

DEKRIMINALISASI PECANDU NARKOTIKA: PERGESERAN PENDEKATAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN PENANGANAN PECANDU NARKOTIKA DI INDONESIA

DECRIMINALIZATION ON DRUG ADDICTS: APPROACH SHIFTING AND POLICY IMPLICATIONS IN THE HANDLING OF DRUG ADDICTS IN INDONESIA

Gunawan

Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial Kementerian Sosial RI
Jalan Dewi Sartika No. 200 Cawang III Jakarta Timur 13630
E-mail: gunprawiro@yahoo.co.id

Abstract

The phenomenon of drug abuse is not limited by someone's age, education, occupation, and residency. Drug abuse not only affects human health, but also has been detrimental to the family economy, society and even, the economy of a country. All this time, legal approach for drug addicts and victims has not been able to suppress the increase rate of the number of drug victims. Even, imprisonment has had a negative impact on their family economy and health (disease transmission). It actually increases poverty. This condition has been used as a basis that drug addicts need to be approached as drug victims in need of help. This paper tries to unravel the condition of decriminalization and rehabilitation policies for drug addicts in Indonesia as well as the policy implications in handling them. Based on the aspect of law in Indonesia, decriminalization and depenalization as well as health approach have been available since the decade of 1990s. However, the country has just started to pay more attention to the commitment of the new decriminalization since the beginning of the decade of 2010, especially since the issuance of Law No. 35 of 2009 and Government Regulation No. 25 of 2011 on the Implementation of Mandatory Report of Drug Addicts. In case of its implementation framework, the policy of decriminalization is still faced to the lack of infrastructure, human resource services and social stigma against drug addicts. Stigmatization is one of the factors which have a great impact in the implementation of the policies to deal with the achievement of successful recovery of drug addicts. Therefore, as one of the stakeholders, the community should be involved in the recovery process so that to optimize the targeted role, it is necessary to map the capacity of existing institutions in the community.

Keywords: *drug addicts, policy approach shifting, decriminalization, depenalization.*

Abstrak

Fenomena penyalahgunaan narkotika tidak mengenal batas usia, pendidikan, pekerjaan, dan dimana mereka tinggal. Penyalahgunaan narkotika tidak hanya berdampak pada kesehatan manusia, tetapi telah merugikan ekonomi keluarga, masyarakat bahkan perekonomian suatu negara. Pendekatan hukum (pidana) bagi pecandu dan korban selama ini belum mampu menekan laju peningkatan jumlah korban narkotika, bahkan pemenjaraan telah telah berdampak buruk pada perekonomian keluarga, kesehatan (penularan penyakit) yang justru meningkatkan angka kemiskinan. Kondisi ini telah dijadikan sebagai dasar bahwa pecandu perlu didekati sebagai korban yang membutuhkan pertolongan. Naskah ini mencoba mengurai bagaimana kebijakan dekriminialisasi bagi pecandu di Indonesia dan Kebijakan rehabilitasi bagi pecandu, dan Implikasi Kebijakan Penanganan Pecandu Narkotika. Dari aspek hukum di Indonesia, dekriminialisasi dan depenalisasi serta pendekatan kesehatan sudah ada sejak dekade 1990-an. Namun komitmen dekriminialisasi baru memperoleh perhatian besar negara sejak awal dekade 2010 terutama sejak terbitnya Undang Undang No 35 tahun 2009 dan Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika. Dalam kerangka implementasi kebijakan dekriminialisasi masih dihadapkan pada keterbatasan infrastruktur, SDM pelayanan dan stigma masyarakat terhadap pecandu. Stigmatisasi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh besar dalam penyelenggaraan kebijakan penanganan pecandu pencapaian keberhasilan pemulihannya. Oleh karena itu masyarakat sebagai salah satu pemangku (stake holder) perlu dilibatkan dalam proses pemulihan, sehingga untuk Optimalisasi peran dimaksud diperlukan pemetaan tentang kapasitas lembaga yang ada di masyarakat.

Kata kunci: *pecandu narkotika, pergeseran pendekatan kebijakan, dekriminialisasi, depenalisasi.*

PENDAHULUAN

Narkotika, psihotropika, dan zat adiktif lainnya (Napza) telah dijadikan sebagai bahan penting dan dibutuhkan untuk pengobatan di hampir seluruh negara di dunia. Menurut catatan Simanungkalit (2011:31), Obat menjadi unsur paling penting dan digunakan secara terus menerus dipa kai dalam setiap kebudayaan, evolusi sosial, ekonomi, kesehatan dan spirtual, hanya empat dari 237 negara yang tidak memiliki catatan penggunaan zat memabukkan. Dibalik kebutuhan tersebut, Napza telah banyak disalahgunakan dan dijadikan sebagai salah satu eksploitasi bisnis gelap (*black Market*) untuk memperoleh keuntungan besar tanpa menghiraukan dampak yang ditimbulkan bagi manusia.

Sebagai ilustrasi besarnya dampak yang ditimbulkan dari perkembangan insdustri farmasi, *United Nation Office on Drug and Crime* (UNODC) mengungkapkan, angka estimasi pengguna narkotika tahun 2013 diperkirakan antara 162 juta - 329 juta orang. Prevalensi global 5,2 persen (kisaran: 3,4-7,0 persen), menunjukkan bahwa penggunaan narkoba di dunia sangat tinggi. (UNODC, 2014). Di Indonesia, pada tahun 2014, diperkirakan angka prevalensi berkisar antara 2,1% sampai 2,25%. Jika dibandingkan studi tahun 2011, angka prevalensi tersebut relatif stabil (2,2%) tetapi terjadi kenaikan bila dibandingkan hasil studi tahun 2008 (1,9%). Dengan demikian, angka prevalensi tahun 2014 ini mengindikasikan pola seperti yang terjadi di dunia yaitu angka prevalensi penyalahguna narkoba relatif stabil dari tahun 2011 sampai saat ini. (BNN, 2015). Pengguna napza tidak hanya di kalangan usia dewasa, tetapi telah meluas pada usia remaja. Pada tahun 2011, siswa SMP pengguna napza berjumlah 1.345 orang. Tahun 2012 naik menjadi 1.424 orang, sedangkan pengguna baru pada Januari-

Februari 2013 tercatat 262 orang. Di kalangan SMA, pada 2011 tercatat 3.187 orang, tahun berikutnya menjadi 3.410 orang. Adapun kasus baru tahun 2013 tercatat 519 orang. (Kompas, 2013).

Dalam bisnis narkotika, angka pengguna narkotika tersebut tergolong sangat tinggi. Menurut Iskandar A. (2015), jumlah masyarakat kita yang terlanjur telah memakai narkoba sebanyak 4 juta orang. Bila tidak direhabilitasi akan menjadi pasar yang tetap terbuka dan membuka peluang bagi sindikat narkoba. Bisnis narkotika sangat menguntungkan. Besarnya bisnis dari narkotika ini Semanungkalit memprediksi bahwa Omset seminggu perdagangan narkotika di Indonesia mencapai Rp.100 miliar atau Rp.4,8 triliun setahun. Sebagian besar nilai omset tersebut dipasok oleh produsen narkotika dalam negeri (Simanungkalit, 2011:216). Sebaliknya, penyalahgunaan narkotika ini sangat merugikan bagi perusahaan dan industri (dunia suaha). Survey yang dilakukan *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SHAMSA) yang dikutip E Nizwarudin dkk mengungkapkan bahwa masalah penyalahgunaan narkotika juga menimbulkan kerugian jutaan dolar terhadap dunia bisnis dan industri dan berdampak sangat buruk di tempat kerja. Sekitar 73% penyalahguna narkotik di AS tidak bekerja 6,7 juta orang bekerja penuh dan 1,6 juta adalah pekerja paruh waktu. Hilangnya produktivitas, tingginya tingkat pergantian karyawan, rendahnya semangat kerja, kesalahan dan kecelakaan kerja, dan meningkatnya penggantian asuransi dan premi asuransi, semua adalah akibat masalah penyalahgunaan narkotik di tempat kerja yang tidak ditangani (Nizwarudin. E., Tobing G.I, Rama, A, Yuan, A, dan Maharani I.D., n.d).

Fenomena Penyalahgunaan Narkotika dan Zat adiktif lainnya (NAPZA) telah dijadikan

perhatian (*issue*) dan gerakan dari bangsa dan negara di dunia. Kondisi ini tercermin dari beberapa agenda dunia yang memfokuskan pada penanggulangan penyalahgunaan NAPZA seperti: (1) *United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988 yang disahkan dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1997 tentang Pengesahan *United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988. (2) ditetapkannya tanggal 26 Juni sebagai sebagai hari Anti Madat Sedunia oleh *International Day Against Drugs*; (3) Konferensi tingkat dunia dalam bidang penanggulangan kejahatan Narkoba atau dikenal dengan istilah *International Drugs Enforcement Conference (IDEC)*, di Nusa Dua, Bali, tanggal 12 hingga 14 Juni 2012. (4) Pelaksanaan IDEC XXIX mengusung tema “*Enhancing The Spirit of International Partnership to Achieve the Greatest Success on Fighting Drug Crime*” Kegiatan tersebut diikuti oleh 55 negara anggota IDEC (*Members*) dan 24 negara anggota pengawas (*Observers*). Di kawasan Asia juga diselenggarakan pertemuan ASEAN Summit 2012 di Kamboja tanggal 3-4 April 2012, para Kepala Negara anggota menyetujui untuk bersama-sama memerangi peredaran narkoba di antara negara-negara anggota. Persetujuan tersebut terlampir lewat sebuah deklarasi yang diberi nama “*Declaration on Drug-Free ASEAN 2015*”.

United Nations Conventions Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances tahun 1988 merupakan titik puncak untuk pemberantasan pencucian uang dari kejahatan peredaran gelap narkotika dan psikotropika. Konvensi ini mewajibkan setiap negara yang telah meratifikasi untuk melakukan kriminalisasi pencucian uang melalui peraturan perundang-undangan. Beberapa ketentuan

penting dalam konvensi tersebut yaitu Pasal 3 (1) (a) yang mengharuskan setiap negara anggota melakukan kriminalisasi pencucian uang yang berkaitan dengan peredaran gelap obat-obat bius, selain itu mengatur ketentuan-ketentuan mengenai daftar pelanggaran yang berkaitan dengan industri, distribusi atau penjualan gelap dari obat bius dan organisasi serta pengelolaannya, atau keuangan dari aktivitas perdagangan gelap obat bius (Hussein, 2004).

Dalam kerangka Pencegahan dan penanggulangan terhadap Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika (P4GN), telah terjadi pergeseran dan perkembangan pendekatan khususnya bagi pengguna/pecandu/korban narkotika. Pergeseran didasari dari argumentasi bahwa pendekatan represif (perang melawan Narkotika) telah dinilai gagal dan menghabiskan dana besar. Supply and demand tidak pernah putus, bahkan ada kecenderungan semakin besar dengan strategi yang semakin canggih. Dari segi pendekatan Hukum, penjara (pemindaan) yang diselenggarakan selama ini dipandang tidak efektif. Jumlah kasus pidana narkotika semakin banyak, bahkan penjara telah menimbulkan persoalan baru.

Selama kurun waktu lima dekade, alokasi dana dan tenaga untuk operasionalisasi penanggulangan penyalahgunaan napza dunia sangat besar, namun kecenderungan jumlah narkotika di pasar gelap dan korban semakin besar. Persoalan menjadi lebih besar lagi ketika negara harus memikul beban untuk menangani dampak pendekatan pidana bagi pecandu/korban yang lebih luas. Sebagai ilustrasi, beberapa hasil penelitian dari dampak buruk pendekatan pidana yang selama ini telah dijalankan antara lain:

1. Dari aspek kesehatan, kepadatan penjara dapat menjadi media penyebaran penuakit.

Menurut UNODC dan ICRC (2013), Penjara telah disebut sebagai inkubator penyakit karena dampak merugikan penjara pada kesehatan tidak terbatas dalam tembok penjara. Tahanan menyebarkan penyakit kepada masyarakat luar melalui staf dan pengunjung. Sebagian besar tahanan yang akhirnya dibebaskan cenderung menyebar berbagai penyakit yang diperolehnya di penjara kepada masyarakat. (UNODC & ICRC, 2013). Uraian ini menunjukkan bahwa korban atau pecandu narkoba adalah orang yang sedang sakit yang perlu perawatan rehabilitasi sebagai pihak paling rentan.

2. Dari aspek ekonomi, pemindahan korban dan pecandu dapat berdampak pada keterpurukan perekonomian keluarga. Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa penjara secara tidak proporsional mempengaruhi orang-orang yang hidup dalam kemiskinan. Ketika anggota keluarga pencari nafkah dipenjara, kehilangan pendapatan yang tiba-tiba dapat memiliki dampak besar pada kondisi ekonomi seluruh keluarga, terutama terjadi di negaranegara bersumber daya rendah di mana negara tidak biasanya menyediakan bantuan keuangan kepada orang miskin dan di mana tidak biasa bagi seseorang untuk menafkahi kelompok keluarga. Ketika dibebaskan, seringkali mereka tidak memiliki prospek dalam mencari pekerjaan karena catatan kriminal mereka, mantan tahanan umumnya mengalami pengucilan secara sosial ekonomi dan rentan terhadap siklus kemiskinan, marginalisasi, kriminalitas dan hukuman penjara yang tak berujung. Dengan demikian, penjara berkontribusi langsung kepada pemiskinan tahanan dan keluarganya. Studi juga menunjukkan bahwa anak-anak dari orang tua yang telah dipenjara berkemungkinan besar mengalami konflik dengan hukum dan sekaligus mereka ditahan, mereka cenderung melakukan kejahatan lagi. Dengan demikian siklus diperluas, menciptakan korban berikutnya dan mengurangi kinerja ekonomi yang potensial di masa depan (UNODC & ICRC, 2013).
3. Dari aspek sosiologis, penempatan pecandu atau korban narkoba, pengedar, bandar dan pelaku kriminal dalam satu ruangan dapat terjadi interaksi sosial yang semakin intens dan tidak menutup kemungkinan terjadinya ikatan emosional, solidaritas, bahkan saling tukar informasi untuk membangun manajemen perdagangan ilegal. Menurut Poernamasasi (2014) Dampaknya lapas dan rutan mengalami *over capacity*, di mana 50%-60% penghuni WBP (Warga Binaan Pemasarakatan) adalah kasus narkoba. Kondisi ini tidak memungkinkan untuk dilakukan pemisahan antara WBP kasus narkoba yang berperan sebagai kurir, bandar maupun sebagai korban penyalahgunaan narkoba. Proses rehabilitasi di dalam lapas belum memungkinkan untuk dilakukan karena keterbatasan petugas, ruang dan masih disinyalir masih ada peredaran gelap narkoba dalam lapas. Kondisi ini ditunjukkan dengan peredaran narkoba di penjara yang sangat tinggi dan pengaturan perdagangan narkoba yang dikendalikan dari penjara. Sebagai ilustrasi Radarcirebon (2015), Tidak sedikit pengedar yang masih beroperasi kendati sedang menjalani hukuman di balik penjara. Badan Narkotika Nasional (BNN) mendeteksi, sekitar 60 persen peredaran narkoba di Indonesia ternyata dikendalikan dari balik hotel prodeo. Sesuai data BNN, setiap tahun hampir pasti ada pengungkapan peredaran narkoba dari balik penjara Misalnya, pada 2012 ada 7 narapidana Nusakambangan yang terbukti menjadi otak peredaran narkoba 3,9 kg di Depok.
4. Di satu sisi pendekatan pidana (pemenjaraan pecandu) selama ini telah berdampak Lembaga Pemasarakatan (Lapas) dan

- Rumah Tahanan (Rutan) sudah mengalami kelebihan kapasitas tampung warga binaan. Purnamasasi (2014) mengungkapkan 50%-60% penghuni WBP (Warga Binaan Pemasyarakatan) adalah kasus narkoba. Kondisi ini tidak memungkinkan untuk dilakukan pemisahan antara WBP kasus narkoba yang berperan sebagai kurir, bandar maupun sebagai korban penyalahgunaan narkoba. Proses rehabilitasi di dalam lapas belum memungkinkan untuk dilakukan karena keterbatasan petugas, ruang dan masih disinyalir masih ada peredaran gelap narkoba dalam lapas. Di sisi lain, fakta bahwa pemenjaraan tidak merubah perilaku pengguna ke arah yang positif. (Riza Sarasvita, & Rahardjo Budi, 2014). Artinya dari sisi psikologi pecandu, hukuman pidana tidak memberikan penjeraan kepada pecandu untuk berhenti mengkonsumsi narkoba.
5. Menurut Simanungkalit (2011: 259), titik ekstrem dari efek negatif yang muncul pada keluarga terpidana adalah pemberian cap atau stigma dari masyarakat, sehingga kerap kali dikucilkan dari lingkungan sosial. Salah satu faktor penting dari keengganan masyarakat untuk menerima kembali bekas narapidana antara lain: pertama tidak responsifnya hukum bagi keadilan masyarakat, di mana kerugian akibat tindak pidana yang diderita masyarakat tidak bisa semata mata dipulihkan karena hukuman yang kejam dan berat. Namun harus ada suatu bentuk pidana yang dapat memulihkan hubungan sosial pelaku dengan korban maupun masyarakat. Kedua karena tidak adanya falsafah pemidanaan. Hal ini didasarkan karena masyarakat Indonesia maupun aparat penegak hukum serta petugas pemasyarakatan masih memandang pidana penjara itu tujuannya adalah memberikan rasa sakit (penjeraan), bahkan mencabut kebebasan narapidana selama di penjara. Oleh karena itu falsafah pemidanaan harus bertujuan kepada kesejahteraan masyarakat dan ketertiban negara.
 6. Kristianingsih (2009) memprediksikan bahwa setelah keluar dari penjara, kemungkinan besar narapidana akan melakukan lagi tindak kriminalitas seperti yang dilakukan sebelumnya, khususnya pada narapidana narkoba, sehingga kemungkinan untuk masuk lagi ke penjara cukup besar. Hal tersebut disebabkan kontrol diri narapidana yang lemah, tidak adanya usaha narapidana untuk menjadi diri yang ideal, serta belum adanya program pembinaan untuk menumbuhkan kontrol diri internal selama pemenjaraan.
 7. Pendekatan kesehatan dalam penanganan pecandu dan korban narkoba menjadi semakin penting ketika diketahui bahwa persoalan penyalahgunaan narkoba telah memberikan kontribusi dalam penularan HIV dan Aids. Kondisi ini telah memunculkan pendekatan pengurangan risiko (*harm reduction*). Konsep *harm reduction* dalam perkara narkoba bagi pecandu tidak berarti mengampuni pelaku tersebut dan menyatakan perbuatannya tersebut bukan merupakan perbuatan pidana atau melepaskan unsur kesalahannya. Konsep *harm reduction* ini dibutuhkan dengan mempertimbangkan bahwa pelaku adalah sebagai korban yang harus dilindungi dan harus disembuhkan dari sakitnya. Penempatan pelaku ke penjara meskipun pelaku tersebut telah dinyatakan sembuh oleh tim medis juga bukanlah suatu solusi yang tepat karena pelaku tersebut masih membutuhkan fase pendampingan, baik secara fisik maupun mental agar dapat benar-benar terlepas dari jerat narkoba (Susanti, 2012).
 8. Bagi keluarga, pendekatan pemidanaan telah berdampak pada perencanaan keluarga menjadi berantakan dan masa depan anak. Hasil penelitian (Atyasasmi, 2011) mengungkapkan bahwa Selain kehilangan

kesempatan untuk mendapatkan pendidikan selama menjalani proses hukum, sering kali anak-anak dari para pengguna napza juga tidak dapat melanjutkan pendidikan pada saat orang tua mereka menjalani proses hukum karena hilangnya pendapatan untuk biaya pendidikan. Bahkan pada beberapa kasus, anak-anak ini terpaksa mengambil peran sebagai pencari nafkah untuk mendukung pemenuhan kebutuhan hidup dirinya dan untuk anggota keluarga lainnya.

Informasi diatas merupakan indikasi bahwa pendekatan pidana (penjara) belum efektif untuk mengatasi persoalan penyalahgunaan narkotika dan dampaknya. Pengalaman *United Nation General Assembly will hold a Special Session (UNGASS)* untuk Masalah Narkotika Dunia terakhir diselenggarakan tahun 1998, fokusnya adalah pembasmian total narkotika dari dunia telah gagal menekan laju pertumbuhan penyalahgunaan narkotika dunia. Kini pemimpin negara-negara anggota beserta warganya dituntut untuk memikirkan kembali pendekatan yang tidak efektif dan berbahaya itu (Indonesian Cannabis news and Movemens, n.d).

Dalam pencarian alternatif pendekatan penanggulangan penyalahgunaan narkotika, salah satu anggota UNODC yakni Portugal telah mengambil inisiatif pendekatan Dekriminalisasi dan Depenalisasi bagi pecandu. Inisiatif Portugal tersebut telah dijadikan isu besar di kancan pergulatan penanggulangan narkotika di dunia. Dalam *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, dikemukakan:

'Decriminalisation' comprises removal of a conduct or activity from the sphere of criminal law. Prohibition remains the rule, but sanctions for use (and its preparatory acts) no longer fall within the framework of the criminal law (elimination of the notion of a criminal offence). This may be reflected either by the imposition

of sanctions of a different kind (administrative sanctions without the establishment of a police record – even if certain administrative measures are included in the police record in some countries, such as France), or the abolition of all sanctions. Other (non-criminal) laws can then regulate the conduct or activity that has been decriminalized. Depenalisation means relaxation of the penal sanction provided for by law. In the case of drugs, and cannabis in particular, depenalisation generally signifies the elimination of custodial penalties. Prohibition remains the rule, but imprisonment is no longer provided for, even if other penal sanctions may be retained (fines, establishment of a police record, or other penal sanctions) (EMCDDA, 2005).

Secara implisit, dekriminaliasasi dan depenalisasi merupakan penerapan sanksi non criminal. Hal ini bukan berarti mengurangi pemaknaan perang terhadap peredaran gelap narkotika. Pendekatan Hukum tetap memainkan peran penting terutama dalam pengurangan resiko untuk memenuhi kebutuhan (*demand reduction*) dan resiko terjadinya peredaran gelap narkotika (*supply reduction*).

Definisi dari AMCDDA tersebut menunjukkan secara tegas bahwa perilaku pelanggar aturan tetap dikenakan sanksi (hukum pidana). Konotasinya adalah dekriminaliasasi dan depenalisasi bukan berarti membebaskan penyalahguna narkotika dari tuntutan hukum, “legalisasi” penggunaannya, atau bahkan menerjang tatanan untuk menghilangkan/menghapus ancaman pidana suatu perbuatan pidana. Menurut Mardiah, A., Din, M., dan Nirzali, R., (2012). Sanksi pidana pada hakekatnya hanya merupakan alat untuk mencapai tujuan maka konsep pertama merumuskan tujuan pemidanaan adalah adanya keseimbangan dua sasaran pokok yaitu “perlindungan masyarakat dan perlindungan/pembinaan individu pelaku tindak pidana”.

Uraian di atas menunjukkan bahwa pendekatan yang dilakukan tetap menganut keseimbangan antara pidana dan kesehatan. Meskipun Kebijakan penanganan penyalahgunaan narkoba di Portugal tersebut telah menimbulkan Pro-kontra, tetapi kebijakan Portugal telah menginisiasi dan banyak mewarnai pembaruan kebijakan dunia, bahwa penyalahgunaan narkoba tidak hanya didekati sebagai perilaku pidana (hukum) tetapi juga didekati sebagai seseorang yang memerlukan pertolongan. Menurut Iskandar A (2015) Konsep dekriminialisasi penyalahgunaan narkoba yang berupaya lebih mendekatkan penyalahgunaan narkoba terhadap akses rehabilitasi diharapkan dapat memulihkan mereka yang telah terlanjur menjadi penyalahgunaan narkoba, sehingga mereka tidak akan terbebani dengan kerugian sosial maupun ekonomi serta masa depan mereka dapat terselamatkan menjadi lebih baik.

Hasil telaahan Rahmadhani (2015), UNODC tidak mengadopsi kebijakan dekriminialisasi illicit drugs for personal use Portugal secara penuh. Tetapi, UNODC melalui CND mengadopsi sebagian nilai nilai kebijakan Portugal melalui Uni Eropa mengenai pentingnya meningkatkan ketersediaan, kualitas dan kemudahan akses layanan perawatan, rehabilitasi dan dukungan bagi pengguna narkoba tanpa diskriminasi dan stigmatisasi. Banyaknya negara yang tidak setuju dengan dekriminialisasi narkoba menyebabkan kebijakan tersebut tidak dapat diadopsi penuh oleh CND. Adopsi kebijakan dalam CND dilakukan melalui negosiasi dan kompromi antar anggotanya untuk membentuk kebijakan yang baik sekaligus mendapat komitmen negara-negara untuk mematuinya, maka ketidaksetujuan dan banyaknya perdebatan mengenai dekriminialisasi membuat kebijakan tersebut tidak dapat diadopsi oleh

CND. Melalui upaya Portugal dan Uni Eropa, kebijakan narkoba UNODC yang tadinya lebih banyak menggunakan pendekatan hukum dan operasi-operasi untuk mengurangi suplai narkoba, sekarang menjadi lebih seimbang dengan pandangan bahwa penyalahgunaan narkoba merupakan isu kesehatan yang dapat diatasi melalui layanan perawatan dan rehabilitasi juga.

PEMBAHASAN

Kebijakan Dekriminalisasi Pecandu

Dalam kerangka penanganan pecandu/korban narkoba, dekriminialisasi bagi pecandu pada dasarnya telah dijadikan perhatian bangsa bangsa di dunia sejak terumuskannya *Single Convention Narcotic Drugs* Tahun 1961 dalam sidang PBB. Sanksi rehabilitasi telah dijadikan sebagai salah satu alternatif hukuman selain penjara bagi pecandu. Namun pada awal implementasinya dalam penanganan pecandu lebih terkonsentrasi pada pendekatan hukum/pemenjaraan.

Rehabilitasi pecandu mulai dijadikan perhatian yang lebih besar dan serius ketika penerapan sanksi rehabilitasi sebagai pengganti hukuman penjara (Dekriminalisasi dan Depenalisasi) di Portugal. Inovasi kebijakan Portugal tersebut telah banyak mewarnai kebijakan penanggulangan Narkoba negara negara di dunia. Di Indonesia, kerangka dekriminialisasi sebenarnya sudah ada sejak pertengahan abad 20. Menurut Iskandar A. (2015) Semenjak Indonesia mengadopsi Konvensi Internasional tentang Narkoba 1961 yang selanjutnya disahkan dengan UU 8/1976 tentang Pengesahan Konvensi Narkoba 1961 dan Protokol yang mengubahnya dan dijadikan dasar penyusunan UU 9/1976 tentang Narkoba, sejatinya Indonesia telah mendekriminalisasi penyalahgunaan narkoba dengan adanya ketentuan penghukuman alternatif. Masa

menjalani rehabilitasi diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman dan memberikan kewenangan kepada hakim untuk menghukum perkara pecandu narkoba dengan hukuman rehabilitasi kepada tersangka yang terbukti bersalah maupun tidak terbukti bersalah (Pasal 33 UU 9/1976).

Uraian di atas menunjukkan bahwa terapi rehabilitasi merupakan hukuman (*alternative*) pilihan terbaik bagi para pecandu dan korban narkoba. Bahkan terapi rehabilitasi sudah dijadikan sebagai salah satu bentuk hukuman pengganti pidana (dekriminalisasi). Hal ini bukan berarti bahwa dekriminalisasi adalah pembebasan dari hukuman, tetapi masa menjalani terapi rehabilitasi merupakan diperhitungkan sebagai masa hukuman. Persoalannya adalah bagaimana implementasi penyelenggaraan alternatif hukuman bagi korban dan pecandu narkoba.

Perjalanan dekriminalisasi di Indonesia tercermin dari kewenangan Hakim yang diatur dalam peraturan perundangan sebagai berikut:

1. Pasal 41 Undang Undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika: Pengguna psikotropika yang menderita sindroma ketergantungan yang berkaitan dengan tindak pidana di bidang psikotropika dapat diperintahkan oleh hakim yang memutus perkara tersebut untuk menjalani pengobatan dan/ atau perawatan;
2. Pasal 47 Undang Undang No 22 tahun 1997 tentang Narkotika
 - (1) Hakim yang memeriksa perkara pecandu narkoba dapat
 - a. memutuskan untuk memerintahkan yang bersangkutan menjalani pengobatan dan/atau perawatan, apabila pecandu narkoba tersebut terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkoba; atau

- b. menetapkan untuk memerintahkan yang bersangkutan menjalani pengobatan dan/atau perawatan, apabila pecandu narkoba tersebut tidak terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkoba.

- (2) Masa menjalani pengobatan dan/atau perawatan bagi pecandu narkoba sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a, diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman

3. Pasal 47 UU 22/1997 tentang Narkotika tersebut tetap diberlakukan sebagaimana tertuang dalam Pasal 103 Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

Secara implisit, kewenangan hakim tersebut menunjukkan bahwa pecandu narkoba sebagai pelaku tindak pidana dan sekaligus korban dari kejahatan itu sendiri (*Self Victimization atau Victimless Crime*). Kedua ketentuan hukum ini merupakan indikasi kebijakan yang sudah mengarah pada dekriminalisasi pecandu. Dalam konteks peraturan perundangan tersebut, penanganan pecandu dan korban narkoba didekati dengan pendekatan hukum dan pendekatan kesehatan (pendekatan secara berimbang). Semangat untuk pendekatan berimbang terhadap pecandu dan korban narkoba juga distimuli dengan Surat Edaran Mahkamah Agung (SEMA) No 7 tahun 2009 tentang Menempatkan Pemakai Narkoba Ke Dalam Panti Terapi dan Panti Rehabilitasi (tertanggal 17 Maret 2009). Isi SEMA yang tertuang dalam angka 4: Dalam hal Hakim menjatuhkan pemidanaan berupa perintah untuk dilakukan tindakan hukum berupa rehabilitasi atas diri terdakwa, Majelis harus menunjuk secara tegas dan jelas tempat rehabilitasi yang terdekat. Pertimbangannya adalah: (1) Sebagian besar dari narapidana dan kasus narkoba termasuk kategori pemakai atau bahkan korban yang jika dilihat dari aspek kesehatan mereka sesungguhnya

orang-orang yang sakit, oleh karena itu memenjarkan yang bersangkutan bukanlah tepat karena telah mengabaikan kepentingan perawatan dan pengobatan; (2) Kondisi lembaga pemasyarakatan (LAPAS) pada saat ini tidak mendukung karena dampak negatif keterpengaruhannya oleh perilaku kriminal lainnya dapat semakin memperburuk kondisi kejiwaan, kesehatan yang diderita para narapidana narkoba dan psikotropika semakin berat.

Perkembangan dari Dekriminalisasi pecandu di Indonesia semakin terlihat sejak di dalam Undang-Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika. Aspek kesehatan telah dijadikan sebagai pertimbangan penting dalam Undang-Undang tersebut. Menurut (Iskandar A. (2015) Memang dalam UU 35/2009 tentang Narkotika tidak secara eksplisit menyebutkan tentang dekriminalisasi penyalahgunaan Narkotika, namun nuansa dekriminalisasi penyalahgunaan Narkotika sangat kental dalam konstruksi kebijakan hukum dan politik hukum negara. Secara eksplisit dinyatakan dalam tujuan Undang-Undang sebagaimana termaktub dalam pasal 4 huruf d: Menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalahgunaan dan pecandu Narkotika. Hal ini dipertegas dalam Pasal 54 menyebutkan Pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika wajib menjalani rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Kewajiban rehabilitasi tersebut juga diatur dalam Pasal 55 ayat (1) Orang tua atau wali dari Pecandu Narkotika yang belum cukup umur wajib melaporkan kepada pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial yang ditunjuk oleh Pemerintah untuk mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial; Ayat (2) Pecandu Narkotika yang sudah cukup umur wajib melaporkan diri atau dilaporkan

oleh keluarganya kepada pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial yang ditunjuk oleh Pemerintah untuk mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Dalam peradilan, hakim sebagaimana termaktub dalam pasal 103 UU No. 35/2009 yang sebelumnya telah dituangkan dalam Pasal 41 UU No.22/1977 bahwa masa menjalani pengobatan dan/atau perawatan bagi pecandu narkoba diperhitungkan sebagai masa menjalani hukuman. Uraian ini mengindikasikan bahwa rehabilitasi dimaknai sebagai hukuman pengganti penjara. Persoalannya adalah bagaimana mekanisme rehabilitasi tersebut sehingga bisa bermakna sebagai pengganti penjara. Di sisi lain Undang-Undang Narkotika ini juga memberikan jaminan kepada pecandu tidak dikenai pidana penjara. Pasal 128 ayat (2) Pecandu Narkotika yang belum cukup umur dan telah dilaporkan oleh orang tua atau walinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) tidak dituntut pidana. Ayat (3) Pecandu Narkotika yang telah cukup umur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (2) yang sedang menjalani rehabilitasi medis 2 (dua) kali masa perawatan dokter di rumah sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis yang ditunjuk oleh pemerintah tidak dituntut pidana. Uraian ini dapat dimaknai bahwa ketentuan hukum tersebut mengikat seluruh Pecandu/pengguna/penyalahgunaan narkoba, baik karena putusan pengadilan maupun tanpa harus melalui putusan pengadilan.

Dampak sesungguhnya yang diinginkan dari dekriminalisasi terhadap penyalahgunaan (pecandu) narkoba adalah munculnya keinginan masyarakat yang sudah terlanjur mengkonsumsi narkoba untuk menyembuhkan diri secara sukarela atau mandiri dan memenuhi kewajibannya sebagaimana diatur dalam UU

35/2009 untuk melaporkan diri secara sukarela ke Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) supaya mendapatkan perawatan dan tidak dituntut pidana (Pasal 128). Ekspektasi ini sesungguhnya sejalan dengan roh UU 35/2009 yang hendak menyelamatkan Bangsa Indonesia dari penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika serta menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi penyalahguna dan pecandu narkotika. (Iskandar, 2015)

Telaahan terhadap ketentuan hukum ini dapat dikemukakan bahwa Rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial sudah dapat dilakukan sebelum pengguna narkotika masuk proses peradilan. Dalam konteks ini sepanjang pecandu dan korban narkotika tersebut melaksanakan kewajibannya untuk melaporkan diri ke IPWL. Sebagai upaya pengalihan hukuman pidana (penjara) ke rehabilitasi, tanggal 7 April 2010 Mahkamah Agung mengeluarkan SEMA No. 4 Tahun 2010 tentang Penempatan Penyalahgunaan, Korban Penyalahgunaan dan Pecandu Ke dalam Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial kepada Pengadilan Tinggi dan Pengadilan Negeri di seluruh Indonesia. SEMA ini merupakan pengganti SEMA No. 7 tahun 2009 tentang Menempatkan Pemakai Narkotika ke dalam Panti Terapi dan Rehabilitasi. Setahun kemudian, Pemerintah Republik Indonesia tanggal 18 April 2011 menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapori Pecandu Narkotika. Dalam kerangka pelaksanaan wajib lapori difasilitasi pemerintah dengan Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL). Dalam Pasal 1 angka 2 dijelaskan bahwa Institusi Penerima Wajib Lapori adalah pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan lembaga rehabilitasi sosial yang ditunjuk oleh Pemerintah.

Pengejawantahan dari pendekatan sosio-medik bagi pecandu dipertegas dengan

Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2011 tentang Pelaksanaan Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika tahun 2011-2015. Dalam Diktum Kedua Bidang Rehabilitasi, memfokuskan pada: a. Upaya mengintensifkan Wajib Lapori Pecandu Narkotika; b. Upaya memberikan pelayanan rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial kepada penyalahguna, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkotika; c. Upaya pembangunan kapasitas lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial secara prioritas berdasarkan kerawanan daerah penyalahgunaan; d. Upaya pembinaan lanjut kepada mantan penyalahguna, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkotika.

Berdasarkan hasil pertemuan antara Perhimpunan Bantuan Hukum dan Hak Asasi Manusia Indonesia (PBHI) dengan pihak-pihak yang memiliki kewenangan pemberian rehabilitasi medis dan sosial bagi pengguna narkotika baik lembaga peradilan maupun lembaga pemerintahan yang memberikan layanan rehabilitasi medis dan sosial, memiliki keinginan yang sama agar pendekatan kesehatan dan sosial lebih diutamakan bagi para pengguna narkotika baik ketika pengguna narkotika sedang menjalani proses peradilan maupun sebelum menjalani proses peradilan (Wijaya, 2011). Perwujudan dari keinginan bersama tersebut tercermin dari terbitnya Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia, Kepala Badan Narkotika Nasional Republik, Nomor: 01/PB/MA/III/2014, Nomor: 03 Tahun 2014, Nomor: 11/Tahun 2014, Nomor: 03 Tahun 2014,

Nomor: PER-005/A/JA/03/2014, Nomor: 1 Tahun 2014, Nomor: PERBER/01/III/2014/BNN Tentang Penanganan Pecandu Narkotika Dan Korban Penyalahgunaan Narkotika Ke Dalam Lembaga Rehabilitasi. Peraturan bersama ini menunjukkan adanya pendekatan yang menyeluruh dalam P4GN. Pecandu dan korban narkotika tidak hanya didekati dengan satu pendekatan hukum (represif) tetapi juga didekati dengan pendekatan sosial-medik.

Kebijakan Rehabilitasi Bagi Pecandu

Kesehatan sudah dijadikan sebagai salah satu hak dasar bagi setiap warga negara Republik Indonesia. Dalam pasal 4 Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan. Sebagai warga negara yang syah, pecandu dan korban narkotika juga mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan untuk dapat hidup normal. Kebutuhan kesehatan tersebut juga dijadikan sebagai salah satu dasar dari tujuan dari terbitnya Undang Undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika (pasal 4 ayat huruf b) yakni menjamin pengaturan upaya rehabilitasi medis dan sosial bagi Penyalah Guna dan pecandu Narkotika.

Bagi pecandu dan korban narkotika, perawatan kesehatan tidak hanya sebagai hak tetapi sekaligus dijadikan sebagai kewajiban. Namun dalam kerangka UU Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika khususnya bagi pecandu dan Korban narkotika sifatnya wajib. Dalam pasal 54 UU Nomor 35 tahun 2009 ditegaskan: Pecandu Narkotika dan korban penyalahgunaan Narkotika wajib menjalani rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial. Dalam pasal 1 angka 16 dijelaskan Rehabilitasi Medis adalah suatu proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan Narkotika. Angka 17.

Rehabilitasi Sosial adalah suatu proses kegiatan pemulihan secara terpadu, baik fisik, mental maupun sosial, agar bekas pecandu narkotika dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan masyarakat.

Beberapapasal dalam peraturan perundangan tersebut dapat dipahami bahwa (1) klausul tersebut telah mengikat pecandu dan korban narkotika untuk menjalani dua jenis rehabilitasi yakni rehabilitasi medik dan rehabilitasi sosial; (2) kedua jenis rehabilitasi tersebut merupakan kegiatan yang integral (menyeluruh) dan satu sama lain saling melengkapi. Konsekuensi logis dari ketentuan hukum ini adalah diperlukan penyelenggaraan pelayanan terpadu (*crash program*) anggar lembaga secara teratur dan berkesinambungan untuk memenuhi kebutuhan rehabilitasi dimaksud.

Telaahan terhadap Peraturan perundangan yang terkait dengan rehabilitasi pecandu, Rehabilitasi medik dan rehabilitasi sosial telah dijadikan perhatian bangsa Indonesia cukup lama. Bentuk perhatian tersebut dapat dirunut dari Undang-Undang Nomor 6 tahun 1974 tentang Pokok Pokok Kesejahteraan sosial. Dalam penjelasan pasal 4 ayat (1) huruf c disebutkan: Usaha-usaha yang dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) sub c salah satu yang dijadikan sasaran rehabilitasi adalah korban narkotika, korban minuman keras dan sebagainya. Undang Undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika Pasal 38 Rehabilitasi bagi pengguna psikotropika yang menderita sindroma ketergantungan dimaksudkan untuk memulihkan dan/atau mengembangkan kemampuan fisik, mental, dan sosialnya. Pasal 39 ayat (2). Rehabilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Dalam kerangka penyelenggaraan Rehabilitasi dimaksud Kementerian Sosial telah

mengeluarkan Keputusan Menteri Sosial Nomor 7/HUK/KEP/II/1984 tentang Pola Dasar Pembangunan Kesejahteraan Sosial bahwa Kebijakan Penanganan Penyalahgunaan Narkotika diarahkan pada: (1) Perluasan Mutu dan jangkauan Rehabilitasi Sosial; (2) Pemantaban Sosialisasi serta keterpaduan intra dan inter sektoral; (3) Pencegahan dan penyuluhan dan bimbingan sosial dengan melibatkan Keluarga, sekolah, dan masyarakat. Sedangkan pelayanan medik khususnya melalui Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) sudah dimulai sejak tahun 1972. Secara resmi mulai beroperasi pada tanggal 12 April 1972. sebagai upaya memenuhi kebutuhan masyarakat luas akan adanya rumah sakit pemerintah yang secara khusus memberikan layanan kesehatan dibidang gangguan penyalahgunaan napza.

Selama lima dekade kebijakan rehabilitasi bagi pecandu dan korban narkotika telah dijalankan. Namun perkembangan kapasitas layanan yang diberikan masih lambat. Kondisi ini tercermin dari jumlah RSKO dan jumlah rumah sakit yang menyediakan layanan bagi pecandu dan korban, serta Panti Rehabilitasi sosial yang masih minim dan tidak setiap provinsi ada. Di sisi lain, pecandu dan korban narkotika jumlahnya semakin banyak. Penyalahgunaan narkotika tidak hanya terjadi di kota besar tetapi telah merambah sampai ke desa. Dari masyarakat kalangan elite (kelas atas) sampai yang paling bawah.

Pendekatan rehabilitasi bagi pecandu dan korban menjadi semakin marak, bahkan terkesan dipaksakan (responsif) terutama sejak terbitnya UU 35/2009, SEMA No 4/2010, PP 25/11, Keputusan Bersama MA. Kondisi ini tercermin dari (1) target rehabilitasi 100.000 pecandu dalam kurun waktu satu tahun (2015) dan akan diperluas pada tahun tahun berikutnya; (2) perluasan pengembangan pelayanan dengan penentuan/penunjukan lembaga pelayanan

medik dan layanan sosial sebagai Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) baik lembaga milik pemerintah maupun masyarakat (swasta).

Dalam kerangka pengejawantahan dari pendekatan sosio-medik Kementerian Kesehatan telah menunjuk 131 instansi yang terdiri dari Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah (lampiran Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1305/MENKES/SK/VI/2011). Jumlah tersebut telah berkembang dengan terbitnya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/VIII/2013 tentang Intititusi Penerima Wajib Lapor telah menetapkan menunjuk 276 IPWL yang terdiri dari Rumah Sakit dan Puskesmas. Terkait dengan IPWL ini Kementerian Sosial Republik Indonesia telah menunjuk 30 Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza sebagai IPWL. IPWL yang ditunjuk dengan SK Menteri Nomor 31 tahun 2012, yaitu : (1) tujuh Panti Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza milik Pemerintah (7 panti sosial yang berada di DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sumatera Utara/ Medan); (2) 23 Lembaga sosial masyarakat/ Orsos milik masyarakat. Dari jumlah IPWL yang sudah ditentukan kedua Kementerian ini masih akan berkembang sesuai dengan tuntutan (besarnya) persoalan.

Ditinjau dari kebutuhan rehabilitasi sebagaimana diatur dalam pasal 17 ayat (1) PP 25/2011 adalah Rehabilitasi medis dapat dilaksanakan melalui rawat jalan atau rawat inap sesuai dengan rencana rehabilitasi dengan mempertimbangkan hasil asesmen. (2) Rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan baik di dalam maupun di luar lembaga rehabilitasi sosial (yang lebih dikenal dengan istilah sistem panti dan non panti) sesuai dengan rencana rehabilitasi dengan mempertimbangkan hasil asesmen. Ketentuan ini menunjukkan

bahwa hasil asesmen merupakan salah satu pertimbangan dalam pemberian pelayanan, apakah seseorang harus menginap dan/atau tinggal di lembaga pelayanan rehabilitasi atau rawat jalan dan/atau rehabilitasi di luar lembaga. Poernamasasi (2014) mengemukakan bahwa Penyalahguna narkoba secara keseluruhan memerlukan perawatan rehabilitasi sesuai dengan tingkat ketergantungan berikut:

- a. Ringan dengan kriteria pengguna coba-coba, pengguna rekreasional, dan pengguna situasional. Pada tingkat ini orang secara situasional dapat menggunakan untuk mencari kesenangan atau bersosialisasi;
- b. Sedang dengan kriteria pengguna narkoba yang dilakukan secara terus menerus dengan penggunaan teratur 3 hari per minggu baik satu atau lebih jenis narkoba;
- c. Berat adalah pengguna paling parah dan berbahaya dengan dosis tinggi secara rutin atau setiap hari (bisa beberapa kali dalam sehari) dan menimbulkan efek psikis dan psikologis.

Dari segi waktu penempatan rehabilitasi sesuai keterangan tenaga ahli dan standar rehabilitasi dalam SEMA Nomor 4 tahun 2010, adalah: (1) program detoksifikasi dan stabilisasi: 1 bulan; (2) Program Primer 6 (enam) bulan; dan (3) Program Re-Entry 6 (enam) bulan. Jika merujuk pada pengertian pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi sebagaimana tertuang dalam pasal 103 UU Nomor 35 tahun 2009, maka ketentuan SEMA tersebut menunjukkan bahwa rehabilitasi medik dan rehabilitasi sosial merupakan sebuah proses yang dijalani selama 13 bulan. Selama menjalani rehabilitasi tersebut diperhitungkan sebagai pengganti hukuman. Hadirnya panti rehabilitasi menurut beberapa pecandu dimaknai sebagai obat dalam mengatasi penyakit sosial tersebut. Namun tidak sedikit pula pecandu yang justru menganggap panti rehabilitasi sebagai penjara

yang akan mengekangnya dalam beraktifitas (Pahlezi, 2014).

Implikasi Kebijakan Penanganan Pecandu Narkotika

Kebijakan Penanganan masalah sosial bagi pecandu/korban narkotika di Indonesia sudah lebih humanis. Pecandu tidak semata mata hanya didekati dengan pendekatan hukum/penjara tetapi berimbang dengan pendekatan kesehatan. Pendekatan pecandu/korban narkotika telah bergeser menuju pendekatan yang lebih mengutamakan pendekatan kesehatan (rehabilitasi). Pendekatan ramah pecandu/korban narkotika yang telah disepakati oleh enam lembaga yang terkait dalam P4GN (MA, KUMHAM, KEMENKES, KEMENSOS, Kepolisian, Kejaksaan Agung, dan BNN). Lembaga layanan rehabilitasi yang ditunjuk secara langsung dalam Undang Undang juga telah memperluas jangkauannya dengan membentuk beberapa lembaga di masyarakat. Bahkan untuk sinkronisasi program juga telah ditandatangani Peraturan bersama menunjukkan adanya kesadaran dan semangat antarlembaga yang mempunyai komitmen dalam penanggulangan penyalahgunaan narkotika. Namun implementasinya masih banyak sekali hambatan.

Rehabilitasi pecandu dan korban NAPZA telah dijadikan kehendak negara. Konsekuensi logik dari komitmen tersebut adalah sistem dan infrastruktur layanan Sosio-medik terhadap pecandu dan korban narkotika harus disiapkan. Lembaga pelayanan sosio-medik dari pusat sampai ke daerah telah ditentukan sebagai IPWL. Namun jumlah lembaga yang telah ditunjuk sebagai IPWL belum cukup memadai untuk memberikan layanan yang optimal. Pada tahun 2013 terdapat 276 IPWL dibawah Kementerian kesehatan, dan 30 dari Kementerian Sosial. Sementara itu target

layanan rehabilitasi pada tahun 2015 sebanyak 100.000 orang pecandu/korban narkoba. Menurut Iskandar (2015), diperkirakan dari sekitar 300-an IPWL yang ditunjuk Menteri Kesehatan dan Menteri Sosial hanya sekitar 30% yang telah beroperasi meskipun masih dihadapkan pada berbagai problematika yang tidak sedikit (Iskandar, 2015). Sementara itu pecandu/korban narkoba yang memanfaatkan IPWL masih relatif sedikit. Menurut laporan BNN (2015) Kurang dari separuh responden (40%) yang tahu lokasi tempat rehabilitasi di kotanya.

Kondisi ini tidak menutup kemungkinan bahwa penanganan pecandu masih bersifat sektoral. Fenomena ini dapat dicermati dari “pembagian tugas” dari 100.000 orang yang dijadikan target rehabilitasi, yakni Kementerian Sosial sebanyak 10.000 pecandu/korban, kementerian Kesehatan 15.000, dan BNN sebanyak 65.000 orang. Jika menunjuk pada ketentuan bahwa setiap pecandu harus rehabilitasi medik dan sosial, maka target pelayanan medik idealnya sama dengan target pelayanan sosial. Artinya rehabilitasi medik dan rehabilitasi sosial ibarat sebuah mata rantai yang saling berhubungan. Dalam proses ini, rehabilitasi pecandu dan korban narkoba harus didahului dengan perawatan medik sebelum proses rehabilitasi sosial berlangsung.

Jika target pelayanan rehabilitasi dibandingkan dengan populasi pecandu/korban narkoba (4 juta lebih), maka jumlah target tersebut masih sangat kecil yakni sekitar 2 persen. Meskipun pada tahun berikutnya (2016) telah ditingkatkan menjadi 200.000 pecandu. Jika pecandu/korban dipandang sebagai orang yang sedang sakit dan membutuhkan perawatan, maka untuk pemenuhan kebutuhan tersebut sifatnya adalah segera. Kondisi ini mengisyaratkan bahwa konsekuensi logik dari kebijakan penyelenggaraan rehabilitasi adalah

penyiapan fasilitas layanan dan perekrutan dan pengembangan SDM, biaya operasional.

Di satu sisi, kapasitas tampung dan SDM dalam penyelenggaraan rehabilitasi masih sangat terbatas. Di sisi lain proses rehabilitasi membutuhkan waktu yang relatif panjang. Dari segi medik (detoksifikasi) membutuhkan waktu lebih cepat dari pada rehabilitasi sosial. Sesuai keterangan ahli dalam SEMA Nomor 7 tahun 2010, bahwa standar yang detoksifikasi membutuhkan waktu sekitar satu bulan. Namun persoalannya adalah bagaimana rehabilitasi dari sisi sosial.

Penanggulangan terhadap masalah ketergantungan NAPZA telah banyak dilakukan dengan berbagai macam cara baik dari pemerintah maupun dari badan-badan swasta yang menaruh minat pada masalah ini. Para peneliti telah menawarkan berbagai cara untuk lepas dari ketergantungan bagi para pecandu, misalnya dengan yoga, diet, akupunktur, LSD, methadone, obat yang mengambat reseptor neurotransmitor, 12-step programs, konseling, teknik untuk mencegah kembalinya perilaku memakai obat, *cognitive awareness programs*, pendekatan behavioris, agama, pendekatan humanistik dan berbagai bentuk dari *self-help groups*. Namun hasilnya belum juga memenuhi harapan (Nizwarudin. E., Tobing G.I, Rama, A, Yuan, A, dan Maharani I.D., n.d). Sebagai ilustrasi, laporan RSKO tahun 2013, sebagian besar (65,17%) pasien rawat jalan dan rawat inap penyalah guna narkoba di RSKO adalah pasien penyalah guna narkoba dengan status pengguna lama. sedangkan sisanya (34,83%) adalah pengguna baru (Pusdatin Kemenkes RI, 2014). Sebagian dari penyalah guna lama ini kemungkinan besar adalah penyalah guna narkoba yang kambuhan. Penyalah guna kambuhan biasanya sudah berhenti mengkonsumsi narkoba tetapi kemudian kembali lagi menjadi pengguna narkoba.

Kambuh atau relapse akan narkoba merupakan suatu tantangan yang tak terpisahkan dari proses panjang menuju kesembuhan penuh. Kendati mantan penyalah guna sudah dapat lepas dari ketergantungan narkoba untuk jangka waktu tertentu, tetapi kecenderungan untuk menggunakan zat-zat tersebut masih akan terasa.

Persoalan lain dalam penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi hingga kini adalah respon masyarakat pecandu/korban narkotika untuk melapor ke IPWL yang sudah ditunjuk Pemerintah. Rendahnya respon ini tentunya ada keterkaitannya dengan pendekatan pidana selama kurun waktu 50 tahun lebih bahwa persoalan yang dihadapi pecandu narkotika umumnya tidak berdiri sendiri tetapi seringkali terkait dengan persoalan kriminal. Pendekatan ini telah membentuk opini masyarakat bahkan stigma bahwa pecandu adalah pelanggar hukum. Dalam Sosiologi Dewiasi, Siapa memberikan label kepada siapa? Menurut kaum labelis, yang memberikan label atau cap adalah pihak yang mempunyai kekuatan hukum dan golongan konvensional, seperti polisi, hakim dan atau jaksa, pejabat negara, dokter jiwa atau psikiater, dan petugaspetugas lain dari institusi yang melaksanakan kontrol sosial. Sebaliknya, yang dicap atau dilabel sebagai devian adalah pihak yang lemah, seperti kriminal, delinquent atau kenakalan, pecandu narkotik, prostitut, penderita penyakit jiwa, dan lain-lain sebagainya. Pihak yang kuat adalah orang kaya, berkedudukan, kulit putih yang dapat memberikan cap atau label itu. Sebaliknya golongan miskin, rakyat kecil, kulit hitam yang menjadi sasaran label itu. Mereka ini yang biasanya ditangkap, diadili, dan dihukum. (Syamsi, 2010).

Kuatnya pengaruh stigma dalam proses pemulihan pecandu Colondam (2011) mengungkapkan, pada kenyataannya banyak

pecandu justru sering menemui jalan buntu. Ketika mereka pulih dan siap terjun ke dalam masyarakat, terjadilah penolakan terhadap mereka. Bentuk frustrasi seperti itu dapat mengakibatkan terjadinya relapse (kembali menjadi pecandu). Di sisi lain, masyarakat pun sering dikecewakan; ketika pintu kesempatan dibuka, pecandu sering labil dan kembali ke kubangan lama mereka. Itu menimbulkan krisis kepercayaan masyarakat terhadap mantan pecandu. Rasanya lelah untuk mengatakan bahwa informasi dan pendidikan perlu ditingkatkan dalam masyarakat. Karena pada kenyataannya, itu tidak cukup membawa perubahan. Itu tidak cukup mengubah iklim perseteruan terselubung antara masyarakat mainstream dan komunitas mantan pecandu. Mengubah sikap masyarakat sama dengan mencoba mengubah budaya masyarakat. Ini adalah batu sandungan terbesar.

Khususnya bagi pecandu, stigma masyarakat tersebut dapat berdampak pecandu menjadi rendah diri (*inferior*) bahkan membentuk konsep diri yang negatif. Menurut Budhi salah satu dari perilaku yang dikategorikan sebagai *Co-Dependent* dari Pecandu adalah Labelling (memberi stigma terhadap diri sendiri). Para pecandu NAPZA sering mengalami stigma terhadap diri sendiri yang tidak baik, tidak benar. Inilah yang akhirnya berpengaruh kepada sosialisasinya (Budhi, E, n.d). Kesulitan berikutnya, Meskipun Pecandu telah menjalani rehabilitasi bahkan dinyatakan bersih (*clean* istilah atau sebutan bagi mereka yang sudah sembuh), namun stigma tersebut masih menjadi kendala dalam kerangka berintegrasi dengan masyarakat. Bagi Pecandu/Korban dan mantan pecandu narkotika, sehingga mereka enggan untuk keluar dari komunitasnya. Dalam kerangka pemulihan, korban napza membutuhkan pelayanan yang komprehensif. Di satu sisi, korban napza sedang mengalami

penurunan kondisi diri (fisik dan mental). Di sisi lain korban napza harus memperjuangkan diri untuk (1) pemulihan nama baik dari stigma masyarakat dan hilangnya kepercayaan (*trust*) masyarakat; (2) hak hukum (untuk memperoleh perlindungan); dan (3) pemulihan kondisi ekonomi yang selama ini telah habis digunakan untuk kebutuhan pengobatan (Gunawan, 2014).

Pandangan pecandu dan masyarakat tentang permasalahan sosial pencandu (stigma) tentunya dapat mempersulit bagi pecandu untuk menentukan sikap dalam pencarian solusi atau pertolongan bagi dirinya. Dalam dinamika pencarian solusi bagi dirinya, tidak jarang keputusan untuk memperoleh pelayanan rehabilitasi karena keterpaksaan. Dari sudut pandang psikologis, hasil penelitian Pahlezi memberikan gambaran bahwa Motivasi pecandu dalam melakukan rehabilitasi terkategori ke dalam 4 kriteria. Pertama pecandu motivasi keadaan, merupakan motivasi pecandu yang dipengaruhi karena faktor keadaan seperti karena orang tuanya sakit dan seterusnya. Kedua, pecandu paksaan yakni pecandu yang mengikuti rehabilitasi karena adanya paksaan dari keluarga maupun orang terdekat. Ketiga, motivasi pelarian yakni motivasi pecandu untuk mengikuti rehabilitasi dikarenakan pecandu menghindari dunia realitasnya diluar. Keempat adalah pecandu sukarela yaitu pecandu yang motivasi rehabilitasinya didasarkan pada keinginan pribadi untuk sembuh (Pahlezi G., 2014). Motivasi dalam kategori keempat diungkapkan oleh Pahlezi tersebut merupakan salah satu unsur yang paling kuat untuk pencapaian kesembuhan bagi Pecandu. Persoalannya adalah kapan pecandu tersebut termotivasi atas dasar keinginan diri sendiri?

Dari beberapa kesuksesan pecandu yang sembuh, umumnya ketika pecandu dihadapkan pada suatu peristiwa pemicu yang membuat mereka mulai menyadari, sadar

dan ada dorongan kuat untuk mengakhiri kecanduannya. Menurut Nizwarudin dkk, Peristiwa pemicu tersebut tampak seperti peristiwa biasa yang dialami penderita sampai pada akhirnya mengalami “lompatan” untuk merasa cukup akan ketergantungannya, sehingga peristiwa tersebut memiliki nilai atau makna khusus yang menggugah penderita untuk menjadi pulih. Peristiwa pemicu tersebut sulit dibedakan dengan peristiwa lain dalam rentang kehidupan penderita selama masih mengalami ketergantungan NAPZA, akan tetapi hal tersebutlah (dalam berbagai penuturan para penderita yang dapat lepas dari ketergantungan NAPZA) yang dapat membuat para penderita pulih dari NAPZA. Peristiwa ini yang oleh para penderita disebut sebagai *trigger factor (bottomline)*. (Nizwarudin. E., Tobing G.I, Rama, A, Yuan, A,dan Maharani I.D., n.d).

Dalam dinamika kecanduan Ari (n.d) menemukan istilah yang disebut sebagai *rock bottom*. *Rock bottom* adalah suatu keadaan ketika dalam diri pecandu muncul kesadaran untuk segera mencari pertolongan. Ada beberapa faktor yang dapat menimbulkan keadaan tersebut. Pertama; Faktor fisik, pecandu terkena penyakit tertentu atau pernah mengalami overdosis. Kedua; Faktor ekonomi, pecandu menjadi sadar karena uang dan barang sudah habis. Ketiga; Faktor psikologis, pecandu merasa tertekan atau depresi mengingat perilaku adiksinya. Keempat; Faktor sosiologis, pecandu menjadi sadar, karena hampir tidak mempunyai kehidupan sosial yang normal lagi. Teman tidak ada, keluarga menjauh, dan lain sebagainya. Kelima; Faktor spiritual, pecandu merasa berdosa karena telah melakukan hal-hal yang dilarang agama. Dalam penelitian Gunawan, sugiyanto dan Roebiyanto (2015), mengungkapkan peristiwa sebagai titik balik untuk kesembuhan tersebut dengan istilah *Hit Bottom*. Persoalannya adalah *hit Bottom*

pecandu tersebut muncul ketika kondisi keluarganya sudah hancur.

Uraian di atas mengindikasikan bahwa rehabilitasi pecandu harus didekati secara komprehensif. Pemulihan pecandu tidak hanya sebatas pemulihan kondisi fisik maupun sosial (peningkatan kemampuan adaptasi), tetapi harus didukung dengan program pemberdayaan sosial-ekonomi. Hal ini mengisyaratkan bahwa pendekatan kesehatan (fisik, mental dan sosial) memerlukan biaya yang besar. Biaya tidak hanya untuk program individu (penyembuhan pecandu) termasuk program pemberdayaan, tetapi juga harus didukung dengan program di tingkat masyarakat seperti program komunikasi informasi dan edukasi kepada masyarakat dalam P4GN.

Sebagai ilustrasi besarnya biaya rehabilitasi Pecandu, BNN (2015) memperkirakan Median biaya konsekuensi yang terjadi setiap tahunnya bervariasi, baik dari sisi besaran satuan biaya maupun jenis kelamin. Median biaya jika jatuh sakit, terutama bila harus di rawat inap memerlukan biaya sekitar Rp.6.000.000,- per orang per tahun. Sedangkan satuan biaya yang terbesar dihabiskan untuk biaya konsumsi narkoba, yaitu sekitar Rp.10.800.000,- per orang per tahun dan juga biaya sewaktu di penjara yaitu Rp.10.000.000,- juta per orang per tahun. Semakin tinggi tingkat ketergantungan narkoba, maka semakin besar biaya yang dihabiskan untuk mengkonsumsi atau membeli narkoba. Sedangkan median biaya rehabilitasi yang dihabiskan berkisar antara Rp.500.000,- sampai Rp.1.000.000,- per orang per tahun. Rendahnya biaya ini karena sebagian besar biaya program rehabilitasi gratis terutama yang disediakan oleh LSM dan pemerintah. Mereka mengeluarkan biaya tersebut untuk biaya kebutuhan personal. Bagi mereka yang mengakses panti rehab swasta biaya yang dikeluarkan jauh lebih besar yaitu berkisar Rp.20.000.000,- per

tahun. (BNN:2015). Dari perkiraan biaya perorang tersebut dapat dihitung berapa besarnya anggaran yang harus dikeluarkan oleh pemerintah untuk rehabilitasi. Biaya tersebut hanya untuk penyembuhan individu pecandu, belum termasuk biaya untuk pengembangan infrastruktur, SDM penyelenggara, dan biaya program pemberdayaan bagi pecandu.

PENUTUP

Sisi buruk dari pendekatan hukum (pemenjaraan) telah berdampak sangat luas, antara lain: (1) semakin rentannya kondisi pecandu (individual); (2) meningkatnya angka kemiskinan (keterpurukan ekonomi keluarga pecandu); (3) permasalahan kesehatan (penularan penyakit); stigmatisasi masyarakat yang mempersulit pemulihan pecandu; (5) perekonomian negara (alokasi dana yang sangat besar untuk mengatasi persoalan pecandu dan berbagai dampaknya). Sisi buruk dari pemenjaraan ini telah mendorong pergeseran kebijakan penanganan pecandu dari pemenjaraan ke sanksi non penjara (dekrimalisasi).

Penggantian sanksi penjara dalam dekrimalisasi bukan berarti memberikan kebebasan bagi pecandu/penyalahguna narkoba dari tuntutan hukum ataupun proses legalisasi penggunaannya dengan menghapus ancaman hukuman pidana atas perbuatan pidana. Hal ini juga bukan berarti mengurangi penghargaan terhadap upaya penanggulangan atau memerangi peredaran perdagangan gelap dan penyalahgunaan narkoba. Namun dalam kerangka pemenuhan hak dasar bagi setiap manusia, pecandu juga mempunyai hak untuk memperoleh perawatan kesehatan. Dalam konteks ini pecandu narkoba didekati sebagai sebagai pelaku tindak pidana (*Criminal*) dan sekaligus korban dari kejahatan itu sendiri.

Di Indonesia, rehabilitasi medik dan rehabilitasi sosial telah dijadikan sebagai

alternatif hukuman (pengganti sanksi pemenjaraan) dan sekaligus sebagai pemenuhan hak untuk memperoleh perawatan bagi pecandu dan korban narkoba. Di satu sisi, konsekuensi logik dari keputusan ini negara berkewajiban untuk menyiapkan infrastruktur dalam penyelenggaraan rehabilitasi dimaksud, sumber daya manusia pelayanan yang hingga saat ini masih sangat terbatas. Di sisi lain, dalam proses pemulihan pecandu untuk dapat menjalankan fungsi sosialnya masih dihadapkan pada banyak persoalan kerentanan psikis individu (*lapse* dan *relapse*), keterpurukan sosial-ekonomi, sehingga program pemberdayaan bagi pecandu merupakan bagian penting dalam proses pemulihan.

Dalam kerangka pemulihan dan pemberdayaan pecandu narkoba, persoalan yang dihadapi tidak hanya sebatas pada persoalan intern (individual), tetapi termasuk di dalamnya adalah stigmatisasi pecandu yang telah berdampak pada penolakan masyarakat pada pecandu. Stigma yang terbangun di tengah masyarakat merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap optimalisasi pemulihan pecandu. Oleh karena itu dalam proses pemulihan pecandu perlu dukungan peran masyarakat terutama untuk merubah stigma tersebut.

Peran serta masyarakat sebagaimana termaktub dalam beberapa pasal Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkoba yang secara eksplisit lebih menekankan pada pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba dan Prekursor Narkoba, namun dalam implementasinya masyarakat juga dapat berperan serta dalam rehabilitasi sosial. Pemberian kepercayaan kepada masyarakat untuk ikut berperan dalam rehabilitasi dimaksud dapat dijadikan sebagai salah satu upaya untuk mengurangi stigmatisasi

terhadap pecandu. Oleh karena itu, dalam kerangka optimalisasi peran masyarakat dalam rehabilitasi sosial perlu dilakukan pemetaan sosial lembaga sosial yang komitmen terhadap rehabilitasi sosial pecandu. Hasil pemetaan sosial ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk (1) distribusi pelayanan rehabilitasi sosial bagi pecandu; dan (2) Progrtam peningkatan kapasitas lembaga pelayanan yang dapat berfungsi sebagai Institusi Penerima Wajib Laporan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ari. (n.d), *Adiksi Narkoba*. Dipetik 08 26, 2016, dari <http://dedihumas.bnn.go.id/read/section/artikel/2011/11/29/253/adiksi-narkoba>.
- Atyasasmi, S. (2011). *Dampak Pengabaian Hak Rehabilitasi Bagi Pengguna Napza Dalam Proses Peradilan* (Studi di 5 Kota). Jakarta: BNN dan PPKUI.
- BNN. (2015). *Laporan Akhir Survey Nasional Perkembangan Penyalahgunaan Narkoba Tahun Anggaran 2014*, http://bnn.go.id/portal/_uploads/post/2015/03/11/Laporan_BNN_2014_Upload_Humas_FIX.pdf.
- BNN. (2015, 12 23). *Executive Summary Press Release Akhir Tahun 2015*. Dipetik 06 12, 2016, dari http://www.bnn.go.id/_multimedia/document/20151223/press-release-akhir-tahun-2015-20151223003357.pdf
- Budhi, E. (n.d). *Konseling Narkoba*. <http://ejournal.ukrimuniversity.ac.id/file/P114.pdf>.
- Colondam, V. (2011). *Pecandu dan Integrasi Sosial*. Dipetik 08 21, 2015, dari Pusat Informasi Artikel Makalah Terapi Dampak Jenis Bahaya Ciri Efek Samping Gambar Narkoba. <https://jauhinarkoba.com/2011/05/14/pecandu-dan-integrasi-sosial/>
- EMCDDA. (2005). *Illicit drug use in the EU: legislative approaches*. Lisboa: European

- Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Gunawan. (2014). "Peran Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan Terhadap Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika". *Sosiae Polites*, Volume 15 Nomor 2, Juli-Desember, 139-160.
- Gunawan., Sugiyanto, dan Murni, R. (2007). *Pemberdayaan Keluarga Pasca Bencana Alam: Konsisi Sosial Masyarakat dalam Manajemen Bencana*. Jakarta: Puslitbang Kesos.
- Hussein, Y. (2004). Hubungan Antara Peredaran Gelap Narkotika dan Pencucian Uang (*Paper pendukung Delegasi RI pada Forthly-Seventh Session of The Comision on Narcotic Drugs di Wina, 15-22 Maret 2004*). Dipetik 6 15, 2016, dari https://yunushusein.files.wordpress.com/2007/07/8_hubungan-narkoba-dan-tpu_x.pdf
- Indonesian Cannabis news and Movemens. (n.d). Bocor, *Makalah UNODC yang Mendorong Dekriminalisasi*. Dipetik 06 23, 2016, dari Indonesian Cannabis news and Movemens: <http://www.lgn.or.id/bocor-makalah-unodc-mendorong-dekrim/>
- Iskandar, A. (2015). *Jalan Lurus: Penanganan Penyalahgunaan Narkotika dalam Konstruksi Hukum Positif*. Karawang: Tabpas Communications
- Kementerian Kesehatan. (2013). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 293/MENKES/SK/VIII/2013 Institusi Penerima Wajib Laporan.
- (2001). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1035/MENKES/SK/VI/2011 tentang Penunjukan 131 Instansi yang Terdiri Dari Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai Institusi Penerima Wajib Laporan.
- Kementerian Sosial. (2012). Surat Keputusan Menteri Sosial Nomor 31 tahun 2012 tentang Penunjukan Instansi Penerima Wajib Laporan.
- Kompas. (2013). *Pengguna Narkoba di Kalangan Remaja Meningkat*. Dipetik 05 04, 2015, dari Kompas.Com: <http://regional.kompas.com/read/2013/03/07/03184385/Pengguna.Narkoba.di.Kalangan.Remaja.Meningkat>
- Kompas.com. (2008). *3,6 Ton Bahan Narkotika Disita*. Dipetik januari 9, 2014, dari Kompas.com: <http://regional.kompas.com/read/2008/12/19/0722398/3.6.Ton.Bahan.Narkotika.Disita/html>
- Kristianingsih, S. A. (2009). "Pemaknaan Pemenjaraan pada Narapidana Narkoba di Rumah Tahanan (Rutan) Salatiga". *Humanitas*, Vol. 6 No. 1, 1 - 15.
- Mahkamah Agung. (2009). *Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 7 Tahun 2009 tentang Penempatan Pemakai Narkoba Ke Dalam Panti Terapi dan Panti Rehabilitasi*. Jakarta: Mahkamah Agung.
- (2010). *Surat Edaran Mahkamah Agung Nomor 4 Tahun 2010 tentang penempatan Penyalahguna, Korban Penyalahgunaan, Narkoba Ke Dalam Lembaga Rehabilitasi Medik dan Rehabilitasi Sosial Kepada Pengadilan Tinggi dan Pengadilan Negeri di Seluruh Indonesia*.
- Mardiah, A., Din, M., dan Nirzali, R. (2012). "Mediasi Penal sebagai Alternatif Model Keadilan Restoratif Dalam Pengadilan Anak". *Jurnal Ilmu Hukum Pasca Sarjana Universitas Syah Kuala* Volume 1 Agustus, 1 - 15.
- Nizwarudin. E., Tobing G.I, Rama, A, Yuan, A, dan Maharani I.D. (n.d). *Studi Kasus Triger Factor ('Bottom Line') Sebagai Keinginan Mencari Makna (Will to Meading) Pada Penderita Ketergantungan NAPZA Yang Pulih*. Dipetik 06 12, 2016, dari <http://directory.umm.ac.id/penelitian/PKMI/pdf/STUDI%20KASUS%20TRIGER%20FACTOR.pdf>
- Pahlezi, G. (2014). "Praktik Sosial Pecandu Narkoba di Unit Pelaksana Tugas Rehabilitasi Sosial Anak Nakal dan

- Korban Napza di Provinsi Jawa Timur”. *Paradigma*. Volume 02 Nomer 03 Tahun 2014, 1-9.
- Poernamasasi, I. O. (2014). “Tahun Penyelamatan Pengguna Narkoba”. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Semester I*, hal. 16 -22.
- Pusdatin Kemenkes RI. (2014). “Gambaran Umum Penyalahgunaan Narkoba di Indonesia”. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan semester 1 2014*, hal. 1 - 15.
- Radaricebon. (2015). *60% Narkoba Dikendalikan dari Penjara*. Dipetik 07 09, 2016, dari Radarcirebon: <http://www.radarcirebon.com/60-narkoba-dikendalikan-dari-penjara.html>
- Rahmadhani, V. D. (2015). “Pengadopsian Kebijakan Dekriminilisasi Illicit Drug For Personal Use di Portugal oleh UNODC”. *Journal of International Relations*, Vol 1 Nomor 2, 103-109.
- Republik Indonesia. (1997). Undang Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 Tentang Psicotropika.
- (2009). Undang Undang Nomor 35 Tentang Narkotika.
- (2009). Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tentang Kesehatan.
- (2010). Peraturan Bersama Ketua Mahkamah Agung Republik Indonesia, Menteri Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Menteri Sosial Republik Indonesia, Jaksa Agung Republik Indonesia, Kepala Kepolisian Negara Republik I.
- (2011). Instruksi Presiden Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Kebijakan dan Strategi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba 2011-2015.
- (2011). Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika.
- Riza Sarasvita, & Rahardjo Budi. (2014, 07). “Program Wajib Lapor Pecandu Narkotika”. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, hal. 29 - 41.
- Simanungkalit, P. (2011). *Globalisasi Peredaran Narkobadan Penanggulangannya*. Jakarta: Yayasan Wajar Hidup.
- Susanti, C. (2012). “Konsep Harm Reduction Dalam Perkara Narkotika Terhadap Pecandu Yang Tertangkap Tangan”. *Law Review*, Vol.V, No. 2 November, 275 - 293.
- Syamsi, I. (2010). *Sosiologi Deviasi, Sebuah Kajian Dari Susut Pandang Pendidikan, Sosiologi dan Filsafat*. Yogyakarta: Venus Gold Press.
- UNODC. (2013). *Panduan Tentang Strategi untuk Mengurangi Kepadatan Penjara: Seri Panduan Pengadilan Pidana*. New York: PBB.