muda dapat dengan mudah dikurangi dengan menerapkan pengaturan ketat untuk Napza, sebagaimana halnya yang diterapkan untuk tembakau, alkohol dan obat-obatan farmasi (lihat Kotak 7 di Bagian 2.1: Reformasi hukum Napza).

Mengurangi kejahatan ringan yang dilakukan oleh pecandu Napza

Bentuk kejahatan terkait Napza yang paling umum dilakukan oleh pecandu Napza untuk mendapatkan uang untuk pembelian Napza ialah pencurian, penipuan, menjajakan seks dan perampokan.¹² Banyak negara telah menemukan bahwa pecandu Napza bertanggung jawab untuk sejumlah besar kejahatan ringan. Mereka yang menerapkan inisiatif untuk mengidentifikasi pelaku tindak pidana yang paling aktif dan mengalihkan mereka ke program pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah telah menemukan bahwa hal itu merupakan suatu mekanisme yang hemat dan efektif dalam mengurangi tingkat kejahatan individual.¹³ Karena institusi penegak hukum memiliki hubungan rutin dengan pelaku tindak pidana, institusi-institusi tersebut berada di tempat yang tepat untuk memainkan peran identifikasi dan pengalihan. Skema pengalihan penangkapan, pengalihan pengadilan dan program pemulihan ketergantungan Napza di penjara telah terbukti efektif untuk menjauhkan pecandu Napza dari gaya hidup yang melibatkan tindak pidana ringan dan ketergantungan Napza (untuk informasi lebih lanjut, lihat Bagian 2.3: Mengurangi tingkat pemenjaraan).¹⁴ Institusi penegak hukum harus lebih menekankan kepada pengalihan pecandu Napza ke layanan dan pemulihan daripada ke proses penuntutan dan pemenjaraan yang mahal.

Mendukung program-program kesehatan dan sosial

Karena rezim pengawasan Napza yang berlaku saat ini, pengguna Napza kerap dipaksa untuk hidup terkucilkan dari masyarakat. Kemiskinan dan pengucilan kerap menjadi faktor yang berkontribusi terhadap inisiasi penggunaan Napza dan perkembangan ketergantungan terhadap Napza (kondisi hidup yang keras dan trauma emosional dapat menambah kerentanan terhadap ketergantungan Napza) dan, sebaliknya, ketergantungan terhadap Napza memperparah masalah-masalah tersebut.

Beberapa pemerintah telah mengadopsi kebijakan Napza yang cenderung menambah pengucilan sosial. Penangkapan dan penghukuman pecandu Napza, atau menutup akses mereka untuk pekerjaan dan pendidikan, misalnya, dapat menambah marginalisasi yang sudah mereka alami. Dalam situasi yang demikian, penggunaan Napza dapat berdampak pada risiko kesehatan yang signifikan, termasuk overdosis dan infeksi melalui darah seperti hepatitis atau HIV. Di banyak negara, epidemik HIV disebabkan oleh karena adanya penggunaan bersama peralatan suntik yang terkontaminasi dan otoritas kesehatan publik terlibat dalam respon global pencegahan HIV yang menyoroti pengguna Narkotika. Banyak tindakan yang diambil tersebut, seperti distribusi jarum suntik dan infus, berhasil dalam konteks penggunaan Narkotika secara berlanjut dan bertujuan untuk memastikan pecandu Narkotika untuk tetap hidup dan sehat sambil mendorong mereka untuk mempertimbangkan pilihan pemulihan. Banyak institusi penegak hukum agak ragu untuk mendukung inisiatif ini, karena mereka salah memahami hal tersebut sebagai suatu bentuk dukungan terhadap penggunaan Narkotika.

Kurangnya dukungan yang jelas dari institusi penegak hukum untuk inisiatif sosial dan kesehatan yang menyoroti pengguna Napza merupakan suatu penghalang kebijakan yang serius. Institusi penegak hukum dapat dan harus mendukung pengalihan pecandu Narkotika ke layanan kesehatan dan sosial guna meningkatkan kesehatan publik, khususnya dalam rangka mengurangi transmisi HIV dan kematian akibat overdosis. Karena polisi dan aparat pengadilan khususnya memiliki kontak rutin dengan mereka yang rentan terhadap infeksi HIV, mereka dapat menjalankan suatu peran penting dalam penyediaan saran dan informasi, memfasilitasi akses ke pelayananan pengurangan dampak buruk Napza dan juga respon cepat terhadap overdosis. Dalam hal di mana institusi penegak hukum dan kesehatan telah bekerja sama untuk mencapai tujuan umum, mereka telah dapat menunjukkan kesuksesan secara jelas dalam pengurangan transmisi HIV dan tingkat kematian akibat overdosis (lihat Kotak 6).

Kotak 6. 'Kebijakan empat pilar' di Swiss

Pada tahun 1994 pemerintah Swiss mengadopsi suatu strategi Napza baru yang mengintegrasikan tujuan-tujuan keamanan, kesehatan dan sosial publik secara menyatu. Strategi tersebut terdiri dari empat pilar: pencegahan, pemulihan, pengurangan dampak buruk dan penegakan hukum. Strategi ini dibuat dengan berdasar pada konsultasi dengan aparat penegak hukum, kesehatan publik dan masyarakat. Kebijakan baru ini meliputi pemberian resep zat yang mengandung opium (biasanya heroin) untuk mengobati ketergantungan terhadap zat tersebut. Penerapan kebijakan yang progresif ini berdampak pada pengurangan masalah terkait konsumsi Napza secara signifikan. Pertama, penggunaan heroin turun secara drastis antara tahun 1990 dan 2005. Kedua, kebijakan tersebut berdampak pada pengurangan tingkat overdosis dan kematian yang secara tidak langsung terkait dengan penggunaan Napza secara signifikan, seperti yang diakibatkan oleh penyakit AIDS dan hepatitis. Antara tahun 1991 dan 2004, kematian terkait Napza jatuh hingga lebih dari 50%. Ketiga, tingkat infeksi HIV akibat penggunaan jarum suntik berhasil dikurangi hingga 80% dalam jangka waktu 10 tahun. Selain itu, frekuensi kejahatan terkait properti dan perdagangan Napza oleh pengguna yang berada dalam program pemberian resep heroin turun hingga 90% dan pengutulan hingga 85%.¹⁵

Rekomendasi

- 1) Strategi penegakan hukum harus dikaji ulang dan diubah fokusnya, dari yang tadinya berfokus pada penyitaan Napza dan penangkapan pengguna Napza menjadi kemitraan dengan institusi terkait untuk mengurangi dampak buruk bagi kesehatan dan sosial.
- 2) Seperangkat tujuan strategis dan indikator kesuksesan untuk penegakan hukum harus diadopsi.
- 3) Tindakan yang diambil terhadap organisasi kriminal haruslah didasarkan pada pemahaman yang berkualitas dan sumber daya harus dikonsentrasikan pada aspek kejahatan terorganisir yang paling berbahaya dan bukannya pada penyitaan atau penangkapan pengecer Napza.
- 4) Strategi penegakan hukum terhadap pasar retail harus didasarkan pada penilaian yang baik terhadap dinamika pasar lokal dan bertujuan untuk mengontrol pasar tersebut guna meminimalisir bahaya yang ditimbulkan.
- 5) Kebijakan dan strategi yang meminimalisir potensi anak muda untuk terlibat dalam pasar gelap Napza harus dikembangkan. Hal ini dapat dicapai apabila tindakan penegakan hukum diterapkan terhadap pasar lokal dalam cara-cara yang membentuk pasar sehingga pasar tersebut lebih sulit diakses oleh anak muda.
- 6) Dibutuhkan mekanisme yang berbasis ilmiah dan hemat biaya untuk pengalihan pelaku tindak pidana Napza ke pelayanan yang memadai, seperti layanan pemulihan ketergantungan Napza berbasis masyarakat. Institusi penegak hukum dapat mengidentifikasi dan mengalihkan pecandu Napza ke fasilitas-fasilitas tersebut.

Sumber referensi

Caulkins, J. & Reuter, P. (January 2009), 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, **8**(1): 9–23, http://www.ukdpc.org.uk/resources/Safer_Communities_Jan09_Special_Issue.pdf

European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 1998–2007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007), *Drug use and related problems among very young people (under 15 years old)* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44741_EN_TDSI07001ENC.pdf

Jelsma, M. (2009), *Legislative innovation in drug policy* (Latin American Initiative on Drugs and Democracy), http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/Legislative%20Innovation_Martin_Eng.pdf

Lenton, S., Chanteloup F., Fetherston J., Sutton, A., Hawks, D., Barratt, M. & Farrington F. (2005), *An evaluation of the impact of changes to cannabis law in Western Australia: Summary of the year 1 findings. Monograph Series No. 12.* (Melbourne: Commonwealth of Australia), http://www.ndlrf.gov.au/pub/Cannabis_WA.pdf

McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf

Stevens, A. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf

UK Drug Policy Commission (2009), *Refocusing drug-related law enforcement to address harms – Full review report* (London: UKDPC), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Refocusing_Enforcement_Full.pdf

Endnotes

- 1 European Commission, Trimbos Instituut, Rand Europe (2009), *A report on global illicit drug markets 19982007* (Luxembourg: European Communities), http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-full_en.pdf
- 2 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf
- 3 Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs* (Rio de Janeiro: Global Commission on Drug Policy), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Global_Commission_Report_English.pdf
- 4 United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *2011 World Drug Report* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf, Sumber: UNODC World Drug Report 2009 dan UNODC perhitungan yang diberitahukan oleh US ONDCP, Cocaine Consumption Estimates Methodology, September 2008 (makalah internal).
- 5 Degenhardt, L., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., et al. (2008), 'Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): 1053–1067, <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>
- 6 International Centre for Science in Drug Policy (2010), *Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review* (Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy), <http://www.icsdp.org/docs/IC-SDP-1%20-%20FINAL.pdf>
- 7 National Institute on Drug Abuse (2004), *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2004, Volume I* (Bethesda: National Institute on Drug Abuse)
- 8 McSweeney, T., Turnbull, P.J. & Hough, M. (2008), *Tackling drug markets and distribution networks in the UK* (London: UK Drug Policy Commission), http://www.ukdpc.org.uk/resources/Drug_Markets_Full_Report.pdf
- 9 Pasar retail yang tertutup sering dihubungkan dengan pengurangan tingkat bahaya terkait narkoba. Upaya penegakan hukum memiliki potensi untuk 'melatih' pasar untuk menjadi tertutup.
- 10 Stevens, A. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Beckley Report 15 – Drug markets and urban violence: can tackling one reduce the other?* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.beckleyfoundation.org/pdf/report_15.pdf
- 11 Caulkins, J.P. & Reuter, P. (2009) 'Towards a harm reduction approach to enforcement', *Safer Communities*, 8(1)
- 12 Tindak pidana terkait narkoba ini biasanya secara spesifik terkait dengan jenis narkoba: Bennet, T. & Holloway, K. (2009), 'The causal connection between drug misuse and crime', *The British Journal of Criminology*, **49**: 513–531, <http://bjc.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/azp014>
- 13 Lihat, misalnya, Hughes, C.H. & Stevens, A. (2010), 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**: 999–1022. Meski demikian, pendekatan ini belum efektif dalam mengurangi tingkat kejahatan secara umum. Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat kejahatan secara umum akan lebih dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial yang lebih luas (seperti kesenjangan, kemiskinan dan marginalisasi sosial) dibandingkan dengan pasar narkoba. Dampak serupa juga telah ditemui di China. Lihat: Yin, W., Hao, Y., Sun, X., et al (2010), 'Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges', *The International Journal of Epidemiology*, **39**(2): 29–37
- 14 United Nations Office on Drugs and Crime (2007), *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment* (New York: UN), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf
- 15 Savary, J.F., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. (2009), *Briefing Paper 18 – The Swiss four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Briefing_18.pdf

2.3 Mengurangi tingkat pemenjaraan

Dalam bagian ini:

- Permasalahan yang berhubungan dengan tingginya tingkat pemenjaraan
- Strategi alternatif untuk pemenjaraan
- Dekriminalisasi/depenalisasi atas kepemilikan Napza untuk pemakaian pribadi
- Mekanisme diversifikasi

Penurunan tingkat pemenjaraan dengan cara dekriminalisasi, depenalisasi, dan penerapan mekanisme diversifikasi merupakan cara yang lebih efektif dan hemat biaya untuk mengurangi tindak pidana Napza, serta dapat memperbaiki kesehatan dan pelibatan sosial para pelaku tindak pidana Napza ringan.

Mengapa penurunan tingkat pemenjaraan itu penting?

Dalam rangka mengurangi pasar gelap Napza, banyak pemerintah yang menerapkan pemenjaraan terhadap pelaku tindak pidana Napza. Alasan pemenjaraan sebagai hukuman atas tindak pidana Napza adalah adanya kepercayaan bahwa hukuman yang keras dalam sistem pidana akan mencegah peningkatan jumlah penanam, pengguna dan pengedar yang terlibat dalam peredaran Napza. Dengan demikian, pemenjaraan merupakan bagian penting dalam sistem pengawasan Napza nasional di banyak negara walaupun pemenjaraan pada satu negara dengan negara lainnya memiliki jangka waktu dan sifat yang berbeda-beda.

Dalam empat dekade terakhir, jumlah orang yang ditangkap akibat pelanggaran tindak pidana Napza mengalami peningkatan. Peningkatan yang paling tajam terjadi di Amerika Serikat, di mana lebih dari setengah tahanan federal ditahan atas tuduhan tindak pidana Napza¹. Peningkatan jumlah tahanan juga terjadi di seluruh Eropa, Asia, Afrika, Oceania dan Amerika². Tren meningkatnya jumlah pemenjaraan ini sangat memprihatinkan, dan efektivitasnya dalam mengurangi masalah Napza masih dipertanyakan (lihat Kotak 1).

Kotak 1. Abstrak dari buku saku UNODC mengenai prinsip dasar dan praktik jitu dalam alternatif pemenjaraan³

'Kebebasan individu merupakan salah satu hak asasi manusia, yang diakui dalam instrumen hak asasi internasional serta konstitusi nasional di seluruh dunia. Dalam melakukan perampasan atas hak tersebut, walaupun sementara, pemerintah memiliki kewajiban untuk memberikan alasan mengapa pemenjaraan tersebut penting dalam mencapai suatu tujuan sosial dan hal tersebut merupakan satu-satunya cara yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang diharapkan.'

Sistem pengawasan Napza PBB tidaklah terlalu jelas posisinya terhadap penjatuhan hukuman bagi pelaku tindak pidana Napza. Dalam laporan tahunan 2007, INCB memaparkan dalam suatu bagian khusus mengenai pentingnya memberikan hukuman yang setimpal bagi pelaku tindak pidana Narkotika. Akan tetapi, rekomendasi ini dibuat dalam kerangka hukum internasional yang masih menerapkan pendekatan penghukuman, khususnya pada pasal 3 Konvensi 1988⁴, yang mewajibkan pemerintah

untuk mengambil langkah-langkah yang dibutuhkan untuk memberikan sanksi bagi pelaku tindak pidana Napza. Pada saat yang sama, konvensi Napza PBB memberikan kebebasan kepada negara-negara anggotanya untuk menindak pelaku tindak pidana Napza dengan pendekatan sosial dan kesehatan, di samping atau bahkan daripada, memberikan sanksi pidana kepada pecandu Napza, serta tidak mencantumkan secara spesifik bahwa penggunaan Napza harus dikriminalisasi⁵. Pada praktiknya, kebanyakan pemerintah negara-negara tersebut menerapkan hukum dan sanksi yang keras mengenai Napza dalam rangka mematuhi ketentuan dan 'semangat' dalam

Pemenjaraan pengguna Napza merupakan cara sangat mahal, tidak efektif, memperburuk masalah sosial dan kesehatan, dan bahkan tidak dapat mencegah penggunaan Napza.

konvensi Napza PBB. Seiring berjalannya waktu, muncullah kesadaran bahwa pemenjaraan para pengguna Napza merupakan cara sangat mahal, tidak efektif, memperburuk masalah sosial dan kesehatan, dan bahkan tidak dapat menghambat dan mencegah penggunaan Napza.

Permasalahan yang berhubungan dengan tingginya tingkat pemenjaraan

Terbukti bahwa strategi penegakan hukum yang keras yang bertujuan untuk mencapai tingginya tingkat pemenjaraan bagi pelaku tindak pidana Napza telah memberikan konsekuensi negatif, bukan hanya bagi pelakunya, tetapi juga bagi sistem peradilan pidana dan masyarakat luas.

Biaya finansial

Menurut ekonom Harvard Jeffrey Miron, Amerika Serikat menghabiskan dana sebesar 15.2 miliar dollar untuk membiayai tahanan Napza pada tahun 2006⁶. Pada awal 1990an, diperkirakan bahwa biaya tahunan untuk kamar tahanan lebih mahal dibanding biaya pendidikan, kamar dan asrama di Harvard University. Pengeluaran yang sangat besar untuk pemenjaraan tersebut tidak hanya terjadi di Amerika Serikat. Di bagian perbatasan utara, Kanada mengeluarkan dana hampir tiga miliar dollar untuk biaya pemenjaraan pada tahun 2005-2006. Dana sebesar itu yang dialokasikan untuk memenjarakan pelaku tindak pidana Napza mengalihkan sumber daya dari program vital terkait sosial-ekonomi dan kesehatan seperti perumahan, pendidikan dan pemulihan ketergantungan pecandu yang merupakan hal krusial dalam menangani permasalahan Napza serta memelihara kondisi sosial untuk mencegah masyarakat untuk menggunakan Napza.

Menambah beban berlebihan bagi sistem peradilan pidana

Penerapan sanksi wajib minimum dan pemenjaraan pra-persidangan, dan peningkatan pemenjaraan pelaku tindak pidana non-kekerasan, dapat merusak reputasi dan efisiensi sistem peradilan pidana sebuah negara. Hukum pidana yang berujung pada lebih lamanya seorang pelaku tindak pidana Napza ringan mendekam di penjara dibandingkan dengan pelaku perampokan bank, penculik dan pelaku kekerasan lain (seperti pemerkosa atau pembunuh) telah merusak asas proporsionalitas dan keadilan dalam sistem hukum. Memenuhi sistem peradilan pidana dengan tindak pidana Napza ringan juga dapat melemahkan kemampuan administrasi pengadilan untuk menjalankan peradilan dengan efisien dan mengalihkan fokus dari tindak pidana lain yang lebih tinggi.

Minimnya dampak penurunan tingkat penggunaan Napza

Pemerintah di beberapa negara berargumen bahwa penerapan sanksi hukum akan mengurangi konsumsi Napza dengan cara menurunkan permintaan secara langsung. Pernyataan ini didasarkan pada asumsi lemah bahwa jika seorang pengguna Napza ditahan, maka mereka tidak akan terlibat dalam peredaran Napza, dan bahwa hukuman yang berat akan mencegah penggunaan Napza. Akan tetapi, pada praktiknya, sangat sulit ditemukan korelasi antara pemenjaraan pengguna Napza dan penurunan peredaran Napza (untuk lebih jelas, lihat Kotak 2). WHO sendiri menyimpulkan bahwa 'negara-negara yang memiliki kebijakan yang ketat mengenai penggunaan Napza dan obat-obatan terlarang lainnya, tingkat penggunaan Napzanya tidak lebih rendah dibanding negara-negara dengan kebijakan-kebijakan yang lebih liberal⁷.

Kotak 2. Perbandingan tingkat pemenjaraan dan penyebaran penggunaan Napza di Amsterdam dan San Fransisco

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2004, yang membandingkan penggunaan ganja di Amsterdam, Belanda, dan San Fransisco, Amerika Serikat, menunjukkan bahwa risiko penghukuman tidak berpengaruh pada tingkat penggunaan Napza. Terlepas dari perbedaan penerapan hukum di kedua kota tersebut – Amsterdam memperbolehkan penggunaan Napza di kedai kopi dan San Fransisco memberikan sanksi penjara bagi pengguna Napza – penelitian menemukan banyak persamaan dalam pola penggunaan Napza⁸. Penelitian tersebut menyatakan bahwa penghukuman secara umum hanya memberikan dampak yang kecil bagi berbagai jenis penggunaan Napza, khususnya bagi pecandu.

Argumen yang menunjukkan kaitan antara tingginya tingkat pemenjaraan dengan menurunnya tingkat penggunaan Napza juga mengabaikan keberadaan peredaran Napza di dalam tahanan di seluruh dunia. Sebagai contoh, laporan EMCDDA tahun 2004 memperkirakan penggunaan Napza para tahanan bervariasi dari 22% hingga 86% di penjara di Eropa⁹ dan penelitian tahun 2006 di Jerman menunjukkan bahwa 75% tahanan yang merupakan pengguna Napza jarum suntik, tetap menggunakan Napza jarum suntik di dalam tahanan¹⁰.

Pemerintah beberapa negara telah membenarkan kebijakan pemenjaraan mereka dengan aspek positif pemenjaraan, yakni 'rehabilitasi' pelaku tindak pidana Napza. Akan tetapi, sebagaimana telah diketahui bahwa pemenjaraan itu sendiri tidak memberikan dampak reformatif. Mengingat bahwa pemulihan ketergantungan yang layak bagi para tahanan yang merupakan pecandu Napza dapat memberikan dampak bagi tingkat penggunaan Napza serta pengulangan tindak pidana setelah dibebaskan, pemulihan ketergantungan di dalam tahanan haruslah menjadi pilihan terakhir, karena telah terbukti bahwa hasil yang lebih baik akan dapat dicapai melalui pemulihan ketergantungan di masyarakat (lihat Kotak 3).

Kotak 3. Pemulihan ketergantungan berbasis komunitas versus pemulihan ketergantungan dalam tahanan di New York

Program Pemulihan Ketergantungan Pecandu Napza sebagai Alternatif Pemenjaraan (*The Drug Treatment Alternative-to-Prison*) pertama kali dilakukan di Brooklyn, New York pada tahun 1990. Program tersebut memberikan pemulihan ketergantungan selama 15-24 bulan bagi para pecandu Napza di dalam suatu komunitas rehabilitasi. Program ini terbuka bagi pecandu yang telah berkali-kali menjual Napza, belum pernah dihukum atas perbuatan tindak pidana kekerasan, dan bersedia untuk terlibat dalam pemulihan ketergantungan, tidak memiliki riwayat kekerasan atau masalah kejiwaan yang parah, dan sedang menghadapi hukuman wajib penjara. Evaluasi atas 5 tahun berjalannya program ini membuktikan bahwa hanya sekitar 26% pelaku yang mengikuti program tersebut kembali dihukum, dimana sebelumnya terdapat sebanyak 47% pelaku dimasukkan ke dalam tahanan¹¹.

Konsekuensi Kesehatan

Pemenjaraan juga memiliki risiko kesehatan yang mahal, khususnya bagi penyakit yang ditularkan melalui darah seperti HIV dan Hepatitis C. Tingkat penggunaan Napza di dalam penjara, khususnya yang menggunakan jarum suntik, lebih tinggi dibandingkan dengan populasi secara umum. Oleh karena terbatas atau bahkan tidak adanya Program LJSS di dalam penjara di kebanyakan negara, para tahanan terpaksa menggunakan kembali peralatan yang telah terkontaminasi penyakit. Penelitian tahun 2009 mengenai keberadaan HIV di dalam penjara menunjukkan tingginya tingkat HIV dan ketergantungan Napza di kalangan tahanan, ditambah dengan penggunaan alat suntik secara bergantian, menjadikan penjara sebagai lingkungan yang berisiko tinggi terhadap penyebaran HIV dan penyakit lain yang ditularkan melalui darah. Pada akhirnya, hal ini berkontribusi terhadap penyebaran HIV di dalam komunitas di mana tahanan tersebut akan tinggal setelah keluar dari tahanan (untuk informasi lebih lanjut, lihat Bagian 2.4: Intervensi Napza yang efektif di dalam tahanan)¹².

Pemenjaraan memiliki risiko kesehatan yang signifikan

Pemenjaraan masal juga berdampak luas bagi kondisi kesehatan lain, termasuk permasalahan kejiwaan yang belum terdiagnosa, kondisi kronis seperti diabetes dan hipertensi dan masalah kesehatan mulut dan nutrisi. Hukuman yang lebih lama telah mengakibatkan meningkatnya jumlah orang berusia tua dalam tahanan yang berkaitan dengan timbulnya berbagai penyakit seperti Alzheimer, masalah pernapasan, jantung dan sebagainya. Terlalu penuh dan kurangnya fasilitas, berdampak pada semakin buruknya masalah kesehatan para tahanan selama di dalam tahanan.

Sementara layanan untuk mencegah dan mengobati HIV dan penyakit infeksi lainnya semakin banyak di komunitas, narapidana sering kali tidak memiliki akses ke pelayanan kesehatan dasar, nutrisi dan diagnosa yang cukup serta pengobatan HIV dan penyakit infeksi lainnya.

Strategi Alternatif Pemenjaraan

Mengingat tingginya biaya yang dibutuhkan untuk pemenjaraan, serta minimnya efek jera yang ditimbulkan, sulit untuk membenarkan pendekatan pemenjaraan dan hukuman yang berat terkait dengan keefektifitasannya. Pertimbangan atas strategi alternatif pemenjaraan yang efektif untuk menangani masalah pecandu Napza dan tindak pidana terkait, harus memperhatikan 2 prinsip utama di bawah ini:

- **Penggunaan Napza merupakan masalah kesehatan, bukan kriminal** – Perubahan fokus dibutuhkan dalam memahami permasalahan penggunaan Napza sebagai kriminal menjadi permasalahan kesehatan, dan dari pemahaman bahwa pecandu Napza harus dihukum ke pemahaman bahwa pecandu memerlukan pemulihan ketergantungan Napza. Pendekatan dengan cara ini akan mengurangi pemenjaraan dan membentuk mekanisme alternatif untuk pengguna yang telah ditahan. Pendekatan seperti ini didukung oleh konvensi Napza PBB¹³, khususnya dalam Standard Aturan Minimum PBB untuk Tindakan non-Pemenjaraan (*UN Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures, The Tokyo Rules*)¹⁴, dan aturan baru yang dikeluarkan oleh INCB, yang menekankan bahwa prinsip proporsionalitas harus diterapkan untuk pelanggaran kepemilikan pribadi, pembelian, penanaman dan penggunaan 'sebagai alternatif lengkap selain pemenjaraan dan penjatuhan sanksi'¹⁵.
- **Penjatuhan hukuman proporsional bagi pelaku tindak pidana Napza** – diperlukan pergeseran fundamental dalam kebijakan pemberian hukuman bagi pelaku tindak pidana Napza. Hukum dan kebijakan yang memberikan sanksi dan hukuman bagi para pelaku tindak pidana Napza harus direformasi untuk menunjukkan tingkat keseriusan tindak pidana serta dampak penghukuman tersebut dalam pasar Napza global. Dalam kasus apapun, hukuman mati tidak seharusnya diberikan kepada pelaku tindak pidana Napza (lihat Kotak 3 Bagian 2.1: Reformasi hukum Napza). Hal lain yang juga penting adalah kebutuhan untuk menggolongkan jenis-jenis pelaku tindak pidana Napza –'rekreasional', pecandu Napza, pengecer Napza atau pengedar 'sosial', dan penjual yang terorganisir (lihat bagian 2.1: Reformasi hukum Napza). Penahanan pra-persidangan dan penerapan sanksi wajib minimum harus dihindari untuk pelaku tindak pidana Napza ringan yang tidak melakukan kekerasan, dalam rangka mengurangi penuhnya penjara. Para pembuat kebijakan harus mencari tahu berbagai jenis bahaya yang diakibatkan dari berbagai aktivitas yang berhubungan dengan Napza, untuk menentukan relevansi dan proporsionalitas hukuman.

Mekanisme diversi untuk mengurangi tingkat pemenjaraan bagi pelaku tindak pidana Napza ringan dan tidak berbahaya

Mekanisme diversi dapat memberikan kontribusi untuk mengurangi tingkat pemenjaraan bagi pelaku tindak pidana Napza ringan dan tidak berbahaya. Berbagai mekanisme untuk mengalihkan orang-orang tersebut dari pemenjaraan dapat dikombinasikan untuk mengurangi tekanan terhadap sistem peradilan pidana suatu negara, serta mencapai tingkat kesehatan dan sosial yang lebih baik.

Depenalisasi dan dekriminalisasi kepemilikan Napza untuk penggunaan pribadi

Orang-orang yang ditangkap karena kepemilikan Napza untuk pemakaian pribadi harus dimasukkan dalam kategori tersendiri, dan tidak seharusnya dimasukkan ke dalam penjara semata karena kepemilikan atau penggunaan Napza. Terdapat tiga strategi utama yang dapat diterapkan untuk menghindari pemenjaraan sebagai bentuk tindakan yang diambil terhadap penggunaan atau kepemilikan Napza untuk kebutuhan pribadi:

- Depenalisasi (lihat Kotak 4, contoh dari Australia)
- Dekriminalisasi *de facto* (lihat Kotak 5, contoh dari Belanda)
- Dekriminalisasi (untuk contoh lebih rinci, lihat bagian 2.1: Reformasi hukum Napza)

Strategi-strategi tersebut di atas sangatlah efektif dalam mengurangi beban terhadap sistem peradilan pidana dan sistem pemenjaraan serta memberikan lebih banyak akses untuk pelayanan sosial dan kesehatan, serta tidak mengarah pada meningkatnya angka penggunaan Napza¹⁶.

Kotak 4. Depenalisasi di Australia

Beberapa negara bagian Australia telah menerapkan kebijakan yang seimbang antara penegakan hukum dan pelayanan pemulihan ketergantungan bagi pelaku tindak pidana Napza. Di negara bagian tersebut, penanaman dan kepemilikan ganja tidak dikenakan sanksi pemenjaraan, melainkan sanksi administratif berupa denda atau surat pelanggaran. Pihak kepolisian telah menerapkan sistem penegakan hukum yang lunak dengan pencapaian yang substansial, dan tanpa memberikan sanksi yang berakibat negatif seperti kerugian produksi atau ancaman bagi kebebasan sipil, yang disebabkan oleh terlalu banyaknya pelarangan. Pendekatan semacam itu memberikan dampak positif dalam hal angka pemenjaraan, di mana hanya sebesar 11% dari jumlah tahanan yang ditahan akibat pelanggaran Napza.¹⁷

Kotak 5. Model dekriminalisasi *de facto* Belanda

Pada tahun 1970an, pemerintah Belanda menerapkan dekriminalisasi *de facto* terhadap ganja. Dalam sistem tersebut, walaupun kepemilikan dan penggunaan ganja masih bersifat ilegal, namun pihak Kementerian Hukum Belanda memilih untuk tidak menegakkan aturan tersebut. Kepemilikan ganja yang kurang dari lima gram tidaklah menjadi target utama penegakan hukum. Sejak tahun 1980an, transaksi jual-beli ganja dengan kuantitas kecil sudah diperbolehkan di kedai kopi yang telah diberi izin dengan aturan yang ketat.

Diversi merupakan mekanisme yang efektif dalam penerapan depenalisasi dan dekriminalisasi. Beberapa negara di dunia telah menerapkan sistem diversi yang bervariasi, namun dapat dikategorikan berdasarkan tahap di mana diversi dilakukan (dijelaskan di bawah ini):

- Diversi pada saat penangkapan
- Diversi pada saat penuntutan
- Diversi pada saat pemberian hukuman

Pembedaan antara berbagai sistem diversi dapat juga dibuat dengan dasar lain—di beberapa negara, diversi dilakukan terhadap orang yang ditangkap karena kepemilikan Napza, dan dalam sistem lain bisa dilakukan terhadap orang-orang yang ditangkap karena tindak pidana yang disebabkan oleh karena ketergantungan Napza (contoh: pencurian, penipuan atau penjualan seks).

Diversi pelaku tindak pidana Napza pada saat penangkapan

Mekanisme diversi pada saat penangkapan dimaksudkan untuk menghindari beban pada sistem peradilan pidana bagi pelaku tindak pidana ringan, dan untuk memberikan pelayanan yang memadai bagi pecandu Napza. Diversi pada saat penangkapan ini bergantung pada aparat kepolisian sebagai kunci pengambilan keputusan untuk menentukan apakah seseorang yang tertangkap tersebut akan dialihkan ke pemulihan ketergantungan atau ke penuntutan pidana. Portugal memberikan contoh yang baik mengenai diversi dari sistem peradilan pidana (lihat Kotak 6).

Kotak 6. Komisi Pencegahan di Portugal¹⁸

Pada bulan Juli 2001, Portugal menerapkan hukum yang mendekriminalisasi kepemilikan Napza untuk pemakaian pribadi. Dalam hukum seperti ini, peredaran Napza masih dituntut sebagai pelanggaran pidana, namun kepemilikan Napza untuk pemakaian pribadi merupakan pelanggaran administratif. Hukum seperti ini juga menerapkan sistem rujukan kepada Komisi Pencegahan Ketergantungan Napza (*Comissoes para a Dissuasao da Toxicodependencia*). Ketika seseorang pemilik Napza ditahan, pihak kepolisian akan merujuk langsung pada komisi tersebut di tingkat regional, yang terdiri dari 3 orang, di antaranya pekerja sosial, penasihat hukum dan tenaga medis profesional yang dibantu oleh tim ahli teknis.

Komisi ini menggunakan cara tersebut untuk mencegah adanya pengguna Napza baru dan menyadarkan para pecandu untuk menjalani pemulihan ketergantungan. Untuk mencapai tujuan tersebut, mereka dapat menerapkan sanksi seperti pelayanan pada komunitas, denda, penahanan izin profesi dan larangan untuk mengunjungi tempat-tempat tertentu, dan memberikan rekomendasi atau program pendidikan bagi pecandu.

Setelah penerapan sistem baru ini, proporsi pelaku tindak pidana Napza yang diberikan hukuman pemenjaraan menurun hingga ke angka 28% pada tahun 2005 dari puncaknya pada tahun 1999 sebesar 44%. Penurunan ini berkontribusi terhadap berkurangnya jumlah tahanan dari 119 orang menjadi 101.5 orang per 100 rumah tahanan antara tahun 2001 dan 2005¹⁹. Data tersebut menunjukkan bahwa reformasi di Portugal telah mampu meringankan beban pada sistem peradilan pidana.

Diversi pada saat penuntutan

Dalam sistem diversi ini, jaksa merupakan pengambilan keputusan kunci yang dapat menentukan apakah seseorang yang dituntut harus dihadapkan ke dalam persidangan, atau dialihkan ke pemulihan ketergantungan (lihat Kotak 7).

Kotak 7. Sistem diversi Skotlandia²⁰

Sistem Diversi pada saat penuntutan di Skotlandia berlangsung pada tahun 2000-2001 dan berlaku terhadap pelaku tindak pidana di semua usia. Pendekatan ini dimaksudkan untuk mencegah seseorang yang telah melakukan tindak pidana ringan yang tidak membahayakan masyarakat untuk dituntut dan dimasukkan dalam sistem peradilan pidana. Di Skotlandia, *Prosecutor Fiscal* (setara dengan jaksa) bertanggung jawab untuk melakukan identifikasi apakah tersangka yang dilaporkan ke polisi layak untuk dialihkan kepada intervensi kerja sosial.

Anak muda yang dialihkan akan dilibatkan dalam sesi perorangan dan/atau kelompok yang membahas berbagai hal seperti perilaku tindak pidana, alkohol dan Napza, keterampilan sosial, pendidikan, pekerjaan dan pelatihan pemecahan masalah. Mekanisme diversi ini telah menunjukkan hasil yang positif untuk tidak mengulangi pelanggaran. Skema Diversi Anak Muda dari Penuntutan oleh Dumfries dan Galloway misalnya, telah menunjukkan hasil yang mengesankan – antara bulan Mei dan Agustus 2010, 80 anak muda dialihkan ke program kerja sosial selama 6 minggu, dan hanya 5 orang yang kembali mengulangi tindak pidana.

Diversi pada saat pemberian hukuman

Diversi ini bergantung pada hakim sebagai kunci pengambilan keputusan. Terdapat dua tipe diversi pada saat pemberian hukuman; diversi melalui proses peradilan biasa, atau melalui peradilan khusus Napza. Beberapa negara, seperti United Kingdom, memproses pelaku tindak pidana Napza melalui kedua cara tersebut (lihat Kotak 8)

Kotak 8. Diversi pada saat pemberian hukuman di United Kingdom

United Kingdom telah menerapkan peradilan umum dan khusus dalam memproses pelaku tindak pidana Napza. Sejak pertengahan 1990, kampanye besar-besaran dilakukan untuk mengalihkan pelaku tindak pidana yang merupakan pecandu Napza dari pemenjaraan ke pemulihan ketergantungan.

Setiap pengadilan di negara tersebut memiliki sumber daya dan prosedur untuk menilai apakah tindak pidana yang dilakukan berhubungan dengan kecanduan, dan apakah pelaku akan mendapatkan manfaat dari pemulihan ketergantungan (United Kingdom jarang menahan orang karena kepemilikan Napza, jadi kebanyakan pelaku dihukum atas tindak pidana tertentu seperti pengedar Napza, pencurian, penipuan dan penjualan seks). Apabila pengadilan memutuskan bahwa hukuman yang dijatuhkan bukanlah pemenjaraan dan ada pusat pemulihan ketergantungan yang tersedia, pengadilan akan menghukum orang tersebut dengan pemulihan ketergantungan untuk periode tertentu. Petunjuk mengenai pilihan pemulihan ketergantungan akan diberikan oleh petugas percobaan kepada pengadilan.

Pada tahun 2004, United Kingdom melakukan eksperimen melalui peradilan khusus Napza dengan menerapkan enam pengadilan yang khusus menangani pelaku tindak pidana yang merupakan pecandu Napza (*dedicated drug courts*-DDC). Pengadilan-pengadilan ini memiliki kekuatan dasar yang sama dengan pengadilan biasa, yaitu untuk menilai pemulihan ketergantungan yang dibutuhkan dan alternatif pemenjaraan. Akan tetapi, mereka memiliki staf khusus dan hakim yang secara khusus berfokus pada permasalahan Napza yang dialami si pecandu, dan mereka memiliki pengawasan yang lebih ketat terhadap pelaku tindak pidana yang sedang dalam pemulihan ketergantungan. Contohnya, pengadilan khusus membutuhkan laporan rutin mengenai kemajuan pemulihan ketergantungan, dan pelaku secara rutin mendiskusikan proses pemulihan ketergantungannya dengan hakim. Laporan rutin ini berguna untuk membantu membangun hubungan yang lebih baik antara pelaku dan hakim, sehingga dapat meningkatkan kualitas hasil pemulihan ketergantungan. Evaluasi atas DDC menunjukkan bahwa pengadilan khusus sangat bermanfaat untuk membantu mengurangi penggunaan dan pelanggaran Napza. Akan tetapi, evaluasi tersebut juga menunjukkan bahwa efektivitas DDC juga tergantung pada akses terhadap pemulihan ketergantungan yang memadai²¹.

Rekomendasi

- 1) Perubahan pendekatan sangat diperlukan untuk memulai memperlakukan penggunaan Napza sebagai masalah kesehatan dan bukan pelanggaran pidana. Pemulihan ketergantungan merupakan kebijakan yang lebih efektif bagi pecandu yang tidak terlibat tindak pidana yang memiliki unsur kekerasan. Pemenjaraan harus dipertahankan atau dipakai hanya sebagai pilihan bagi pelaku pelanggaran tindak pidana yang berat.
- 2) Hukum dan aturan yang menerapkan sanksi bagi pelaku tindak pidana Napza harus ditinjau kembali, dengan maksud untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai bahaya tindak pidana, perbedaan pelaku dan dampaknya bagi peredaran Napza:

- Pemenuhan sebagai hukuman seharusnya diterapkan bagi pelaku tindak pidana Napza yang berat dan/atau pelaku tindak pidana Napza dengan kekerasan
 - Pemerintah harus mempertimbangkan untuk menerapkan depenalisasi atau dekriminasi sebagai alternatif bagi pengguna Napza serta pengecer Napza.
- 3) Mekanisme diversi pada saat penangkapan, dan pemberian hukuman harus dilakukan untuk memastikan bahwa kasus tindak pidana Napza ringan tidak membebani dan melemahkan sistem peradilan pidana, dan untuk memastikan pecandu bisa mendapatkan akses pelayanan yang memadai, termasuk pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah.
 - 4) Prosedur pidana yang berpotensi menambah beban bagi kapasitas tahanan, seperti penerapan sanksi minimum wajib dan prosedur penahanan pra-persidangan, hanya digunakan sebagai hukuman bagi pelaku tindak pidana yang berat.

Sumber Referensi

Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R. (2009), *Beckley Report 16 – The incarceration of drug offenders, an overview*. (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf

Canadian HIV/AIDS Legal Network (2006), *Legislating on health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS. Module 1: Criminal law issues* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1052>

Crossen-White, H. & Galvin, K. (2002), 'A follow-up study of drug misusers who received an intervention from a local arrest referral scheme', *Health Policy*, **61**(2): 153–171, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/PIIS016885100200009X/abstract>

Edmunds, M., May, T., Hearnden, I. & Hough, M. (1998), *Arrest referral – emerging lessons from research*. (London: Crown Copyright), report prepared for the Home Office

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

United Nations Office on Drugs and Crime (2007), *UNODC handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf

Endnotes

- 1 US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (December 2011), *Prisoners in 2010* (Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics), <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/p10.pdf>
- 2 Bewley-Taylor, D., Hallam, C. & Allen, R., (2009), *Beckley Report 16 – the incarceration of drug offenders, an overview* (Oxford: The Beckley Foundation Drug Policy Programme), http://idpc.net/sites/default/files/library/Beckley_Report_16_2_FINAL_EN.pdf
- 3 United Nations Office on Drugs and Crime (2007), *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment* (New York: UN), http://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/07-80478_ebook.pdf

- 4 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
- 5 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude*, <http://idpc.net/publications/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude>
- 6 Miron, J. (December 2008), *The budgetary implications of drug prohibition*, http://petermoskos.com/readings/miron_2008.pdf
- 7 Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Anthony, J.C., Angermeyer, M., et al (2011), 'Towards a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys', *PLoS Medicine*, **5**(7): e141. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050141;jsessionid=BC64618F2CF7D2D6597EB7C1E05B7A81>
- 8 Reinerman, C., Cohen, P.D., & Kaal, H.L. (2004). 'The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco'. *American Journal of Public Health*, **94**(5): 836–842, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117709>
- 9 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2004), *2004 Annual report: the state of the drugs problem in the European Union and Norway* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004>
- 10 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2004), *2004 Annual report: the state of the drugs problem in the European Union and Norway* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004>
- 11 National Center on Addiction and Substance Abuse (2003), *Crossing the bridge: an evaluation of the drug treatment alternative-to-prison (DTAP) Program. ACASA White Paper*. (New York: National Center on Addiction and Substance Abuse, Colombia University), <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED473560.pdf>
- 12 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66.
- 13 Lihat Pasal 36b dan 38 Konvensi 1961 (<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>) dan Pasal 14(4) Konvensi 1988 (<http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>), yang mewajibkan negara peserta untuk 'mengambil tindakan-tindakan yang cukup untuk menghapuskan atau mengurangi permintaan ilegal atas narkoba dan zat psikotropika, dengan tujuan untuk mengurangi penderitaan umat manusia dan menghapuskan insentif finansial untuk perdagangan ilegal'.
- 14 <http://www2.ohchr.org/english/law/tokyorules.htm>
- 15 International Narcotics Control Board (2007), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007* (Vienna: International Narcotics Control Board).
- 16 Lihat, misalnya: Hughes, C.E. & 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>
- 17 Australia Bureau of Statistics (2010), *Prisoners in Australia* (Melbourne: Australian Bureau of Statistics), [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/\\$File/45170_2010.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/F3916FB1F45FAF12CA2577F3000F11F0/$File/45170_2010.pdf)
- 18 Artur Domostawski (2011), *Drug policy in Portugal – the benefits of decriminalising drug use* (Warsaw: Open Society Foundations), <http://idpc.net/sites/default/files/library/drug-policy-in-portugal-benefits-of-decriminalising.pdf>; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2011), *Drug policy profiles – Portugal* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://idpc.net/sites/default/files/library/EMCDDA-drug-policy-profile-Portugal.pdf>; Hughes, C.E. & Stevens, A. (2012), 'A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs', *Drug and Alcohol Review*, **31**: 101–113, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x/abstract>
- 19 Aebi, M.F. & Delgrande, M. (2009), *Council of Europe annual penal statistics, Space I, Survey 2007*. (Strasbourg: Council of Europe), http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/SPACEI/PC-CP_2009_%2001Rapport%20SPACE%20I_2007_090505_final_rev.pdf
- 20 The Development Centre for Scotland, Social Work in Youth and Criminal Justice, *Diversions*, <http://www.cjsw.ac.uk/content/diversion>
- 21 UK Ministry of Justice (2011), *The Dedicated Drug Courts Pilot Evaluation Process Study*, Ministry of Justice Research Series, January 2011 (London: Crown Copyright), <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/ddc-process-evaluation-study.pdf>

2.4 Intervensi Napza yang efektif di dalam penjara

Dalam bagian ini:

- Risiko kesehatan di dalam penjara
- Tanggung jawab atas kesehatan narapidana: kewajiban internasional
- Menangani risiko kesehatan di dalam penjara
- Memberikan pelayanan pemulihan ketergantungan Napza di dalam penjara
- Tanggung jawab atas pelayanan kesehatan di dalam penjara

Para pembuat kebijakan dan badan pemerintah yang mengelola lembaga pemenjaraan harus memiliki rencana yang jelas untuk seefektif mungkin melindungi kesehatan dan hak asasi para narapidana, termasuk dengan memberikan pelayanan pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah, serta memberikan pelayanan untuk mengurangi dampak buruk bagi mereka yang membutuhkan.

Mengapa intervensi efektif di dalam penjara itu penting?

Bagian lain dalam Panduan ini telah memaparkan argumen bahwa reformasi hukum Napza perlu dilakukan guna meminimalisir angka pelaku tindak pidana Napza non-kekerasan yang dimasukkan ke dalam tahanan atau bentuk pemenjaraan lainnya.

Akan tetapi, di banyak negara, para pelaku tindak pidana Napza khususnya pengguna, memiliki proporsi yang besar dalam populasi tahanan. Selain itu, usaha pencegahan masuknya Napza ke dalam tahanan seringkali gagal, dan kemudian beredar di antara tahanan, berakut dengan segala risiko kesehatan yang menyertainya dalam lingkungan yang padat dan minimnya pelayanan. Hal ini berarti bahwa kebijakan Napza yang efektif sangatlah dibutuhkan **di dalam** lingkungan penjara.

Aparat pemerintah yang bertugas untuk mengelola lembaga pemenjaraan harus menerapkan strategi yang dapat meminimalisir permasalahan sosial dan kesehatan yang berhubungan dengan penggunaan dan peredaran Napza di penjara.

Ada beberapa alasan lain mengapa suatu kebijakan pemenjaraan yang efektif merupakan hal yang sangat esensial bagi para pembuat kebijakan:

- **Kesehatan Masyarakat** – pemenjaraan merupakan sistem yang paling mahal untuk menekan permasalahan kesehatan, karena, pada hakikatnya, lembaga semacam itu memang merupakan tempat yang sulit bagi seseorang untuk menjaga kesehatannya. Khususnya dalam hal Napza, di mana praktik seperti penggunaan jarum suntik secara bergantian dapat menularkan virus penyakit melalui pertukaran darah. Meskipun kehidupan di dalam penjara tersembunyi dari publik,

faktanya, penjara tidak terlepas dari masyarakat, dan merupakan bagian penting dari ruang lingkup kesehatan masyarakat yang saling berhubungan satu sama lain. Oleh karena itu, penjara masih merupakan tanggung jawab pemerintah. Masalah kesehatan, infeksi dan penyakit tidak hanya terbatas di dalam penjara, namun menyebar menembus keluar tembok penjara seiring keluar masuknya orang ke dalam lingkungan tersebut.

- **Ekonomi** – respon terhadap tindak pidana terkait Napza, overdosis dan penyakit yang ditularkan melalui darah, baik di dalam dan di luar penjara (di antara para mantan pengguna, keluarga mereka, dsb) sangatlah mahal, khususnya bagi penyakit kronis dan berkepanjangan seperti HIV. Hal ini berarti bahwa terdapat argumen ekonomi yang kuat untuk tindakan-tindakan efektif yang dapat mencegah masalah kesehatan di dalam penjara.
- **Kewajiban pemenuhan hak asasi manusia** – hak atas kesehatan fisik dan mental tercantum dalam tujuan PBB dan beberapa perjanjian internasional (khususnya dalam Kovenan Internasional mengenai Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*). Hal ini juga tercantum dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia. Naskah-naskah tersebut tidak secara spesifik merujuk kepada hak-hak narapidana, akan tetapi ada banyak negara yang merupakan peratifikasi perjanjian internasional lainnya yang secara eksplisit menyatakan bahwa hak atas kesehatan juga merupakan hak narapidana. Perjanjian internasional yang menerapkan hak atas kesehatan bagi tahanan akan dibahas di bawah ini.

Badan pemerintah yang mengurus lembaga pemenjaraan harus menaati kewajiban hak asasi manusia internasional mereka dan menerapkan strategi yang meminimalisir permasalahan sosial dan kesehatan yang berkaitan dengan peredaran dan penggunaan Napza di dalam penjara¹. Pelaksanaan kebijakan kesehatan di dalam penjara bukan hanya akan meningkatkan kesehatan populasi pengguna Napza, tetapi juga kesehatan masyarakat yang lebih luas. Selain itu, hal ini juga akan berdampak positif terhadap perekonomian dan kesehatan publik.

Risiko kesehatan di dalam penjara

Pengguna Napza yang ditahan di penjara atau tempat penahanan lainnya

Saat ini diperkirakan bahwa total jumlah tahanan di dunia adalah sebanyak 10.1 juta orang dan akan bertambah menjadi 10.75 juta apabila ditambah dengan 650.000 tahanan yang ditahan di 'rumah tahanan' di China².

Jumlah tahanan di penjara, dan jumlah pengguna Napza di antara mereka terus bertambah dengan cepat dalam beberapa dekade terakhir.

Akibat sulitnya memperoleh data dan adanya masalah dalam melakukan perbandingan ketika datanya tersedia, maka dapat dikatakan tidak mungkin untuk memberikan gambaran besar yang akurat mengenai proporsi pengguna Napza di antara para tahanan. Akan tetapi, terdapat beberapa indikasi terkait besarnya populasi tersebut yang bisa diperoleh, yaitu bahwa: di Uni Eropa, sekitar 50% tahanan memiliki riwayat penggunaan Napza; di Amerika Serikat, proporsinya adalah sebesar 80%.

Pengguna Napza jarum suntik mendominasi statistik, biasanya diperhitungkan mencapai 50% dari total tahanan, namun hanya sebesar 1-3% dari total masyarakat yang lebih luas³.

Jumlah tahanan di penjara, dan jumlah pengguna Napza di antara mereka terus bertambah dengan cepat dalam beberapa dekade terakhir. Di banyak negara, hal ini disebabkan oleh penangkapan dan pemenjaraan para pelaku tindak pidana Napza ringan – kepemilikan, penggunaan atau transaksi skala kecil – serta sementara di beberapa negara lainnya, faktor pendorongnya ialah tindak pidana terkait

Napza seperti pencurian, perampokan, dan penipuan yang dilakukan untuk mendapatkan uang untuk membeli Napza. Napza telah melekat dalam kehidupan di dalam penjara, dan seringkali telah menjadi 'media dan alat tukar utama dalam kehidupan penjara'.⁴

Besarnya proporsi pengguna Napza dan risiko dalam lingkungan yang sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ini juga menggambarkan tantangan yang serius bagi para pembuat kebijakan. Tantangan tersebut dapat dihadapi dengan menerapkan petunjuk seperti yang dijelaskan di bawah ini.

Penyebaran penyakit di kalangan tahanan

Sebagai akibat dari pola hidup dalam tahanan, risiko yang muncul dari aktivitas selama pemenjaraan, dan minimnya ketersediaan pelayanan kesehatan, para tahanan yang juga merupakan pengguna Napza rentan terkena masalah kesehatan yang serius, seperti infeksi HIV, hepatitis B dan C, dan tuberkulosis. Jika tidak dilakukan tindakan pengurangan dampak buruk yang baik di dalam penjara, maka virus HIV dan hepatitis C, pada khususnya, dapat menular dengan sangat cepat.

Tahanan yang merupakan pengguna Napza rentan terinfeksi masalah kesehatan yang serius, seperti HIV, hepatitis B dan C dan tuberkulosis.

HIV merupakan ancaman serius bagi lebih dari 10 juta orang narapidana di seluruh dunia. Di beberapa negara, tingkat infeksi HIV di kalangan para narapidana lebih tinggi dibandingkan di lingkungan luar penjara. Akan tetapi, tingkat penularan virus ini di kalangan tahanan berbeda-beda di tiap negara. Dalam beberapa kasus, penyebaran HIV di kalangan tahanan mencapai 100 kali lipat dibandingkan dengan penularan di masyarakat.⁵ Dalam hal penularan HIV melalui penggunaan jarum suntik – yang merupakan masalah utama di beberapa negara – terbukti bahwa jumlah pemakaian di kalangan tahanan di dalam penjara lebih sedikit daripada di kalangan para pengguna Napza di komunitas luar penjara. Akan tetapi, tingkat penggunaan jarum suntik yang bergantian, dan risiko yang ditimbulkannya, telah mencapai tingkat yang mengkhawatirkan: kebanyakan negara melaporkan bahwa penggunaan jarum suntik secara bergantian di dalam penjara telah mencapai 60% sampai dengan 90%.⁶

Tingkat infeksi virus hepatitis C di lingkungan penjara juga terbilang tinggi. WHO memperkirakan sekitar 3% dari total populasi dunia mengidap hepatitis C, sementara infeksi di dalam penjara diperkirakan mulai dari 4.8% di India, hingga 92% di Spanyol bagian utara.⁷

Hal yang sama juga terjadi pada infeksi tuberkulosis yang jumlahnya sering lebih tinggi terjadi di dalam penjara dibandingkan di luar penjara. Sebuah penelitian di Thailand menunjukkan bahwa kecenderungan penyebaran tuberkulosis di kalangan narapidana mencapai delapan kali lebih tinggi dibandingkan dengan infeksi di luar penjara.⁸ Penelitian lain menunjukkan bahwa penyebaran tuberkulosis di Victoria (Australia) telah mencapai angka 10%,⁹ sementara penelitian di penjara Bahia (Brazil) menunjukkan bahwa penyebaran tuberkulosis mencapai 61.5%, dengan tingkat penyebaran tuberkulosis aktif mencapai 2.5%.¹⁰

Perilaku berisiko

Selain mungkin di negara dengan angka penularan HIV melalui hubungan heteroseksual yang tinggi, risiko penularan infeksi HIV di dalam penjara berakar pada penggunaan jarum suntik secara bergantian sangatlah besar. Di dalam penjara, banyak orang cenderung menggunakan jarum dan alat suntik secara bergantian akibat kurangnya ketersediaan layanan pengurangan dampak buruk Napza, seperti LJSS, serta akibat ketakutan penggunaan Napza yang mereka lakukan diketahui oleh petugas penjara. Sebagian pecandu menggunakan jarum suntik secara bergantian untuk pertama kalinya di dalam penjara, sementara sebagian lainnya baru mulai menggunakan jarum suntik ketika di dalam penjara.

Perilaku berisiko tersebut setidaknya merupakan produk dari konteks pemenjaraan itu sendiri – Napza biasanya digunakan untuk melarikan diri dari kesedihan, kekerasan, kurangnya privasi, kegelisahan, dan perasaan tidak aman secara berlebihan yang seringkali merupakan karakter dari kehidupan di dalam penjara. Faktor-faktor yang berhubungan dengan penjara ditambah dengan riwayat kehidupan dan kebiasaan pengguna Napza telah memperbesar risiko kesehatan dalam lingkungan masyarakat.¹¹

Pemeriksaan dan kekerasan seksual juga merupakan medium penularan infeksi. Tahanan yang berada pada tingkatan paling bawah di dalam hirarki informal penjara merupakan kelompok yang paling rentan untuk menjadi korban pelecehan tersebut. Di beberapa negara, para pengguna Napza biasanya distigma dan biasanya sangat rentan terhadap risiko ini.

Tahanan yang menggunakan Napza sangatlah rentan terhadap risiko overdosis mendadak, khususnya pada periode awal setelah mereka dibebaskan. Ketika seorang pecandu mengurangi dosisnya selama dalam tahanan, maka tubuhnya akan kehilangan toleransi terhadap zat tersebut. Hal ini berarti tubuhnya tidak mampu lagi menerima dosis yang biasanya digunakan sebelum masuk dalam penjara, dan ketika seseorang itu mengonsumsi dosis yang sama ketika bebas, ia akan menghadapi risiko overdosis yang berujung pada kematian. Penelitian di suatu penjara di Perancis pada tahun 1997 menunjukkan bahwa tingkat kematian di dalam penjara akibat overdosis ialah antara 124 kali lebih tinggi di kalangan mantan pengguna usia 15-24 tahun hingga 274 kali lebih tinggi untuk mantan tahanan usia 35-54 tahun.¹² Para tahanan juga berisiko meninggal di dalam penjara, baik karena bunuh diri, atau karena kehilangan toleransi atau terkontaminasi Napza. Dalam penelitian lain di penjara Washington, para mantan tahanan berisiko 129 kali lebih tinggi meninggal dunia pada dua minggu pertama dibebaskan dibandingkan dengan populasi pada umumnya.¹³

Tanggung jawab atas kesehatan narapidana: kewajiban internasional

Konsep mengenai **hak atas standar kesehatan fisik dan mental** diambil dari Konstitusi WHO. Beberapa tahun belakangan ini, WHO telah menempatkan diri di garis depan dalam usaha merealisasikan hak atas kesehatan bagi tahanan, yang merupakan masyarakat yang termarginalkan.¹⁴

Hak atas kesehatan juga didasarkan pada Piagam PBB, Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dan Kovenan Internasional mengenai Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*). Berdasarkan hak universal ini, masyarakat internasional telah menetapkan **prinsip kesetaraan** yang menyatakan bahwa hak atas kesehatan para tahanan setara dengan hak atas kesehatan orang-orang yang berada di luar tahanan, bahkan bagi seluruh manusia.

prinsip kesetaraan menyatakan bahwa hak atas kesehatan para tahanan setara dengan hak atas kesehatan orang-orang yang berada di luar tahanan

Referensi terbuka mengenai tahanan dalam dokumen internasional muncul pertama kali dalam Peraturan Standar Minimum Pemulihan Tahanan 1997 (*Minimum Standard Rules for the Treatment of Prisoners*), yang mencantumkan standar dasar bagi perlakuan terhadap tahanan termasuk dalam hal kesehatan. Disetujui oleh Majelis Umum PBB, resolusi prinsip dasar kesetaraan yang menyatakan standar dasar tersebut berlaku bagi semua orang tanpa 'diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, jenis kelamin...atau status lainnya'.¹⁵

Bagian 9 Prinsip-prinsip Dasar PBB untuk Perlakuan terhadap Tahanan menyebutkan secara eksplisit mengenai prinsip kesetaraan: 'Para tahanan berhak atas akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia di negaranya tanpa diskriminasi berdasarkan status hukumnya'.¹⁶ Resolusi ini juga disahkan oleh Majelis Umum PBB.

Uni Eropa telah sepakat untuk menerapkan standar pada tahun 2006 yang disebut sebagai Aturan Penjara Eropa (*European Prison Rules*) yang mencantumkan prinsip kesetaraan serta menambahkan bahwa 'segala bentuk pelayanan medis, operasi dan psikiatri yang tersedia di negara tersebut, juga harus tersedia bagi para tahanan'.¹⁷

Pada bulan Desember 2010, Majelis Umum PBB mengesahkan Peraturan PBB untuk Pemulihan Tahanan Perempuan (*UN Rules for the Treatment of Women Prisoners*) yang dikenal dengan Bangkok Rules.¹⁸ Peraturan ini mengakui peraturan-peraturan sebelumnya, seperti Peraturan Standar Minimum, tidak cukup peka terhadap kebutuhan tertentu bagi narapidana perempuan. Penjara pada umumnya dirancang untuk memenuhi kebutuhan para tahanan pria, dan Bangkok Rules memberikan perlindungan tambahan bagi tahanan perempuan.

Petunjuk-petunjuk ini bukanlah ketentuan hukum- petunjuk-petunjuk itu adalah rekomendasi yang tidak mengikat dan tidak ada mekanisme penegakan hukumnya. Akan tetapi, petunjuk ini memiliki sifat memaksa karena pada faktanya telah ditandatangani oleh perwakilan negara-negara, anggota PBB dan lain-lain dan merupakan perwujudan prinsip moral yang telah disepakati dan dipatuhi negara-negara tersebut.

Petunjuk-petunjuk ini menerapkan prinsip bahwa tahanan juga memiliki hak yang sama atas pelayanan kesehatan selayaknya orang lain yang berada di luar penjara; kesepakatan ini berlaku bagi tahanan yang merupakan pengguna atau mantan pengguna Napza. WHO lagi-lagi menunjukkan kepemimpinan dalam hal mengarahkan agenda pembuatan peraturan mengenai pelayanan kesehatan para tahanan pengguna Napza. Dalam rangka pemberian panduan bagi para pembuat kebijakan mengenai ketentuan pemberian obat penghilang rasa sakit, WHO telah membahas isu mengenai pemberian perawatan bagi para pecandu di dalam tahanan. Telah ditegaskan bahwa 'penjara harus menjalankan program perawatan bagi para pecandu opioid'.¹⁹ Substansi panduan WHO ini diawasi oleh INCB.

Dalam laporannya tahun 2007, INCB juga melaporkan bahwa: 'Pemerintah bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan yang memadai bagi pelaku tindak pidana Napza (baik di dalam pusat pemulihan atau di dalam penjara).²⁰ Dengan demikian, standar pelaksanaan pemulihan ataupun pemenjaraan pengguna Napza telah terjamin di dalam perjanjian internasional yang telah ditandatangani oleh banyak negara.

Pengendalian risiko kesehatan di dalam penjara

Meskipun telah banyak penelitian yang mempelajari tentang kebijakan dan intervensi sehubungan dengan penggunaan Napza secara umum, namun hanya sedikit yang berfokus pada pemulihan pecandu dan pengurangan dampak buruk di dalam penjara. Di banyak negara, petugas di dalam penjara jumlahnya sangat terbatas, dan lebih sering mengutamakan keamanan dibandingkan dengan kebutuhan kesehatan para pecandu Napza.

Badan pemerintah yang bertugas mengurus lembaga pemenaraan biasanya mencoba menghalangi kekuatan pengedar Napza dan membatasi ketersediaan dengan melakukan pengamanan yang ketat atau dengan melakukan program tes Napza. Intervensi semacam ini ternyata tidak mampu mencapai tujuan yang diinginkan, yaitu penjara yang bebas Napza, bahkan terkadang memberikan konsekuensi negatif. Sebagai contoh, tes Napza di dalam penjara dapat memicu para pengguna beralih ke obat-obatan yang tidak terdeteksi tes, atau yang lebih sulit untuk dideteksi dan mungkin bahkan lebih berbahaya (contohnya para tahanan dapat beralih dari ganja ke heroin, mengingat ganja dapat dideteksi lebih lama di dalam tubuh). Beberapa penelitian membuktikan bahwa program tes Napza sangatlah tidak murah.²¹ UNODC bahkan telah mendeklarasikan bahwa program ini harus dihindari di dalam penjara.²²

Berbagai jenis pilihan terbuka bagi otoritas penjara, sebagaimana telah diperkenalkan oleh WHO, UNODC dan Joint Nation Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) sebagai tindakan yang paling baik untuk dilakukan.

- **Edukasi dan informasi-** kebanyakan tahanan tidak sadar akan risiko kesehatan yang mereka hadapi. Informasi sederhana mengenai risiko ini dan langkah-langkah yang dapat mereka ambil untuk melindungi diri mereka dan orang lain harus disebarluaskan di kalangan tahanan. Beberapa penjara telah menggunakan video atau selebaran dalam rangka edukasi dan penyampaian pesan untuk meningkatkan kesadaran. Jika digabungkan dengan perawatan kesehatan yang memadai serta pengurangan dampak buruk, maka kampanye edukasi dan informasi akan sangat efektif untuk menciptakan perilaku yang lebih aman.
- **Program vaksinasi-** vaksinasi efektif dilakukan untuk melindungi seseorang dari hepatitis A dan B, dan lamanya periode pemenjaraan merupakan kesempatan untuk mendorong seseorang untuk diberikan vaksinasi (sebagian orang mungkin tidak menggunakan pelayanan kesehatan yang bersifat preventif). Program ini terdiri dari dua injeksi dengan rentang waktu enam bulan. Beberapa penjara menerapkan program vaksinasi hepatitis A dan B untuk para tahanan pengguna Napza dan tingkat partisipasi tahanan dalam program itu cukup tinggi.
- **Akses untuk melakukan hubungan seks yang lebih aman-** beberapa petugas penjara memperbolehkan distribusi kondom di kalangan tahanan untuk memberikan akses terhadap perlindungan yang tersedia sama dengan orang yang berada di luar penjara. Ketakutan bahwa ketersediaan kondom akan mengakibatkan penggunaan kondom sebagai penyelundupan Napza tidaklah terbukti. Tindakan lain yang dapat dilakukan misalnya memberikan program informasi, edukasi dan komunikasi bagi tahanan dan petugas penjara mengenai penyakit menular seksual (PMS), yang terdiri dari konsultasi dan tes bagi tahanan atau melakukan tindakan untuk mencegah pemerkosaan, kekerasan dan paksaan seksual.
- **Program layanan jarum suntik steril-** program yang meliputi distribusi alat suntik steril bagi pengguna Napza jarum suntik ini merupakan cara yang efektif untuk mencegah infeksi HIV. Akan

tetapi, terdapat keengganan yang sangat besar untuk memperkenalkan program ini kepada para tahanan di penjara. Argumentasi penolakan program ini antara lain karena adanya ketakutan bahwa para tahanan akan menjadikan jarum sebagai senjata untuk melawan petugas atau tahanan lainnya; bahwa jarum bekas pakai akan menimbulkan risiko infeksi; dan bahwa ketersediaan jarum dan alat suntik steril akan meningkatkan kecenderungan penggunaan Napza di dalam penjara. Pada tahun 2009, sebanyak 10 negara telah memperkenalkan program jarum suntik steril di dalam penjara. Hasil yang ditimbulkan sangat positif dalam mengurangi penggunaan alat suntik secara bergantian dan ketakutan-ketakutan yang disebutkan di atas tidak terjadi di lapangan²³.

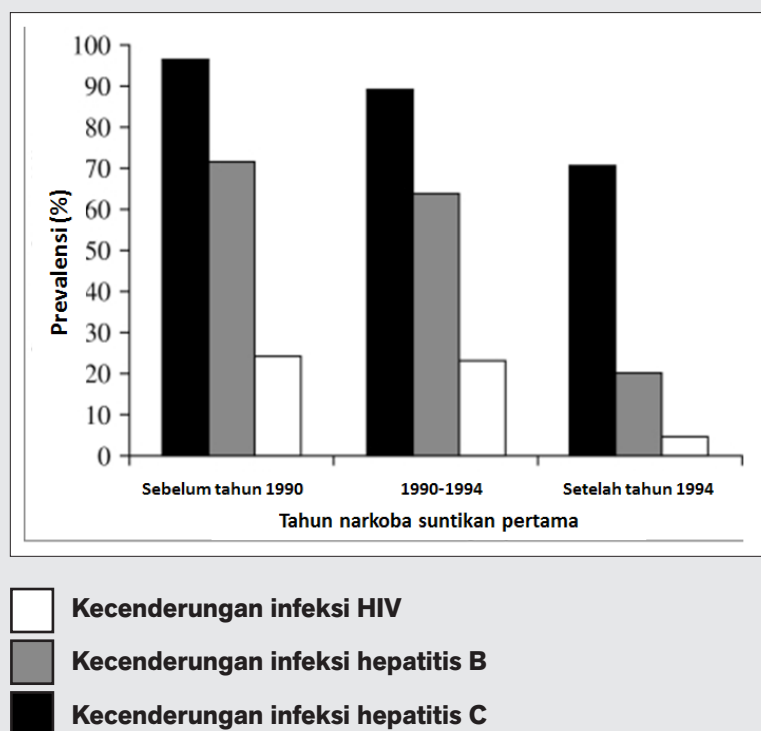
Kombinasi yang dapat mengatasi risiko kesehatan di dalam penjara antara lain:

- Edukasi dan informasi
- Program vaksinasi
- Akses untuk melakukan hubungan seks yang lebih aman
- Layanan Jarum Suntik Steril (LJSS)
- Pencegahan overdosis

Kotak 1. Program layanan jarum suntik steril di Jerman²⁴

Program LJSS ini dimulai pada tahun 1998 di dua penjara di Berlin, Jerman. Penelitian dilakukan di dua penjara untuk mengetahui kemungkinan dan keamanan program dan untuk menilai dampak dari pola penggunaan Napza serta risiko kesehatannya. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat penggunaan alat suntik secara bergantian turun dari 71% pengguna Napza jarum suntik, hingga dapat dikatakan tidak ada setelah diadakannya program ini. Penelitian juga menyimpulkan bahwa program ini telah memberikan dampak positif dalam mengurangi infeksi HIV dan hepatitis B (lihat Grafik 1). Infeksi hepatitis C juga berkurang, namun untuk hasil yang lebih efisien, menurut penelitian ini, program LJSS harus digabungkan dengan program lain.

Grafik 1. Kecenderungan infeksi HIV, hepatitis B dan hepatitis C di kalangan tahanan yang menggunakan Napza jarum suntik, berdasarkan tahun pertama kali menggunakan Napza



Rekomendasi Madrid (*Madrid Recommendation*) yang dibuat pada bulan Oktober 2009 di konferensi internasional ahli kesehatan tahanan dan dihadiri oleh Menteri Kesehatan Spanyol, perwakilan WHO dan UNODC, yang membahas 'bukti yang mencengangkan bahwa tindakan perlindungan kesehatan, termasuk tindakan pengurangan dampak buruk, sangatlah efektif di dalam penjara...'²⁵

- **Pencegahan overdosis Napza**- program pencegahan, identifikasi dan manajemen harus meliputi pemberian informasi dan peningkatan kesadaran, dan tindakan praktis seperti pelatihan resusitasi udara dan distribusi naloxone (obat yang menghambat efek opiate sementara). Terapi substitusi opioid (*Opioid substitution therapy*, OST) yang berkelanjutan mulai dari tahap penahanan, pemenjaraan hingga setelah dibebaskan juga efektif dalam mencegah overdosis

Menyediakan pelayanan pemulihan pecandu di dalam penjara

Mengingat banyaknya jumlah pecandu yang ditahan, penjara dapat menyediakan lokasi untuk memberikan perawatan pemulihan bagi para pecandu, untuk memutus mata rantai kecanduan dan tindak kriminal. Hal ini membutuhkan program pemulihan dan rehabilitasi yang berbasis ilmiah yang tersedia di dalam penjara.

Program pemulihan pecandu yang berbasis ilmiah harus tersedia di dalam penjara

Terdapat bukti-bukti yang menunjukkan bahwa berbagai tindakan intervensi pemulihan dapat dilaksanakan dengan efektif di dalam penjara. OST-khususnya methadone- sangat mungkin untuk dilakukan di dalam penjara bagi para pecandu opioid. Program OST di dalam penjara sangat efektif untuk mengurangi frekuensi penyuntikan Napza menggunakan alat suntik bergantian, sepanjang dosis dan perawatan yang sesuai terus diberikan dalam jangka waktu yang lama (lihat Kotak 2). Risiko penularan HIV dan

virus lainnya di kalangan tahanan pun cenderung menurun. OST telah memberikan manfaat bagi tahanan, sistem penjara dan masyarakat luas. Bukti menunjukkan bahwa pemenjaraan kembali sangat jarang di kalangan tahanan yang mendapatkan OST yang memadai.²⁶ Selain itu, OST telah memberikan dampak positif bagi perilaku institusi dengan cara mengurangi kebiasaan mencari Napza, yang dengan demikian meningkatkan keamanan penjara. Tantangan yang dialami oleh petugas penjara dalam menangani beberapa tahanan pecandu (seperti keamanan, tindakan kekerasan) telah melunak seiring berjalannya program OST ini.²⁷

Beberapa penelitian memperkenalkan bentuk lain pemulihan, seperti terapi psikososial yang telah efektif mengurangi jumlah pecandu di dalam penjara.²⁸ Program terapi terstruktur yang berbasis komunitas, 12 langkah atau model perilaku kognitif, telah menunjukkan penurunan proporsi pecandu yang berdampak pada menurunnya masalah kriminal dan kesehatan.

Dengan demikian, pemulihan yang efektif bagi pecandu di dalam penjara harus berhubungan dengan variasi pilihan bagi tahanan yang kecanduan Napza. Hal ini akan memaksimalkan kesempatan rehabilitasi dan mencegah ketergantungan dan melakukan tindakan kriminal kembali setelah dibebaskan²⁹. Prinsip dari pemulihan di dalam tahanan sama dengan perawatan pecandu di masyarakat.

- Mekanisme yang efisien harus dibuat untuk mengidentifikasi orang-orang yang membutuhkan pemulihan. Selama program pemulihan dilakukan dengan sukarela, manusiawi dan berkualitas, para tahanan akan berpartisipasi. Prosedur penyaringan pada saat penerimaan, dan ketentuan dalam penilaian spesialis, pelayanan saran dan rujukan, dapat mengidentifikasi dan memotivasi tahanan untuk menjalani program tersebut.
- Berbagai model pemulihan di penjara dianggap efektif dalam memperbaiki kesehatan dan tindak kriminal di banyak negara³⁰. Badan pemerintah yang bertugas untuk mengurus lembaga pemenjaraan harus menyediakan berbagai program detoksifikasi, OST dan psikososial di dalam penjara. Program ini harus dirancang sedemikian rupa sehingga tahanan dapat menjalani tahap demi tahap program dari waktu ke waktu selama dalam tahanan, sesuai dengan kebutuhan mereka ketika mereka memutuskan untuk menjalaninya.
- Proses perawatan pasca pemulihan dan perawatan keberlanjutan setelah dibebaskan membutuhkan perhatian yang serius. Beberapa penelitian menganjurkan untuk menjalankan proses perawatan pasca pemulihan untuk mengoptimalkan hasil dari perawatan bagi pecandu yang telah dilakukan di dalam penjara guna mencegah diulangnya tindak pidana Napza.³¹ Hal ini berarti bahwa suatu mekanisme spesifik sangat dibutuhkan untuk menghubungkan perawatan yang dilakukan di dalam penjara dan di lingkungan masyarakat.

Jika hal ini dirancang dan diatur dengan seksama, maka angka kepatuhan dan keberhasilan para pecandu di dalam tahanan dapat ditingkatkan dengan cara menghubungkan hasil dari perawatan dengan insentif bagi tahanan yang bersangkutan, dimana hal itu dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk pembebasan lebih awal.

Kotak 2. OST di dalam penjara di Indonesia

Epidemi virus HIV berkembang dengan pesat di Indonesia, yang kebanyakan disebabkan oleh penggunaan jarum suntik bergantian di kalangan pengguna Napza. Respon yang keras dari negara kepada para pengguna berujung pada besarnya angka pemenjaraan para pengguna Napza jarum suntik yang mengakibatkan penjara menjadi faktor yang signifikan dalam penyebaran epidemik.

Jaringan Pengguna Napza Indonesia dan UNAIDS pada tahun 2008 mendesak negara untuk memperlakukan para pengguna sebagai pasien, bukan pelaku kriminal.³² Pemerintah Indonesia telah memberikan respon positif atas kampanye ini.

Penjara Kerobokan di Bali, Indonesia, sudah mulai menyediakan OST dengan methadone pada bulan Agustus 2005. Penjara ini merupakan penjara pertama di Indonesia yang melakukan hal ini, dan sejak tahun 2009, program ini telah merawat 322 pasien.

Lembaga tersebut menggabungkan OST dengan beberapa tindakan pengurangan dampak buruk, antara lain pertukaran jarum suntik steril, pencucian alat suntik, dan pemberian kondom. Program yang dijalankan di Kerobokan ini telah memberikan hasil yang baik dibandingkan dengan, misalnya, program yang dilakukan di penjara Banceuy, Bandung di mana program pemulihan dampak buruk kurang terintegrasi dengan program penjara sehingga hanya 9 orang pasien yang terdaftar pada program OST antara tahun 2007-2009.³³

Tanggung jawab atas kesehatan tahanan

Terdapat kebutuhan yang mendesak untuk mengalihkan tanggung jawab kesehatan di penjara dari badan pemerintah yang mengurus permasalahan hukum ke badan pemerintah yang memang mengurus urusan kesehatan. Beberapa negara dan negara bagian di dunia antara lain Norwegia, Perancis, Inggris dan Wales di UK, dan New South Wales di Australia telah mengambil langkah ini, dan memberikan dampak positif³⁴.

Alasan mengenai perubahan ini didasarkan pada pertanyaan semacam apakah petugas perawatan yang ditugaskan di penjara sudah cukup independen, dapat dipercaya oleh para tahanan dan memiliki pengetahuan terkini mengenai perkembangan klinis dan profesional dalam masyarakat, khususnya terkait masalah logistik dan etika. Selain itu, penjara tidak diawasi dan dievaluasi secara efektif oleh sistem kesehatan masyarakat pada umumnya; hal ini malah dijalankan dan dikoreksi oleh kementerian hukum yang tidak memiliki banyak keahlian mengenai perawatan kesehatan. Semua ini cenderung akan memisahkan kesehatan penjara dari kesehatan masyarakat pada umumnya.³⁵

Tanggung jawab kesehatan penjara harus dialihkan dari kementerian yang menangani masalah hukum menjadi tanggung jawab kementerian yang bertanggung jawab atas masalah kesehatan

Kesehatan masyarakat yang efektif membutuhkan integrasi yang jarang ditemukan dalam mekanisme seperti ini, dan oleh karena itu, pemerintah harus mempertimbangkan manfaat potensial yang dapat ditimbulkan jika kesehatan di penjara juga menjadi perhatian kementerian kesehatan.

Rekomendasi

- 1) Dibutuhkan pemahaman mengenai tingkatan dan sifat dari penggunaan Napza dan tingkat ketergantungan di kalangan tahanan untuk dapat merancang kebijakan-kebijakan yang sesuai.
- 2) Perlunya beberapa jenis pemulihan dan tindakan pengurangan dampak buruk di dalam penjara- yang jika dirancang dengan seksama dan memadai, akan memberikan dampak positif dalam menurunkan dampak buruk terkait dengan kesehatan dan tindak kriminal yang berhubungan dengan pelaku tindak pidana Napza
- 3) Program LJSS perlu dilakukan untuk menghindari risiko yang ditimbulkan akibat penggunaan jarum suntik secara bergantian. Pengenalan program ini harus dipersiapkan dengan sangat hati-hati, antara lain dalam pemberian informasi dan pelatihan petugas penjara. Cara pemberian jarum dan alat suntik (contohnya dengan tangan atau mesin) harus ditentukan sesuai dengan lingkungan penjara dan kebutuhan penghuninya.
- 4) Program tambahan dalam hal pengurangan dampak buruk – seperti program informasi dan edukasi, penyaluran naloxone, dsb – untuk pencegahan penularan penyakit yang ditularkan melalui darah dan pencegahan overdosis harus diberikan.
- 5) Perawatan pemulihan yang berbasis ilmiah harus ditawarkan kepada seluruh tahanan yang merupakan pecandu, dengan menggabungkan pendekatan psikososial dan saling membantu. Program-program pemulihan ini harus dievaluasi dengan seksama.
- 6) Perlunya dibangun penghubung dan keberlanjutan program antara program di dalam dan di luar penjara, agar setiap orang dapat melanjutkan pemulihan ketika masuk ataupun keluar dari penjara.
- 7) Pemerintah harus mempertimbangkan untuk menjadikan urusan kesehatan di penjara sebagai perhatian kementerian kesehatan, bukan kementerian hukum.

Sumber Referensi

Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009) 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons', *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)

Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010), 'Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **1**: CD:008221, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856083>

Perry, A., Coulton, S., Glanville, J., Godfrey C., Lunn J., McDougall, C. & Neale Z. (2009), 'Interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **(3)**: CD:005193, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005193.html>

United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>

World Health Organization (2007), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Copenhagen: WHO Europe), <http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>

World Health Organization (2009), *Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings* (Geneva: WHO Western Pacific Regional Office), http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/clinical_guidelines_close_setting_wpro.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: WHO), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>

Endnotes

- 1 Jürgens, R., Ball, A. & Verster, A. (2009), 'Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prisons'. *The Lancet Infectious Diseases*, **9**(1): 57–66, [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(08\)70305-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70305-0/abstract)
- 2 Walmsley, R. (2011), *World prison population list (ninth edition)* (London: International Centre for Prison Studies), <http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>
- 3 Dolan, K., Khoei, E.M., Brentari, C. & Stevens, A. (2007), *Beckley Report 12 – Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services* (Oxford: The Beckley Foundation) http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf
- 4 Stover H. & Wellandt, C. (2007) 'Drug use and drug services in prisons' in *Health in prisons: A WHO guide to the essential of prison health* (Copenhagen: World Health Organization), <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health-in-prisons.-a-who-guide-to-the-essentials-in-prison-health>
- 5 Untuk informasi lebih lanjut, harap merujuk ke: United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 6 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: World Health Organization), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>
- 7 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers*
- 8 Sretrirutchai, S., Silapapojakul, K., Palittapongarnpim, P., Phongdara, A. & Vuddhakul, V. (2002), 'Tuberculosis in Thai prisons: magnitude, transmission and drug susceptibility'. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, **6**(3): 208–214, <http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2002/00000006/00000003/art00005>
- 9 MacIntyre, C.R., Carnie, J. & Randall, M. (1999), 'Risks of transmission of tuberculosis among inmates of an Australian prison'. *Epidemiology and Infection*, **123**(3): 445–450, <http://www.jstor.org/pss/4617493>
- 10 Moreira Lemos, A.C., Dias, Matos E. & Nunes Bittencourt, C. (2009), 'Prevalence of active and latent TB among inmates in a prison hospital in Bahia, Brazil'. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, **35**(1): 63–68, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219332>
- 11 World Health Organization (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Geneva: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html
- 12 World Health Organization (2007), *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons* (Geneva: WHO), http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/index.html

- 13 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011), 'Review: the health of prisoners', *The Lancet*, **377**(9769): 956–965
- 14 World Health Organization Regional Office for Europe website, *Prisons and health*, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>
- 15 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1955), *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*, <http://www2.ohchr.org/english/law/treatmentprisoners.htm>
- 16 General Assembly (14 December 1990), *Basic principles for the treatment of prisoners*, A/RES/45/111, <http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r111.htm>
- 17 European Prison Rules, para.40.4 and 40.5 <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
- 18 http://www.apr.ch/region/visits/Bangkok%20Rules_en.pdf
- 19 World Health Organization (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
- 20 International Narcotics Control Board (2007), *Annual Report for 2007* (Vienna : International Narcotics Control Board), <http://www.incb.org/incb/annual-report-2007.html>
- 21 Dean, J. (2005), 'The future of mandatory drug testing in Scottish prisons: a review of policy'. *International Journal of Prisoner Health*, **1**(2–4): 163–170, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17449200600553134>
- 22 United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2008), *HIV and AIDS in places of detention – a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings* (New York: United Nations), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>
- 23 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies* (Geneva: World Health Organization), <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>; Harm Reduction Coalition (January 2007), *Syringe exchange in prisons: the international experience*,
- 24 Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006), 'A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin'. *Germany Epidemiology and Infection*, **134**(4): 814–819, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870452/>
- 25 WHO (2010) *The Madrid Recommendation: health protection in prisons as an essential part of public health* Copenhagen: WHO <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/the-madrid-recommendation-health-protection-in-prisons-as-an-essential-part-of-public-health>
- 26 United Nations Office on Drugs and Crime, *Drug dependence treatment: interventions for drug users in prison* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf
- 27 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2007), *Evidence for Action Technical Papers – Interventions to address HIV in prisons: drug dependence treatments* (Geneva: WHO), http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf
- 28 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway* (Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction), <http://ar2003.emcdda.europa.eu/en/page061-en.html>; Moreno Jimenez, M.P. (2000), 'Psychosocial interventions with drug addicts in prison. Description and results of a programme'. *Psychology in Spain*, **4**(1): 64–74, <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2000/6.htm>
- 29 Dolan, K., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., & Wodak, A.D. (2005), 'Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection'. *Addiction*, **100**(6): 820–828, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918812>
- 30 Mayet, S. Farrell, M. & Mani, S.G. (2010) Opioid agonist maintenance for opioid dependent patients in prison *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **1**: CD008221, <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008221/frame.html>
- 31 Bullock, T. (2003), 'Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison'. In Ramsay, M. (ed.) *Prisoners' drug use and treatment: seven research studies*. Home Office Research Study 267 (London: Home Office).
- 32 The Associated Press (2008), UN urges Indonesia to stop imprisoning drug users, The Jakarta Post, 16 October 2008, <http://www.thejakartapost.com/news/2008/10/16/un-urges-indonesia-stop-imprisoning-drug-users.html>

- 33 Nelwan, E.J., Diana, A., van Crevel, R., Alam, N.N., Alisjahbana, B., Pohan, H.T., van der Ven, A. & Djaya, I. (2009), 'Indonesian prisons and HIV: Part of the problem or part of the solution?' *The Indonesian Journal of Internal Medicine*, **41**(1): 52–56, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920299>
- 34 Hayton P., Gatherer A. and Fraser A. (2010), *Prisoner or patient: does it matter which government ministry is responsible for the health of prisoners?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/patient-or-prisoner-does-it-matter-which-government-ministry-is-responsible-for-the-health-of-prisoners>
- 35 Weissner P. and Stuijke R. (2010), *Discussion Paper: Does it matter which government ministry is responsible for health in prison?* (Brussels: European AIDS Treatment Group), <http://www.eatg.org/eatg/Global-HIV-News/World-Policy/Discussion-paper-Does-it-matter-which-ministry-is-responsible-for-health-in-prison>



Bagian Tiga

Program Kesehatan dan Sosial

3.3 Pemulihan Ketergantungan Napza

Dalam bagian ini

- Metode pemulihan ketergantungan Napza
- Sistem yang hemat biaya
- Proses reintegrasi yang efektif

Ketergantungan Napza sudah tidak seharusnya lagi digolongkan sebagai bentuk kejahatan tetapi harus dipandang sebagai permasalahan kesehatan. Pemulihan ketergantungan Napza telah terbukti efektif dalam menanggulangi ketergantungan dan mengurangi dampak buruk Napza serta meminimalisir biaya sosial dan biaya yang terkait dengan kriminalitas

Mengapa pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah itu penting?

Pada tanggal 24 Juni 2009, Antonio Mario Costa, yang kemudian menjadi Direktur Eksekutif UNODC, meluncurkan laporan *World Drug Report 2009*, yang menyatakan bahwa pengguna Napza membutuhkan bantuan medis, bukan pengkriminalisasian.¹

Laporan terkini memperkirakan ada 210 juta orang yang mengalami ketergantungan Napza.² Faktor yang melatarbelakangi mereka dari berawal sebagai pengguna rekreasional atau sekedar mencobacoba sampai menjadi pecandu Napza sangat beragam. Berdasarkan definisi dari UNODC/WHO, ketergantungan Napza adalah hasil dari 'interaksi multi-faktor yang kompleks antara paparan atau kerentanan terhadap Napza yang berulang-ulang, serta faktor biologis dan lingkungan sekitar'.³ Dengan kata lain, isu sosial, budaya, dan psikologis, berkombinasi dengan faktor biologis (seperti komponen genetik), semuanya tergabung dalam ketergantungan Napza. Dalam International Classification of Disease (ICD) yang diterbitkan WHO, yang berfokus pada gejala-gejala penyakit, ketergantungan Napza diartikan sebagai hasrat yang kuat atau perasaan akan kebutuhan untuk menggunakan Napza kesulitan mengontrol penggunaan Napza, gejala fisiologis jika penggunaan Napza terputus, toleransi, pengabaian terhadap kenikmatan atau keminatan alternatif secara progresif, dan tetap menggunakan Napza terlepas dari dampak buruk yang telah terbukti terjadi.⁴

Hanya sebagian kecil dari pengguna Napza yang mengembangkan pola penggunaan Napza, yang oleh karena itulah pemulihan Napza dibutuhkan

Hanya segelintir pengguna Napza – diperkirakan oleh PBB sebanyak 15 – 39 juta di dunia⁵ – akan mengembangkan pola penggunaan, yang oleh karena itulah intervensi pemulihan Napza dibutuhkan. Sangat penting, terutama dalam kondisi penghematan ekonomi, bahwa intervensi ini harus ditujukan

langsung kepada mereka yang paling membutuhkan dan yang akan paling efektif. Oleh karena itu, sistem pemulihan Napza harus memprioritaskan sumber daya yang langka bagi pecandu Napza tersebut. Hal ini mewajibkan adanya pembuatan mekanisme untuk mengidentifikasi populasi yang ditargetkan secara akurat, dan untuk mengkomunikasikan kepada mereka ketersediaan dan tujuan dari pemulihan tersebut. Pelayanan hukum dan kesehatan memiliki peran dalam meningkatkan akses terhadap pilihan pemulihan Napza yang berbasis ilmiah bagi pecandu Napza.

Dampak dari penggunaan Napza terhadap seseorang bergantung pada interaksi kompleks antara pembawaan seseorang dalam menggunakan Napza, perilaku penggunaannya, serta lingkungan dimana mereka menggunakan Napza.⁶ Apabila dilakukan intervensi, maka harus dipikirkan setiap faktor tersebut dan bagaimana faktor-faktor tersebut saling berinteraksi. Di seluruh masyarakat, kecenderungan ketergantungan Napza terkonsentrasi di kelompok-kelompok yang termarginalkan, di mana tingkat trauma emosional, kemiskinan, dan pengucilan sosial paling tinggi.⁷ Sehubungan dengan banyaknya faktor yang membawa seseorang ke arah ketergantungan Napza, tidak ada satu jenis pendekatan pemulihan yang dapat memberikan dampak positif yang sama pada seluruh masyarakat. Oleh karena itu, pemerintah harus bekerja ke arah terwujudnya sistem pemulihan yang mencakup ragam model yang saling terpadu dan saling memperkuat satu dan lainnya. Dampak dari lingkungan fisik dan hukum berarti bahwa intervensi pemulihan Napza yang efektif idealnya akan menawarkan pelayanan psiko-sosial tetapi dengan tetap memperhatikan dampak dari lingkungan sosial dan budaya dimana

mereka menjalani pelayanan tersebut. Intervensi semacam ini, sebagai bagian dari sistem pemulihan yang efektif, dapat membuat seseorang menjalani kehidupan yang sehat dan membangun secara sosial.

Saat ini semakin banyak negara yang telah menerima bahwa menawarkan pemulihan bagi pecandu Napza merupakan strategi yang lebih efektif dibandingkan

Menawarkan pemulihan bagi pecandu Napza adalah strategi yang lebih efektif daripada memberikan hukuman pidana yang berat

dengan memberikan hukuman pidana yang berat (informasi lebih lanjut dalam melihat Bagian 2: Reformasi hukum Napza). Studi dalam berbagai ilmu sosial, ekonomi, dan budaya mengkonfirmasi bahwa berbagai macam tantangan sosial dan kesehatan terkait dengan Napza – termasuk perpecahan keluarga, ketidakmampuan ekonomi, HIV dan kejahatan ringan yang terjadi di jalanan – dapat diatasi dengan biaya yang cukup hemat melalui penyebaran peraturan mengenai pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah.⁸

Namun demikian, di banyak negara, sistem pemulihan ketergantungan Napza belum ada atau belum berkembang atau menggunakan model yang tidak sejalan dengan standar hak asasi manusia atau bukti umum mengenai efektivitasnya. Penelitian, pengalaman, dan instrument internasional hak asasi manusia mengindikasikan bahwa beberapa praktek pemulihan tidak seharusnya diimplementasikan. Beberapa pemerintah, misalnya, menggunakan sistem pemulihan yang menggunakan paksaan, baik dalam hal pemaksaan terhadap individu untuk melakukan pemulihan atau memaksa mereka mematuhi program tersebut. Pada sebagian besar dari rezim wajib pemulihan yang seperti ini juga terdapat praktek-praktek perlakuan buruk, penolakan pemulihan dan perawatan medis, atau kerja paksa (lihat kotak 1).⁹

Kotak 1. Pusat wajib rehabilitasi bagi pengguna Napza di Asia Tenggara

Di bagian-bagian tertentu di dunia, penggunaan pusat wajib rehabilitasi bagi pengguna Napza adalah praktek-praktek yang lazim dilakukan. Asia tenggara adalah bagian dunia yang sangat kental dengan praktek yang disebutkan di atas, dimana negara-negara termasuk China, Vietnam, Kamboja, Malaysia, Thailand, dan Republik Demokratik Laos memiliki fasilitas pusat wajib rehabilitasi bagi pengguna Napza.¹⁰ Pusat ini umumnya dijalankan oleh polisi atau militer dibandingkan dengan staf medis, dan narapidana diwajibkan mengikuti program tersebut tanpa menjalani proses peradilan sebelumnya, terkadang sampai jangka waktu beberapa tahun. Para pasien tersebut tidak mendapatkan pemulihan ketergantungan Napza yang seharusnya, yang berbasis ilmiah, dan juga diwajibkan melakukan kerja paksa, yang tidak dibayar atau dibayar di bawah upah minimum. Mereka juga mengalami serangkaian penghukuman dalam bentuk penghukuman fisik, psikis, dan pelecehan seksual, dan juga pengisolasian. Perawatan kesehatan umum juga sering kali tidak tersedia, dan penyakit seperti HIV dan Tuberkulosis juga menyebarluas diantara orang-orang yang ditahan itu.

Kondisi tersebut melanggar norma-norma ilmu pengetahuan, medis, serta hak asasi manusia. Pusat wajib rehabilitasi seperti itu juga membutuhkan biaya yang sangat besar serta tidak efisien – tingkat 'residivis' sangat tinggi (di Vietnam contohnya, bisa mencapai 80% - 97%). Pemerintah sering kali sebenarnya tahu mengenai fakta ini, tetapi beberapa justru merespon hal itu dengan memperpanjang periode serta tingkat keparahan 'pemulihan'.¹¹

Walaupun saat ini beberapa pemerintah di wilayah Asia Tenggara telah memperkenalkan undang-undang Napza yang baru yang telah mengubah status pengguna Napza dari 'kriminal' menjadi 'pasien', seperti Undang-Undang Anti Napza Tahun 2008 di China dan Undang-Undang Rehabilitasi Kecanduan Napza Tahun 2002 di Thailand, namun hal tersebut hanya sekedar retorika kemanusiaan saja karena hal itu tidak tercermin dalam realita di pusat wajib rehabilitasi, yang memberlakukan penghukuman yang kejam dan berbahaya di bawah kedok perawatan.¹²

WHO, UNODC, dan beberapa LSM internasional, termasuk Human Rights Watch dan Open Society Foundation, telah mengutuk keras penggunaan pusat perawatan yang bersifat wajib bagi pengguna Napza.¹³

Pendekatan pemulihan ketergantungan Napza harus menghormati hak asasi manusia dan prinsip-prinsip fundamental dari kebebasan individu dalam hal memilih masuk program pemulihan atau tidak, dan apakah mereka bersedia untuk mematuhi dan melanjutkan program tersebut atau tidak. Hal ini bukan hanya sekedar memenuhi kewajiban atas hak asasi manusia tetapi juga memastikan efektivitas program. Bukti dan fakta menunjukkan bahwa perubahan perilaku jangka panjang hanya dapat terjadi saat seseorang memutuskan untuk berubah karena keinginannya sendiri. Sistem pemulihan oleh karena itu perlu dibuat untuk dapat mendorong individu untuk menerima pemulihan dan mematuhi peraturan dan harapan dalam program itu (seperti kedatangan yang terjadwal dan regular di program pemulihan Napza), tetapi tidak melewati batas sehingga menjadi pemaksaan baik yang terselubung ataupun terbuka (lihat kotak 2). Ada perdebatan etika mengenai apakah pengguna perlu dipaksa menjalani pemulihan melalui sistem hukum pidana atau cara lainnya.¹⁴ Pengacara-pengacara yang mendukung skema

Pendekatan pemulihan ketergantungan Napza harus menghormati hak asasi manusia dan prinsip-prinsip fundamental dari kebebasan individu, dalam hal memilih untuk masuk program pemulihan

pemaksaan ini merujuk pada kesuksesan skema hukum pidana yang memungkinkan seorang terpidana direkomendasikan untuk menjalani bentuk penghukuman lain dengan tetap menekankan pada unsur paksaan (contohnya dimana pemulihan Napza dipertimbangkan sebagai alternatif dari hukuman penjara). Pendapat yang berlawanan merujuk pada hak seseorang untuk berhak memilih sendiri pemulihan yang ingin mereka jalani.¹⁵ Namun demikian pada kedua skema tersebut sistem pemulihan yang dijalani tetap tidak akan efektif jika pemulihan itu sendiri tidak menghormati prinsip-prinsip hak atas kebebasan dan motivasi pribadi

Kotak 2. Model “Pemulihan dan Perawatan” (Cure and Care) di Malaysia¹⁶

Selama satu dekade terakhir, Kebijakan utama Malaysia terkait dengan pengguna atau pecandu Napza berfokus pada penangkapan dan penempatan mereka di pusat wajib rehabilitasi untuk pengguna Napza. Pada Juli 2010, Badan Anti Napza Nasional Malaysia (National Anti-Drugs Agency, NADA) menginisiasi perubahan penting dalam pusat rehabilitasi Napza di seluruh penjuru Malaysia. Salah satu hal utama dalam kebijakan baru tersebut adalah pusat rehabilitasi hanya akan menerima pasien yang datang secara sukarela dan pasien yang dirujuk berdasarkan aplikasi yang diatur dalam Undang-Undang Ketergantungan Napza (*Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act*).

Model ‘Pemulihan dan Perawatan’ ini mengakui bahwa seharusnya ada banyak jenis pemulihan yang disesuaikan dengan kebutuhan dari seorang pecandu. Hal ini menunjukkan bahwa pusat pemulihan harus berusaha menyediakan beragam pelayanan pencegahan, konseling, pemulihan (termasuk OST), rehabilitasi, dan dukungan bagi pengguna Napza.

Pendirian dan perluasan pusat pemulihan dan perawatan mengindikasikan adanya perubahan pendekatan, nilai, dan strategi yang penting. Pertama, fakta bahwa perubahan ini berasal dari Kementerian Dalam Negeri dan NADA menunjukkan posisi pemerintah yang signifikan, dimana institusi penegakan hukum dan pengawasan Napza telah mulai melakukan perubahan dalam aktivitas-aktivitas mereka guna mengakomodasi kebutuhan pengguna Napza. Kedua, dampak programatik atas perubahan ini mengindikasikan bahwa pengintegrasian sistem kesehatan merupakan strategi yang efektif dan layak untuk meningkatkan intervensi yang komprehensif dan saling mendukung dalam mengatasi pencegahan serta perawatan, pemulihan dan dukungan (*care, support, and treatment, CST*) HIV. Penghargaan terhadap nilai penting kebebasan memilih jenis pemulihan bagi pengguna jarang sekali diaplikasikan dalam sistem pemulihan di Asia Tenggara. Layanan Pemulihan dan Perawatan dapat diakses tanpa seorang pasien harus mengikuti standar keberhasilan yang ditetapkan secara umum: misalnya pasien dapat menetapkan sendiri apa yang menjadi standar keberhasilan bagi mereka, dan kesuksesan serta kemajuan mereka diukur berdasarkan standar tersebut.

Walaupun terlalu dini untuk menilai tingkat keberhasilan dari pusat pemulihan dan perawatan ini dari segi capaian kesehatannya, perubahan kebijakan Napza yang diambil Malaysia dari pemulihan wajib ke pemulihan sukarela merupakan kemajuan yang sangat positif di Asia Tenggara

Elemen penting sistem pemulihan yang efektif

Di kebanyakan negara, pendistribusian pemulihan bagi ketergantungan Napza dimulai dengan pelaksanaan percobaan model tertentu yang merupakan perluasan dari model lainnya. Walaupun Konvensi Tunggal PBB, ataupun serangkaian konvensi terpisah, dapat mencapai keberhasilan bagi perorangan, pemerintah tetap perlu didorong untuk membuat sistem pemulihan lokal, regional, dan nasional yang terintegrasi untuk hasil yang lebih besar dan lebih nyata sambil tetap memaksimalkan efektivitas sumber daya.

Sistem pemulihan akan memiliki dampak yang terbatas jika orang-orang yang ditargetkan tidak dapat mengaksesnya. Oleh karena itu, tantangan pertamanya justru adalah melakukan identifikasi pecandu Napza dan mendorong mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan dan sosial. Selain itu, ada kemungkinan munculnya populasi tersembunyi dari orang-orang yang ditargetkan, dan oleh karena itu mereka harus disediakan 'jalan' agar juga dapat mengakses pelayanan tersebut. Ada beberapa cara yang potensial untuk menyediakan 'jalan' tersebut:

- **Rujukan bagi diri sendiri** oleh individu tersebut
- **Pengidentifikasian melalui pelayanan kesehatan dan sosial secara umum.** Pelayanan perawatan kesehatan dan sosial berada posisi vital yang dapat mengetahui gejala-gejala ketergantungan dan mendorong pengguna Napza untuk segera mendapatkan bantuan dari tenaga ahli. Contohnya, tenaga medis sering mendapat kepercayaan dari pasien mereka dan bisa memainkan peran penting untuk memberikan edukasi mengenai Napza dan penggunaan Napza kepada pasien mereka tersebut
- **Pengidentifikasian melalui tenaga ahli yang ada di pusat-pusat pemulihan atau layanan dari petugas outreach.** Layanan ini dapat berupa penyediaan makanan, tempat tinggal sementara atau shelter, pelayanan pengurangan dampak buruk, sekaligus mendorong dan memotivasi pengguna untuk mengakses pemulihan Napza – yang pada tahap tersebut akses langsung ke pengobatan yang lebih terstruktur dapat difasilitasi. Eksistensi pusat-pusat drop-in (*drop-in centres*) yang dilengkapi dengan pendekatan yang informal dan fleksibel sangat penting dalam menyediakan akses bagi pecandu yang memiliki pekerjaan yang cukup menyita waktu. Mereka ini umumnya merasa tidak nyaman dengan institusi pemulihan yang formal dan membutuhkan komitmen waktu seperti pertemuan-pertemuan yang terjadwal dan sebagainya.
- **Pengidentifikasian melalui sistem hukum pidana.** Perilaku penggunaan Napza serta kebutuhan untuk membeli Napza secara ilegal, membuat mereka sering kali harus menghadapi resiko berhadapan dengan hukum. Terdapat beberapa negara dengan model pendekatan sistem hukum pidana yang dikategorikan berhasil dalam pengidentifikasian dan memotivasi pecandu untuk menjalani pemulihan: contohnya pengadilan Napza di Amerika Serikat,¹⁷ skema rujukan atas penangkapan pecandu di United Kingdom (UK) (lihat bab 2.2: Penegakan hukum Napza yang efektif), dan sistem kerja sosial di Portugal (lihat bab 2.1: Reformasi hukum Napza).¹⁸

Masing-masing sistem memiliki prioritas cara pengidentifikasian yang berbeda-beda. Namun, harus ada sistem yang efisien yang dapat memastikan segala mekanisme ini mampu melakukan penilaian individu yang mendalam dan menawarkan pemulihan yang paling tepat bagi individu tersebut sesuai dengan hasil penilaian. Hal ini memerlukan penyebaran geografis yang merata, termasuk di daerah-daerah terpencil, dan layanan tersebut juga tetap harus memperhatikan konteks lokal yang relevan serta tetap menjaga sensitivitas terhadap isu gender, budaya setempat, dan lainnya.¹⁹

Sistem yang berbeda-beda dapat digunakan untuk mengidentifikasi pecandu Napza dan menawarkan pemulihan berbasis ilmiah yang tepat bagi mereka.

Perlu juga ada mekanisme di dalam sistem pemulihan tersebut yang mengurus kemajuan masing-masing pasien selama pemulihan (yang sering dijabarkan dengan rencana perawatan). Capaian jangka panjangnya harus jelas dan proses pengawasannya, yang dilakukan sejalan dengan rencana perawatan, harus menggunakan capaian tersebut sebagai dasar penilaian. Penting untuk dipahami bahwa ketergantungan adalah kondisi yang kompleks yang mungkin membutuhkan lebih dari

satu jenis pemulihan untuk mengatasinya. Hal ini terutama bagi kasus seperti pasien kabur dari sebuah program pemulihan dan kembali menggunakan Napza yang dulu digunakannya, serta menuju pada kebutuhan pendekatan yang terintegrasi ke arah dukungan sosial dalam satu paket yang komprehensif yang terdiri dari perumahan, pendidikan, dan pekerjaan.

Metode pemulihan ketergantungan Napza

Kompleksitas dalam penggunaan Napza sedemikian rumitnya sampai respon, bentuk, dan intensitas pemulihan perlu disesuaikan dengan masing-masing pecandu. Oleh karena itu, penting bahwa jenis-jenis pelayanan yang ada memungkinkan untuk disesuaikan dengan karakteristik, kebutuhan, serta kondisi seorang pasien. Ditambah lagi, jenis Napza yang

tersedia semakin banyak, dan satu model pemulihan yang efektif bagi satu jenis Napza (misalnya opium) belum tentu akan efektif juga bagi pemulihan ketergantungan Napza jenis lainnya (seperti heroin, sabu-sabu, dan lainnya). Beberapa negara telah menyediakan sistem pemulihan yang ekstensif sejak beberapa dekade yang lalu, saat negara lain baru memulai membangun pemahaman dan pengalaman di isu ini. Namun, tentunya semua negara memiliki

Menu layanan harus tersedia guna menyesuaikan dengan karakteristik, kebutuhan, dan kondisi yang berbeda pada setiap orang yang ingin mengakses pemulihan

cara untuk mencapai pelayanan pemulihan yang cukup terintegrasi bagi pecandu Napza yang membuat penggunaan sumber daya dilakukan dengan efisien untuk memaksimalkan peningkatan kesehatan dan sosial.

Metode pemulihan

Selama lebih dari 60 tahun terakhir, berbagai macam model dan struktur pemulihan pecandu Napza telah diimplementasikan, diujicobakan, dan dievaluasi. Hal ini dapat dikategorikan secara umum berdasarkan metode, pengaturan, dan intensitas. Walaupun sejumlah publikasi nasional dan internasional telah membuat panduan untuk pemulihan ketergantungan Napza, hal ini belum cukup dan tidak dapat diaplikasikan di setiap kondisi sosial dan kebudayaan negara-negara tertentu dimana pemulihan ini mungkin dibutuhkan. Pembuatan sistem pemulihan ketergantungan Napza harus mengombinasikan riset mengenai bukti-bukti dalam dunia internasional bersama dengan riset mengenai pengetahuan tentang hal apa yang akan dapat bekerja dengan efektif berdasarkan sejarah pemulihan, situasi hukum dan sosial, budaya, sumber daya, dan tenaga kerja dari masing-masing negara.

Pengalaman dan bukti-bukti yang ada sekarang menunjukkan bahwa LSM-LSM dan kelompok sosial masyarakat adalah aktor yang penting dalam pemberian pelayanan pemulihan bagi pecandu Napza. Apa yang mereka kerjakan perlu secara nyata didukung dan difasilitasi oleh pemerintah.

Respon pemulihan bisa didasarkan pada detoksifikasi, pemulihan dengan menggunakan zat substitusi, terapi psiko-sosial, dan/atau kelompok dukungan sebaya.

Detoksifikasi

Detoksifikasi diartikan oleh WHO sebagai berikut: '(1) proses dimana individu diputuskan dari efek zat psikoaktif.; (2) sebagai prosedur klinis, proses pemutusan tersebut dilakukan dengan cara yang aman dan efektif, sehingga gejala putus zat bisa diminimalisir. Fasilitas dimana proses ini dilakukan dapat disebut sebagai pusat detoksifikasi, pusat detoks, atau pos penyadaran'.²⁰ Banyak pecandu Napza mengatasi putus zat tanpa bantuan dari layanan detoksifikasi. Sebagian pecandu lainnya mungkin dibantu oleh keluarga atau teman, atau penyedia layanan lain.

Terapi substitusi zat opium (OST)

Terapi substitusi zat opium, atau yang biasa dikenal dengan istilah OST, digunakan untuk mengobati ketergantungan zat opium. Ada bukti signifikan secara global yang mendukungnya sebagai jenis pemulihan ketergantungan Napza yang paling sering dipelajari atau diteliti. Terapi substitusi dapat diartikan sebagai: 'pemberian resep atas zat substitusi yang tetap menimbulkan dampak yang sama. Jenis Napza yang lebih tidak berbahaya digunakan oleh pasien untuk meminimalisir efek putus zat atau memindahkan atau menggeser pasien dari cara administrasi tertentu. Bukti-bukti yang ada menyarankan bahwa hasil yang paling maksimal dari proses ini bisa didapat jika pemulihan ini diberikan bersamaan dengan intervensi psiko-sosial'.²¹ Zat yang paling sering digunakan diantaranya adalah methadone, buprenorphine dan naltrexone. Beberapa negara sekarang telah menggunakan pemulihan heroin terpadu atau *heroin assisted treatment* (HAT) untuk mengobati ketergantungan zat heroin.

OST dapat mengurangi risiko terinfeksi HIV dan penyakit lain yang ditularkan melalui darah, dengan cara mengurangi aktivitas penyuntikkan jarum suntik, dan dengan demikian juga berarti mengurangi kegiatan berbagi alat suntik; pecandu Napza yang menggunakan Napza dari 'pasar gelap' diganti menjadi menggunakan Napza yang diketahui kemurnian dan kadarnya, sehingga dapat mengurangi motivasi dan kebutuhan pengguna Napza untuk melakukan tindak pidana guna mendukung aktivitas penggunaan mereka, mengurangi risiko overdosis dan komplikasi medis lainnya, menjaga kontak atau hubungan dengan pengguna Napza dan membantu mereka menstabilkan hidup mereka dan berintegrasi kembali dengan masyarakat luas.²²

Kotak 3. Pemulihan Heroin Terpadu (*Heroin Assisted Treatment, HAT*) – studi kasus: United Kingdom

Sebanyak kurang lebih 5% dari pengguna zat opium di pemulihan terapi substitusi tidak dapat merespon methadone dengan baik. Seringnya, mereka adalah bagian dari pengguna Napza yang paling termarginalisasi dan menderita permasalahan kesehatan dan psiko-sosial yang berat, dan mungkin memakan biaya yang besar dalam hal keterlibatan dengan sistem hukum pidana dan kesejahteraan.

Di United Kingdom, pernah ada praktik pemberian resep heroin untuk disuntikkan kepada seorang pecandu opium. Namun, pada tahun 1960-an dan 1970-an, praktek ini menjadi kebijakan yang sangat kontroversial, sebagian besar karena pecandu yang mendapatkan resep itu mengambil dosis take-away (dosis untuk dibawa, atau dosis untuk digunakan ditempat lain selain di apotik tersebut) tanpa ada pengawasan yang memadai. Hal ini mungkin dapat terjadi karena pemberian resep itu memiliki kaitan dengan pasar gelap. Pemberian resep heroin seperti itu terhenti. Namun, kemudian ada kebutuhan terapi yang tidak terpenuhi diantara pecandu Napza dengan kerentanan yang tinggi.

Akhir-akhir ini, rezim pemulihan terhadap ketergantungan heroin yang baru dan secara politik lebih dapat diterima mulai dibangun di Eropa, khususnya Swiss.²³ United Kingdom memulai percobaan ilmiah terhadap metode tersebut, dimana sebagian besar klien menerima dosis penyuntikkan heroin di klinik-klinik tertentu, dibawah kondisi yang terkontrol, dengan pengawasan yang ketat dan dukungan dari staf medis setempat.²⁴

Kebanyakan klien tersebut menganggap pemulihan itu sebagai pengalaman yang mengubah kehidupan mereka, dan terdapat peningkatan kondisi kesehatan dan sosial mereka, yang diikuti dengan pengurangan yang tinggi pada penggunaan Napza dan aktivitas kriminal. Percobaan tersebut melibatkan pengguna layanan dukungan sebaya dan kapasitas asisten peneliti. HAT membuat komunitas atau populasi yang sulit dijangkau dan sulit diobati menjadi mampu mengakses layanan pemulihan dan dukungan kesehatan, serta sesuai dengan tujuan kebijakan dan persyaratan dari keamanan klinis.

Intervensi psiko-sosial

Intervensi psiko-sosial merujuk pada segala campur tangan non-farmasi yang dilakukan dalam konteks terapi bagi individu, keluarga atau kelompok. Beragam jenis intervensi psiko-sosial dapat digunakan, termasuk terapi perilaku kognitif, wawancara yang memotivasi, terapi kelompok, dan terapi naratif. Bantuan atau asistensi dan dukungan dapat ditawarkan untuk mengatasi atau meliputi beragam isu seperti pencegahan relaps (kondisi menggunakan Napza kembali setelah abstinen), kemampuan mengatasi persoalan, manajemen emosi, penyelesaian masalah, pelatihan kemampuan, dan pendekatan kelompok dukungan sebaya (bantuan mandiri; lihat keterangan dibawah) – yang kesemuanya meliputi permasalahan seputar kehidupan yang berbeda-beda, seperti perumahan, manajemen financial, keterampilan untuk bekerja, dan sebagainya.²⁵

Intervensi psiko-sosial dicontohkan oleh pendekatan terapi komunitas. Umumnya, terapi komunitas merupakan penempatan pecandu di tempat khusus yang bebas dari Napza yang menggunakan model hierarki dengan tahapan pemulihan yang merefleksikan peningkatan individu serta tanggung jawab sosialnya. Terapi komunitas berbeda dengan pendekatan pemulihan lainnya karena mereka menggunakan anggota komunitas tersebut sebagai stafnya dan klien sebagai agen perubahan kunci. Para anggota ini berinteraksi secara terstruktur ataupun tidak terstruktur untuk mempengaruhi perilaku, persepsi dan sikap yang terkait dengan penggunaan Napza. Namun, pendekatan terapi komunitas ini dikritisi karena tingginya tingkat relaps.

Kelompok dukungan sebaya

Sebagai pelengkap bagi pemulihan formal ataupun pilihan tanpa pemulihan, kelompok dukungan sebaya mungkin merupakan respon terhadap ketergantungan Napza yang paling banyak digunakan atau dilakukan. Partisipasi dalam kelompok ini, khususnya dalam mendukung orang lain, dapat memiliki hasil yang sukses.²⁶ Sebagian besar riset memfokuskan pada model '12 langkah' (*12-step*), seperti yang digunakan dalam *Narcotics Anonymous* dan *Alcoholics Anonymous* (keduanya adalah jenis terapi yang sering digunakan bagi pecandu Napza dan pecandu alkohol, dimana pesertanya tidak perlu menyebutkan identitas mereka). Tetapi, model lainnya perlu didorong yang sesuai dengan beragam jenis orang. Tujuannya adalah untuk memberikan dukungan satu sama lain yang menawarkan manfaat dari terapi bagi mereka yang memberikan dan mereka yang menerima dukungan.

Sistem Pemulihan

Selain menawarkan beragam intervensi atau campur tangan yang berbasis ilmiah, sistem pemulihan yang efektif juga akan memberikan intervensi pada berbagai kondisi. Intervensi ini dapat dikategorikan sebagai intervensi jalanan (melibatkan aktivitas seperti penjangkauan dan pusat akses layanan atau drop in center), intervensi komunitas²⁷ (seperti kedatangan berkala di klinik atau puskesmas dimana klien mendapatkan pemulihan yang telah diresepkan, konseling, dan sebagainya) atau intervensi pada tempat rehabilitasi.²⁸ Sulit untuk menentukan mana diantara intervensi tersebut yang perlu lebih ditekankan, karena intervensi yang dibutuhkan akan berbeda, tergantung pada kebutuhan khusus dari kelompok pengguna Napza setempat; toleransi komunitas dan peraturan hukum mengenai pusat pemulihan yang 'terlihat'; dan ketersediaan tenaga kerja yang kompeten dan pendanaan.

Intervensi komunitas cenderung paling tepat jika ada dukungan sosial, keluarga, dan komunitas yang kuat bagi pecandu Napza. Namun, akan lebih baik bagi klien untuk dirawat di tempat yang jauh dari lingkungan rumah mereka jika dukungan tersebut tidak ada, dan mereka mungkin menjadi rentan terhadap dorongan dari pengedar dan pengguna lainnya untuk kembali menggunakan Napza. Keputusan atas jenis intervensi itu harus dibuat dengan berbasis individu, oleh klien dan terapisnya. Lebih jauh lagi, rangkaian perawatan harus terintegrasi secara menyeluruh; dalam prakteknya, klien mungkin saja berganti-ganti diantara tiga intervensi itu dalam riwayat pemulihan mereka, dan membutuhkan bantuan untuk dapat ber-reintegrasi dengan masyarakat. Hal ini membutuhkan intervensi yang dikembangkan untuk membantu pecandu Napza mengakses jenis perawatan lainnya yang mungkin tidak mengatasi masalah penggunaan mereka secara langsung, seperti layanan perumahan, pendidikan, dan pekerjaan.

Intensitas pemulihan

Intensitas pemulihan ketergantungan Napza merujuk pada jumlah, sifat, dan jenis intervensi yang diberikan dalam periode waktu tertentu. Intensitas bergantung pada kebutuhan terapi dari seseorang dibandingkan dengan jumlah tertentu yang berdasarkan sumber daya, moral, filosofi, atau dasar lainnya secara umum, penelitian mengindikasikan bahwa semakin kuatnya dan parahnya tingkat ketergantungan seseorang, semakin intensif dan berjangka panjang intervensi pemulihannya. Hal ini memunculkan dilema bagi pemerintah, sebagaimana, dalam hal keterbatasan sumber daya, mereka masih berharap untuk bisa merawat sebanyak mungkin orang dengan biaya yang serendah-rendahnya. Hal ini seringkali dapat membawa pada intervensi berintensitas rendah yang ditawarkan kepada pecandu dengan tingkat ketergantungan yang tinggi. Banyak negara kini kecewa dengan tingginya angka relaps dari program pemulihan mereka. Namun, hal ini besar kemungkinan merupakan dampak dari intensitas atau metode intervensi yang tidak tepat dibandingkan dengan faktor lain yang berkaitan dengan individunya itu sendiri. Perlu juga diingat bahwa pemulihan ketergantungan Napza, sebaik apapun dibuat dan diberikan, tidak bisa menjadi satu-satunya jawaban atas permasalahan ini. Jika pengangguran struktural masih terus ada bersamaan dengan kemiskinan, ketidaksetaraan, dan pengucilan sosial (misalnya), tingginya tingkat ketergantungan Napza dari sebuah komunitas dapat dipahami sebagai indikator adanya isu yang mendasar yang hanya dapat diatasi dengan intervensi politik, sosial, dan ekonomi yang serius.

Sistem yang hemat biaya

Jelas terlihat adanya kebutuhan pembiayaan publik untuk memperbesar alokasi biaya pemulihan ketergantungan Napza, karena alokasi pembiayaan ini akan berdampak baik untuk penghematan biaya kesehatan, sosial, dan yang terkait dengan kejahatan.²⁹ Studi yang dilakukan oleh Kementrian Dalam Negeri United Kingdom pada tahun 2010 mengestimasi bahwa untuk setiap £1 yang digunakan untuk ketergantungan Napza, masyarakat mendapatkan keuntungan sebesar £2,5.³⁰ Di Amerika Serikat, manfaat atau keuntungan yang dihasilkan dari adanya pemulihan terapi methadone diestimasikan sekitar 4 kali lebih besar dari biaya pemulihan yang harus dikeluarkan pemerintah.³¹ Serupa dengan hal

di atas, menurut Institusi Nasional untuk Penyalahgunaan Napza Amerika Serikat (*US National Institute on Drug Abuse*), 'penelitian telah membuktikan bahwa pemulihan terapi methadone bermanfaat bagi masyarakat luas, hemat biaya, dan setimpal dalam terminologi ekonomi dasar'.³²

Investasi pada pemulihan yang berbasis ilmiah dapat membawa pada penghematan biaya kesehatan, sosial, dan biaya yang terkait dengan kejahatan.

Dikarenakan pemerintah hanya memiliki sumber daya yang terbatas untuk diinvestasikan pada area perawatan kesehatan dan sosial, maka sumber daya harus secara hati-hati diprioritaskan bagi mereka yang mengalami gejala ketergantungan Napza dan berharap untuk bisa menjalani pemulihan. Manajemen program pemulihan yang

efisien harus membuat klien dapat mengakses pemulihan dengan gampang, berganti ke aspek sistem pemulihan yang berbeda sejalan dengan perubahan kondisi mereka, dan ber-reintegrasi ke masyarakat. Inilah alasan mengapa sistem pemulihan yang dianjurkan dalam panduan ini memiliki menu pelayanan dari model, pengaturan, dan intensitas yang berbeda. Banyak negara yang juga telah berinvestasi dalam sistem manajemen kasus yang spesifik, dimana kesehatan, perawatan sosial, atau pemberi jasa hukum menilai kebutuhan pemulihan bagi individu, mendorong, dan memotivasi mereka untuk berubah, dan menempatkan mereka di fasilitas pemulihan yang paling tepat. Jika sistem manajemen kasus ini dibuat dengan baik, maka sistem ini berpotensi meningkatkan efektivitas dan efisiensi pemulihan dengan memastikan bahwa orang yang tepat mendapatkan perawatan yang tepat pada waktu yang tepat.³³

Proses Reintegrasi yang Efektif

Banyak pecandu Napza yang rentan secara ekonomi dan terkucilkan dari masyarakat, sebagian besar karena tingginya stigma dan diskriminasi sebagai hasil dari kriminalisasi penggunaan Napza. Tujuan yang penting dari pemulihan ketergantungan Napza adalah untuk meningkatkan kemampuan tiap individu untuk berperan dalam masyarakat. Hal ini berarti meningkatkan tingkat pendidikan, memfasilitasi akses atas pekerjaan, dan menawarkan bentuk dukungan sosial lainnya. Elemen kunci dari proses ini adalah menguatkan ikatan sosial dan komunitas. Dukungan keluarga dan komunitas adalah hal yang penting, dan di banyak negara kelompok dukungan untuk mantan pengguna memerankan posisi yang penting dalam menjaga komitmen mereka untuk bebas Napza. Hubungan yang tepat antara mantan pengguna dengan pengguna pada pemulihan ketergantungan Napza akan dapat melakukan banyak hal bagi kedua belah pihak untuk memperkaya perasaan pemberdayaan diri sendiri dan untuk meningkatkan kualitas dan tanggung jawab layanan pemulihan.

Jika memungkinkan, tujuan dari pemulihan ketergantungan Napza harusnya adalah untuk membantu seorang pecandu Napza untuk meraih tingkat kesehatan yang tinggi dan penghidupan yang layak dan memfasilitasi partisipasi mereka di masyarakat. Dalam konteks ini, penting untuk dipahami bahwa beberapa orang bisa saja merasa tidak mungkin atau tidak mau mencapai kondisi abstinen (kondisi yang lepas atau bebas dari ketergantungan Napza). Namun, hal ini bukan berarti menghalangi tujuan utama dari pemulihan ini, yaitu untuk membantu klien untuk hidup dengan bahagia dan secara produktif. Banyak orang, faktanya, bisa dengan sukses mencapai tujuan tersebut saat mereka sedang berada pada program terapi substitusi. Oleh karena itu, proses pembelajaran terkait dengan pemulihan ketergantungan Napza harus diperluas sehingga orang yang sedang menjalani pemulihan dapat menjangkau rekan anggota komunitasnya, yang mungkin memiliki prasangka mengenai OST.

Rekomendasi

- 1) Tujuan utama dari sistem pemulihan ketergantungan Napza adalah untuk membuat setiap orang hidup dengan kualitas yang baik.
- 2) Seluruh unsur pemerintah harus melakukan investasi jangka panjang dalam pemulihan ketergantungan Napza, guna merespon ketergantungan Napza dan menurunkan biaya-biaya yang berkaitan dengan kesehatan dan permasalahan sosial
- 3) Investasi dalam pemulihan ketergantungan Napza ini harus ditujukan pada pendekatan yang sistemik dibandingkan hanya serangkaian intervensi yang terisolasi: intervensi ini harus mengidentifikasi orang-orang yang paling membutuhkan pemulihan; menawarkan menu pelayanan pemulihan ketergantungan Napza yang berbasis ilmiah; dan membangun mekanisme yang halus untuk memudahkan klien berpindah jenis pelayanan pemulihan sesuai dengan perubahan kondisi yang mereka alami.
- 4) Pendekatan pemulihan ketergantungan Napza yang melanggar standard hak asasi manusia tidak boleh diimplementasikan. Bukan hanya hal ini tidak etis, tetapi juga jenis pemulihan yang seperti itu besar kemungkinannya akan gagal dalam mencapai tujuan utama dari sebuah proses pemulihan dan tentunya tidak hemat biaya.
- 5) Pengkajian ulang dan evaluasi terhadap sistem pemulihan ketergantungan Napza yang secara berkala terus dilakukan sangat penting untuk memastikan sistem ini bekerja dengan efektif dan sesuai dengan bukti global. Pelayanan pemulihan bisa dibuat lebih efektif dan responsif jika pelayanan tersebut menyertakan keterlibatan klien dalam pembuatan dan pemberian layanan.

Sumber Referensi

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health and US Department of Health and Human Services (2009), *Principles of drug addiction treatment, a research-based guide*, 2nd ed. (Bethesda: National Institutes of Health), https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_0.pdf

National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A Long-Term Study of the Outcomes of Drug Users Leaving Treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf

World Health Organization (2011), *Therapeutic interventions for users of Amphetamine Type Stimulants (ATS)*. WHO Briefs on ATS number 4 (Manila: World Health Organization), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/WHO-technical-brief-ATS-4.pdf>

World Health Organization (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf

World Health Organization (2001), *Management of substance dependence review series – systematic review of treatment for amphetamine-related disorders* (Geneva: World Health Organization), http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.5.pdf

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (2004), *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

Endnotes

- 1 United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *World drug report* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 2 United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Joint UNODC-WHO programme on drug dependence treatment and care* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/10-50007_E_ebook.pdf
- 3 UNODC/WHO (2008) *Principles of Drug Dependence Treatment* <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, p.1
- 4 World Health Organization (2007), *International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision* (Geneva: World Health Organization), <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
- 5 United Nations Office on Drugs and Crime (2011), *World drug report* (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>
- 6 This model is known as Zinberg's Model of Dependence
- 7 Botvin, G., Schinke, J. & Steven, P. (1997), *The etiology and prevention of drug abuse among minority youth*, (New York: Haworth Press); Beauvais, F. & LaBoueff, S. (1985), 'Drug and alcohol abuse intervention in American Indian communities'. *Substance Use & Misuse*, **20**(1): 139–171, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826088509074831>; Davis, R.B. (1994), 'Drug and alcohol use in the former Soviet Union: selected factors and future considerations'. *Substance Use & Misuse*, **29**(3): 303–323, <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089409047383>
- 8 Reuter, P. & Pollack, H. (2006) 'How much can treatment reduce national drug problems?' *Addiction*, **101**(3): 341–347, <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/add/2006/00000101/00000003/art00007>; Irawati, I., Mesquita, F., Winarso I., Asih, H. & Asih, P. (2006), 'Indonesia sets up prison methadone maintenance treatment'. *Addiction*, **101**(10): 1525–1526, <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200609/msg00050.php>; MacCoun, R.J. & Reuter, P. (2001), *Drug war heresies* (New York: Cambridge University Press); National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), *The Story of Drug Treatment* (London: National treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'The economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15139868>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) *A long term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 9 World Health Organization Western Pacific Region (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manila: World Health Organization), http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALfor-Web_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf; Pearshouse R. (2009), *Compulsory drug treatment in Thailand: observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)* (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; 'Harm Reduction 2009: IHRA's 20th International Conference' in Bangkok (21 April 2009): Session on 'Compulsory drug dependence treatment centres: costs, rights and evidence (supported by the UNODC and the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)', <http://www.ihra.net/contents/128>
- 10 International Harm Reduction Development Programme (2011) *Treated With Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation* (New York: Open Society Foundations), http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treated-with-cruelty-20110624/treatedwithcruelty.pdf
- 11 Human Rights Watch (2011) *The rehab Archipelago: forced labour and other abuses in drug detention centres in Southern Vietnam* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf>
- 12 Human Rights Watch (2010) *Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labour as drug rehabilitation in China* (New York: Human Rights Watch), <http://www.hrw.org/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>

- 13 World Health Organization Western Pacific Region (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Manila: World Health Organization), http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html ; UNODC (2010) *From Coercion to Cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment* (New York: United Nations), http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
- 14 Stevens, A. (2011) *The ethics and effectiveness of coerced treatment of drug users* Paper presented at the EU-China Human Rights Dialogue, 6-7 September 2011, http://kent.academia.edu/AlexStevens/Papers/909418/The_ethics_and_effectiveness_of_coerced_treatment_of_drug_users
- 15 Hak asasi manusia atas *informed consent* terhadap prosedur medis dan persyaratan etis dalam hal mengamankan hak atas *informed consent* tersebut sudah terbangun. Hak untuk bebas dari intervensi medis tanpa adanya *informed consent* berasal dari hak atas keamanan pribadi – yaitu, untuk memiliki control terhadap apa yang akan terjadi pada badan orang tersebut. Lihat Pasal 9 Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik dan interpretasi 'keamanan tubuh' sebagai prinsip dasar dari *informed consent* di Canadian HIV/AIDS Legal Network HIV Testing, *Info Sheet 5 – Consent*, www.aidslaw.ca/testing. Hak tersebut juga berakar dari hak atas informasi yang penuh terhadap kesehatan dan prosedurnya, sebagaimana dicantumkan dalam General Comment No.14 para. 34.
- 16 Tanguay, P. (2011), *IDPC Briefing Paper – Policy responses to drug issues in Malaysia* (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-Policy-responses-to-drug-issues-in-Malaysia.pdf>
- 17 Drug Court Clearinghouse and Technical Assistance Project, Drug Courts Program Office, Office of Justice Programs & US Department of Justice (1998), *Looking at a decade of drug courts* (Washington DC: US Department of Justice), <http://www.ncjrs.gov/html/bja/decade98.htm>
- 18 Greenwald, G. (2009), *CATO Report: Drug decriminalization in Portugal – lessons for creating fair and successful drug policies* (Washington DC: CATO Institute), http://www.cato.org/pubs/whitepapers/greenwald_whitepaper.pdf
- 19 United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization (2008), *Principles of drug dependence treatment* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf
- 20 World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 21 Yang dimaksud dengan 'cara administrasi' adalah cara menggunakan narkotika, misalnya disuntikkan, dihirup, dan sebagainya. Lebih jelas, bisa dilihat di: World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (Geneva: World Health Organization), http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 22 Program HIV/AIDS Regional Asia yang didanai oleh AusAID (2011), *Tool 3 – Explaining harm reduction as the effective response to HIV/AIDS among and from injecting drug users*, <http://ebookbrowse.com/haarp-tool-2-booklet-police-concerns-about-hr-doc-d135375451>
- 23 Hallam, C. (2010), *IDPC Briefing Paper – Heroin-assisted treatment: the state of play* (London: International Drug Policy Consortium), <http://www.idpc.net/publications/idpc-briefing-heroin-assisted-treatment>
- 24 Strang J., Metrebian, N., Lintzeris, N., Potts, L., Carnwath, C., Mayet, S., et al (2010), 'Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial', *The Lancet*, **375**(9729): 1885–1895, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60349-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60349-2/abstract)
- 25 Drug Control and Access to Medications (DCAM) Consortium (2010), *Psychosocial support for clients of medication assisted treatment guidance* (Newtown: AIDS Projects Management Group), http://s3.amazonaws.com/dcam_consortium/production/documents/uploads/60/original/DCAM_Psychosocial_services_MAT_guidance.pdf?1299533050
- 26 McIntire, D. (2000), 'How well does A.A. work? An analysis of published A.A. surveys (1968–1996) and related analyses/comments'. *Alcoholism Treatment Quarterly*, **18**(4): 1–18, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J020v18n04_01#preview; Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002), 'Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support'. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **23**(1): 61–66, <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/sat/article/PIIS074054720200243X/abstract>
- 27 See for example: National Institute on Drug Abuse (2002), *Research report series – Therapeutic communities* (Bethesda: National Institutes of Health) <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrtherapeutic.pdf>
- 28 National Treatment Agency for Substance Misuse (2006), *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf
- 29 Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), 'Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *Addiction*, **99**(6): 697–707, <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15796344>

- 30 National Treatment Agency for Substance Misuse (2010), *A long-term study of the outcomes of drug users leaving treatment* (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf
- 31 Stimson, G. *et al* (2010), *Three cents a day is not enough* (London: Harm Reduction International), http://idpc.net/sites/default/files/library/IHRA_3CentsReport.pdf
- 32 National Institute on Drug Abuse (2006), *International program, methadone research web guide*, <http://international.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/methadoneresearchwebguide.pdf>
- 33 Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P (2011) *The Dutch treatment and social support system for drug users: recent developments and the example of Amsterdam, IDPC Briefing Paper* (London: International Drug Policy Consortium), <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-dutch-treatment-systems.pdf>

International Drug Policy Consortium (IDPC) adalah sebuah jaringan global dan professional 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.

Panduan ini dibuat untuk membantu pemangku dan pembuat kebijakan didalam proses perkembangan yang efektif, berkemanusiaan dan kebijakan serta program-program Napza yang layak di negara-negara.



Telepon: +44 (0) 20 7324 2975

Fax: +44 (0) 20 7324 2977

Email: contact@idpc.net

Situs web: www.idpc.net

Didukung, sebagian, oleh
Open Society Foundations



OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS