

Makalah Kebijakan: Meningkatkan Pendanaan Kesehatan Masyarakat untuk Penanggulangan Narkoba di Indonesia

Penyusun:

Ingrid Irawati Atmosukarto & Tim Rumah Cemara



MAKALAH KEBIJAKAN

Meningkatkan Pendanaan Kesehatan Masyarakat untuk Penanggulangan Narkoba di Indonesia

A. Ringkasan Eksekutif

Tenggat “Drug Free ASEAN 2015” terlewat tiga tahun tanpa tercapai tujuannya yaitu kendali peredaran narkoba (narkotika dan obat/ bahan berbahaya) di kawasan Asia Tenggara, termasuk di Indonesia. Pendekatan pidana penanggulangan narkoba menggunakan kekuatan senjata dan pemenjaraan, kembali digalakkan Pemerintah RI menjelang tenggat “Indonesia dan ASEAN Bebas Narkoba 2015”. Kebijakan yang dikenal sebagai “perang terhadap narkoba” ini dapat diamati dari penolakan Joko Widodo terhadap grasi 64 terpidana mati kasus narkoba, dua bulan pascapelantikannya sebagai Presiden RI pada akhir 2014. Sepanjang 2015-2016, 18 terpidana dieksekusi mati.

Telaah historis, politik, sosial, dan kesehatan masyarakat mengindikasikan bahwa pendekatan “perang terhadap narkoba” di Indonesia tidak dilandaskan kaidah-kaidah ilmiah yang menyetengahkan konteks lokal sebagai bahan pertimbangan kebijakan publik, namun lebih sebagai wujud keberpihakan Indonesia terhadap kebijakan negara-negara barat yang menginisiasi “*war on drugs*”, terutama pasca-Perang Dunia II.

Di sisi lain, Indonesia memiliki pengalaman mengendalikan narkoba melalui layanan kesehatan umum, yaitu Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) yang menjadi wujud pengendalian konsumsi harian narkotika masyarakat. Di samping itu, Indonesia juga berpengalaman memfasilitasi konsumsi narkoba yang lebih sehat melalui Layanan Alat Suntik Steril (LASS) untuk mencegah penularan HIV dan Hepatitis C.

Menilik kegagalan penerapan pendekatan pidana narkoba dengan kondisi darurat narkoba yang selalu digembar-gemborkan, sudah saatnya pemerintah menggunakan basis data ilmiah sehingga informasi yang disampaikan ke masyarakat dapat dipertanggungjawabkan dan dibuktikan melalui evaluasi yang komprehensif.

Dari pengalaman yang ada, pengalihan dana sebesar 10% dari anggaran kegiatan-kegiatan penghukuman seperti razia dan pemenjaraan dengan penggunaan senjata mampu mengurangi dampak buruk konsumsi narkoba hingga dua kali lipat, baik dari segi kesehatan maupun sosial.

Beberapa hal dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pendekatan pidana yang represif dalam bentuk “perang terhadap narkoba” telah terbukti gagal mengendalikan permintaan dan peredaran narkoba di tengah masyarakat;
2. Program pengurangan dampak buruk konsumsi narkoba menurunkan prevalensi HIV. Selama implementasinya intensif dan stabil, dapat memberikan kesempatan bagi konsumen untuk hidup secara produktif dan berkontribusi pada pembangunan bangsa;
3. Indonesia memiliki pengalaman dalam mengendalikan narkoba yang diperoleh konsumen melalui layanan kesehatan pemerintah yang berdampak pada menurunnya besaran pasar gelap narkoba;
4. Kepemimpinan yang baru dengan pendekatan yang bersifat menghukum dalam bentuk “perang terhadap narkoba” serta meningkatnya status ekonomi Indonesia menjadi *lower middle income country* berdampak pada berkurangnya dukungan pendanaan untuk program pengurangan dampak buruk narkoba melalui sistem kesehatan masyarakat;

5. Risiko peningkatan prevalensi HIV dan hepatitis C melalui penyuntikan narkoba meningkat kembali yang berdampak pada risiko meningkatnya persoalan kesehatan dan sosial di tengah masyarakat;
6. Proyeksi pemodelan dari pengalaman global sudah memperhitungkan bahwa cukup dengan pengalihan 10% dari anggaran untuk “perang terhadap narkoba” ke program-program kesehatan untuk mengurangi dampak buruk konsumsi narkoba, akan efektif mengurangi persoalan kesehatan dan sosial akibat konsumsinya.

Sejumlah rekomendasi berdasarkan kebutuhan dan situasi terkini dapat disampaikan sebagai berikut:

1. Mendukung studi-studi kesehatan masyarakat yang secara komprehensif membahas persoalan konsumsi narkoba di Indonesia serta memanfaatkan pengalaman dan riset-riset yang sudah tersedia dari negara-negara lain sebagai referensi;
2. Menggali kembali pengalaman Indonesia dalam menjalankan program pengurangan dampak buruk untuk ditingkatkan intensitasnya, diperbaiki hal-hal yang dirasa kurang, serta diperkuat aspek-aspek terbaiknya sesuai kaidah ilmiah;
3. Mengalokasikan 10% anggaran program-program yang militeristis dan bersifat menghukum seperti “perang terhadap narkoba” ke program-program perlindungan sosial dan kesehatan masyarakat melalui pencegahan penularan penyakit dan pengendalian produksi-konsumsi narkoba hingga tahun 2020;
4. Menerbitkan kembali kebijakan perlindungan dan jaminan akses layanan kesehatan bagi konsumen narkoba mengacu pada Permenkokesra No.2/2007;
5. Narasi “perang terhadap narkoba” perlu dievaluasi dan direvisi bila terbukti secara ilmiah tidak efektif. Pendekatan kesehatan masyarakat perlu dipertimbangkan sebagai narasi penanggulangan narkoba di semua jajaran, baik jajaran kesehatan maupun jajaran kepolisian.

B. Latar Belakang

I. “Perang terhadap Narkoba”: Berbasis Kaidah Ilmiah atau Ideologi?

Tiga tahun lalu adalah masa yang penting bagi negara-negara anggota ASEAN dengan adanya tenggat waktu dari the *Declaration on Drug-Free ASEAN 2015* yang digagas sejak akhir 1990-an.

Penyelundupan Narkoba yang berhasil masuk ke Indonesia diperkirakan jumlahnya jauh lebih besar dibanding keberhasilan aparat membongkar kasus-kasus seperti ini, kata seorang mantan pejabat Badan Narkotika Nasional (BNN). “Yang lolos justru lebih banyak,” kata mantan Direktur Penindakan BNN, Benny Jozua Mamoto, kepada BBC Indonesia, Senin (26/02/2018).

Kesulitan mencapai target, tenggat waktunya diperpanjang melalui *ASEAN Cooperation Plan to Tackle Illicit Drug Production and Trafficking in the Golden Triangle (2017-2019)*¹.

Indonesia sebagai anggota ASEAN tak luput dari kegagalan pencapaian target tersebut. Pemerintah RI segera menunjukkan sikap terhadap narkoba dengan mengangkat

¹ <https://theaseanpost.com/article/asean-tackling-drug-menace-today>: The ASEAN Cooperation Plan consists of six components; “the precursor chemicals smuggling interdiction or suppression plan; suppression of illicit drugs trafficking via land, waterways, air routes plan; investigation and arrest of major drug producers or traffickers, warrant fugitives, and suppression of drug syndicates plan; demand reduction, health, and area development promotion plan; administrative mechanisms development plan; and seeking cooperation from parties outside the Region plan.”

kembali moratorium hukuman mati serta mempertegas narasi “perang terhadap narkoba” dalam berbagai kesempatan tak lama setelah Joko Widodo dilantik sebagai presiden pada 2014.

Kepala BNN Budi Waseso (2015-2018) memperkuat sikap itu lewat pernyataan, Indonesia dalam kondisi darurat narkoba dengan jumlah kematian 50 orang per hari karena narkoba pada 2016². Sementara itu, kepala BNN saat ini, yang diangkat 2018, Heru Winarko mengatakan, sesuai perintah Presiden Joko Widodo langkah untuk memerangi narkoba adalah dengan menekan pasokan dan permintaannya.

Konsumsi narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA) sudah lama tercatat dalam sejarah masyarakat dunia, termasuk Indonesia. Pencatatannya bukanlah sekedar sebagai zat yang besar mudaratnya tetapi justru sejarah pemanfaatan yang panjang dan mengakar secara lokal di masyarakat. Ganja, opium, koka, dan zat-zat *psychedelic* telah selama berabad-abad menjadi bahan-bahan dasar obat, perawatan, maupun dalam upacara-upacara tradisional dan spiritual.

Patri Handoyo, dalam bukunya *War on Drugs*³ secara elaboratif memaparkan pemanfaatan medis narkoba di dunia maupun Indonesia serta perannya sebagai alat kontrol sosial. Pelarangan terhadap narkoba menjelang abad ke-19 diterapkan sebagai kontrol sosial pada kelompok masyarakat tertentu. Pendekatan pelarangan (*prohibition*) yang diwujudkan melalui “*war on drugs*” dalam bentuk-bentuk awal di Amerika Serikat (AS), ditemukan dalam aturan anti-opium sejak 1870-an yang diarahkan pada imigran Tionghoa; tahun 1900-an dalam bentuk antikokain yang diarahkan pada warga Afrika-Amerika terutama di wilayah selatan negara tersebut; serta sejak tahun 1910-an dan 1920-an dalam bentuk aturan antimarijuana (ganja) yang terutama berdampak pada komunitas turunan Meksiko.

Istilah “*war on drugs*” dipopulerkan Presiden AS, Richard Nixon, Juni 1971, sebagai pengalihan dari tekanan politik kelompok pemuda dari gerakan sipil yang tumbuh sejak 1960-an serta menjadi landasan untuk menghentikan kegiatan riset yang mengevaluasi pemanfaatan NAPZA. Pelarangan konsumsi pribadi narkoba pun diteruskan dan ditingkatkan intensitasnya di tahun 1980-an yang menyebabkan tingginya pemenjaraan konsumen yang memperoleh narkoba di pasar gelap.

Pada saat yang sama, HIV dan AIDS mulai menyebar. Penyediaan dan akses layanan pencegahan dalam bentuk pengurangan dampak buruk konsumsi narkoba (*harm reduction*) juga terhalang⁴⁵.

Di Indonesia, konsumsi narkoba ditemukan sejak zaman kolonial. Sejak abad ke-15, pengelana kolonial dari Belanda merekam adanya lebih dari 1.000 ruang konsumsi opium (*opium den*) di Jakarta dengan lebih dari 100.000 orang terdaftar sebagai pelanggan. Stamford Raffles pun ketika berada di Jawa tahun 1817, mencatat adanya konsumsi opium, ganja, pinang, dan minuman beralkohol lokal. Masyarakat Aceh memanfaatkan ganja sebagai bumbu dapur^{6,7}.

² <http://www.antaraneews.com/berita/548440/bnn--50-orang-meninggal-per-hari-karena-narkoba>

³ Handoyo P, *War on Drugs: Refleksi Transformatif Penerapan Kebijakan Global Pemberantasan Narkoba di Indonesia*, Svantara & Rumah Cemara, 2014, P. 55

⁴ Presiden Nixon menunjuk sebuah Komisi untuk meninjau manfaat Napza yang di tahun 1972 merekomendasikan dekriminialisasi kepemilikan dan distribusi Cannabis untuk pemanfaatan individual/mandiri. Presiden Nixon mengacuhkan dan menolak rekomendasi tersebut.

⁵ <http://www.drugpolicy.org/issues/brief-history-drug-war>

⁶ Drug Addiction - Indonesia - Worldpress.org

⁷ http://www.issdp.org/conference-papers/2012/2012_papers/Nasir%20S%20-%20Drug%20policy%20in%20Indonesia%20-%20law%20amendments%20but%20punitive%20approach%20remains.pdf

Laporan yang disusun oleh Diskusi Indonesia Cerdas NAPZA dan Rumah Cemara⁸, secara ekstensif memaparkan sejarah legitimasi perang narkoba oleh Republik Indonesia melalui ratifikasi Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika 1961, Psicotropika 1971, serta Melawan Perdagangan Gelap Narkotika dan Psicotropika 1988. Tindak lanjut dari ratifikasi tersebut adalah serangkaian penetapan dan perubahan undang-undang terkait narkoba yang dilakukan Indonesia pada 1976, 1997, serta terakhir dengan UU RI No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

Menelaah UU terakhir ini maupun ketiga UU sebelumnya, jelas bahwa konsideran yang digunakan dibatasi pada ratifikasi konvensi PBB serta bukan pada konteks lokal. Demikian juga dengan peraturan perundangan lainnya yang terkait dengan konsumsi narkoba termasuk mengenai kesehatan, perlindungan anak, kesejahteraan sosial, dan jaminan sosial. Dengan demikian, penetapan UU ini tidak dapat dipisahkan dari peran negara-negara seperti AS maupun Eropa di PBB yang menjadi pendukung kebijakan pelarangan global narkoba saat itu.

Negara-negara Barat saat itu sedang mengalami perang ideologi dengan perang dingin di tingkat global. Selain itu, secara internal mereka pun mengalami beragam pergolakan sosial seperti persoalan integrasi dan segregasi rasial di AS, feminisme di tingkat global, bahkan kemerdekaan dari berbagai negara jajahan di belahan bumi selatan.

Sepanjang sejarahnya, penetapan golongan narkoba dan zat adiktif (baik yang organik maupun sintesis) di mana konsumsi dan pemanfaatannya perlu didukung riset ilmiah, tidak pernah melalui proses farmakologis tersebut, melainkan melalui proses politik.

II. Dampak dan Hasil Perang Narkoba

Pelarangan total konsumsi narkoba mendorong konsumennya terlibat pasar gelap. Pada saat yang sama, pedagang narkoba secara inovatif menarik konsumen sejak dini dan meningkatkan produksinya untuk dipasarkan dengan harga yang tidak terkontrol. Perluasan pasar gelap NAPZA melalui penyelundupan melewati batas wilayah Republik Indonesia melampaui hasil dari usaha aparat membongkar kasus-kasus ini. Sebagai contoh, lebih dari dua ton sabu dari Tiongkok ditemukan di perairan Batam dengan empat warga RRT ditetapkan sebagai tersangka.

BBC News Indonesia melanjutkan laporannya dengan Survei BNN yang mengungkapkan bahwa keberhasilan aparat penegak hukum dalam pembongkaran penyelundupan mencapai sekitar 10%. Pejabat BNN dalam wawancara tersebut menambahkan bahwa, "Ketika pasar tidak berhasil ditekan, jadi angka permintaan tetap tinggi." Indonesia menjadi sasaran sindikat narkoba karena dipandang sebagai "pasar yang bagus". Ditambahkan bahwa jumlah penduduk yang besar, perkembangan ekonomi yang terus meningkat menjadi daya tarik utama⁹.

Di Indonesia, "perang terhadap narkoba" menerapkan pendekatan pidana hingga hukuman mati. Aturan itu diterapkan untuk kepemilikan, produksi, impor-ekspor, termasuk konsumsi pribadi tanpa izin sejak 1976. Pendekatan yang demikian represif terhadap konsumen narkoba pun tidak mengurangi prevalensi penggunaannya di tanah air, sebagaimana dapat disimak dari data berikut:

- Penduduk yang coba-coba konsumsi narkoba jumlahnya meningkat: 800 ribuan (2008); 1,15 juta (2011); 1,62 juta (2014); dan 1,90 juta (2017);
- Biaya konsumsi narkoba naik dari Rp15 triliun (2008); Rp17 triliun (2011); Rp42 triliun (2014); dan Rp69 triliun (2017) menjadi pendapatan tahunan sindikat kejahatan.

⁸ Indonesia Cerdas Napza - Intuisi Inc, Laporan Negara tentang Napza 1976-2016, Rumah Cemara, 2016 : <file:///Users/home/Downloads/2016%2006%20Drug%20Country%20Report%20-%20Indonesia.pdf>

⁹ <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-43198966>



Gambar 1. Ilustrasi kegagalan perang terhadap narkoba (sumber: tirtod)

(satu jarum digunakan secara bergantian) adalah cara untuk menghindari ditemukannya alat suntik sebagai barang bukti ketika terjadi razia. “Perang terhadap narkoba” membuat konsumen ketakutan tertangkap oleh aparat walaupun hanya membawa alat suntik steril untuk mencegah penularan virus darah¹¹.

C. Persoalan

UNAIDS melaporkan adanya 48.000 (43.000-52.000) kasus HIV baru dan 38.000 (34.000-43.000) kasus kematian terkait AIDS pada 2016 di Indonesia. Dari 620.000 (530.000-730.000) orang yang hidup dengan HIV baru 13% (antara 11-15%) yang mengakses terapi obat Antiretroviral. Sedangkan prevalensi HIV pada kelompok berisiko¹² tertular maupun menularkan HIV, dapat dibagi sebagai berikut¹³:

- Pekerja seks, 5,3%
- Lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki (LSL), 25,8%

5,2 juta orang yang hidup dengan HIV (2017) di wilayah Asia dan Pasifik. Cina, India dan **Indonesia**, hampir tiga perempat dari jumlah total orang yang hidup dengan HIV di ketiga negara tersebut. (<https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/asia-pacific/overview>)

¹⁰ Sistem Database Masyarakat – Ditjen Masyarakat Kementerian Hukum dan HAM RI, 2018

¹¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810522/>

¹² HIV dan AIDS terkonsentrasi di kelompok populasi tertentu yang berisiko tinggi tertular dan menularkan infeksi tersebut sehubungan dengan perilaku mereka yang berisiko seperti berhubungan seks tanpa kondom dan penggunaan jarum terkontaminasi secara bergantian.

¹³ Data dapat ditemukan di website UNAIDS Indonesia. Dicatat juga adanya penurunan jumlah infeksi baru sejak tahun 2010 sebesar 22% dan adanya peningkatan kematian terkait AIDS sebesar 68%.

- Pengguna NAPZA suntik (penasun), 28,76%
- Waria, 24,8%
- Warga binaan pemasyarakatan (tahanan dan narapidana), 2,6%. Jumlah konsumen narkotika yang menjadi terpidana naik dari 28.609 per Desember 2014 menjadi 36.734 penghuni pada akhir 2017. Hingga Juni 2018, pemerintah telah menahan hampir 250.000 narapidana di penjara di seluruh negeri. Kapasitas total penjara hanya dapat menampung setengah dari angka tersebut¹⁴.

Meskipun prevalensi nasional rendah, HIV di sejumlah wilayah Indonesia dan beberapa kelompok demografi berada pada tingkat epidemi. Di Jawa, Bali, dan beberapa provinsi di bagian utara Sumatera, ada epidemi HIV terkonsentrasi, sebagian besar di antaranya pengguna narkoba suntik¹⁵.

Perdebatan pendekatan penanganan narkoba di Indonesia adalah kontestasi antara pendekatan *zero tolerance* pada konsumsi dalam bentuk “perang terhadap narkoba” dengan pendekatan pengurangan dampak buruk konsumsinya. Perbedaan mendasar keduanya adalah fondasi konseptual yang sangatlah berjarak, di mana “perang terhadap narkoba” secara murni berbasis hukum pidana yang mengedepankan tindakan represif dan pemenjaraan. Sedangkan pendekatan pengurangan dampak buruk berbasis pada konsep-konsep sosial dan kesehatan yang pragmatis serta mengedepankan kesehatan masyarakat.

Pendekatan pertama, dengan berdasarkan UU RI No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, memandang konsumen sebagai pelaku kejahatan. Pendekatan kedua memandang konsumen sebagai seorang warga negara dengan persoalan kesehatan yang membutuhkan pemulihan dan pengobatan.

Penelitian Institute of Criminal Justice Reform (ICJR) yang meninjau rehabilitasi pengguna narkotika dalam praktik peradilan pada tahun 2016 menyebutkan, hanya 6% dari 30 putusan hakim menjatuhkan hukuman rehabilitasi pada terdakwa, yang mana putusan rehabilitasi secara utuh diberikan hanya kepada anak. Keputusan hukum ini dijatuhkan meskipun sudah diterbitkan Surat Edaran Mahkamah Agung (SEMA) No. 07 Tahun 2009 dan SEMA No. 04 Tahun 2010 yang menetapkan kualifikasi bagi pelaku penyalahgunaan, korban penyalahgunaan, dan pecandu narkotika yang dapat ditempatkan di rehabilitasi. Meskipun demikian, keputusan hakim menurut SEMA ini untuk rehabilitasi merupakan bentuk hukum pidana yang bersifat memaksa.

Bersama dengan meningkatnya dampak buruk kesehatan dan kehidupan sosial sebagian warga, perluasan pasar gelap narkoba di tanah air hanya dapat dibongkar 10% oleh aparat negara. Di tengah tidak terkendalinya peredaran narkoba di masyarakat, sejumlah warga negara yang mengonsumsi narkoba kian luput dari mekanisme yang mempertimbangkan kesehatan dan pemulihan. Mereka kian menjauh dari layanan publik, baik dalam bidang kesehatan maupun dari kontrol sosial masyarakat.

Timbul pertanyaan, apakah pendekatan penghukuman ini strategis mengendalikan peredaran narkoba di Indonesia serta memulihkan warga Indonesia dari ketergantungan narkoba yang dialaminya? Adakah pendekatan inovatif yang lebih efektif dibandingkan “perang terhadap narkoba” yang sudah 40 tahun lebih diterapkan di Indonesia?

¹⁴ <https://theconversation.com/why-indonesia-should-stop-sending-drug-users-to-prison-101137>

¹⁵ <https://www.unodc.org/indonesia/en/issues/hiv-and-drugs.html>

D. Pembahasan: Mengendalikan Narkotika dengan Pendekatan Kesehatan Masyarakat

Pemerintah menghadapi tantangan prevalensi konsumsi narkoba dan HIV: mengurangi dampak buruk

“Perang terhadap narkoba” mendorong konsumennya ke pasar gelap, menjauhi ruang publik dan layanan kesehatan dan sosial yang disediakan negara. Persoalan kelebihan kapasitas di penjara atau lapas justru disebabkan sistem peradilan Indonesia yang mudah mengirim penjahat ke penjara bahkan untuk kasus-kasus kecil. Di bawah sistem ini, pengguna narkoba dikirim ke penjara, bukan diberikan akses layanan kesehatan. Mereka bahkan dikategorikan sebagai pelaku kejahatan serius bersama dengan terpidana korupsi dan terorisme.

Belum lagi soal efektivitas pemenjaraan. Berapa banyak kasus peredaran narkoba di penjara baik yang terbongkar maupun tidak? Berapa banyak aparat yang terlibat dalam bisnis gelap narkoba?¹⁶

Data terbaru menunjukkan bahwa pengguna narkoba menyumbang sepertiga dari penghuni penjara karena kejahatan serius¹⁷. Ketakutan dipenjarakan hingga dihukum mati di tengah kelompok ini diperparah dengan kurang tersedianya layanan kesehatan yang memperhatikan kondisi ketergantungan serta penularan HIV, dan komorbid lainnya seperti TBC dan Hepatitis pada pengguna NAPZA. Belum lagi citra buruk yang disebarkan berkat narasi negatif dari lembaga-lembaga pemerintah seperti BNN maupun dari kelompok religi. Maka, sejak awal 2000-an, Pemerintah RI memutuskan perlunya pendekatan yang menyeluruh dalam menghadapi persoalan HIV secara umum maupun NAPZA secara khusus.

Pemerintah Indonesia menanggapi tantangan konsumsi dan ketergantungan narkoba sekaligus mengendalikan penyebaran HIV di tengah masyarakat secara intensif sejak 2006. Pada saat itu, dibentuklah Komisi Penanggulangan AIDS Nasional berdasarkan Peraturan Presiden RI No.75 Tahun 2006 yang diketuai Menkokesra dengan wakil ketua Menkes dan Mendagri.

Depkes RI pada 2007 menyelenggarakan Surveilans Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) di Indonesia yang mengindikasikan prevalensi HIV pada penasun sebesar 52,4%.

Dibanding dengan kelompok berisiko lainnya seperti LSL, pekerja seks, dan waria¹⁸, prevalensi HIV pada penasun merupakan yang tertinggi. Survei serupa yang dilaksanakan pada 2011 juga menunjukkan prevalensi HIV pada penasun masih yang tertinggi, yakni 36,0%¹⁹.

Lonjakan penularan HIV pada awal 2000-an di Indonesia disebabkan tingginya pemakaian alat suntik narkoba secara bergantian. Oleh karenanya, Pemerintah RI mengambil langkah konkret untuk mengembangkan sistem yang tidak hanya menyediakan layanan kesehatan bagi pengguna tetapi juga melindungi hak-hak warga negara atas layanan publik yang layak. Pada 2007, KPAN menerbitkan Peraturan Menkokesra No.2/2007 tentang Kebijakan Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS melalui Pengurangan Dampak Buruk Penggunaan NAPZA Suntik²⁰.

Pengurangan dampak buruk (PDB)²¹ konsumsi NAPZA suntik untuk penanggulangan HIV dan AIDS adalah suatu cara praktis dalam pendekatan kesehatan masyarakat yang bertujuan

¹⁶ <http://rumahcemara.or.id/keterlibatan-aparat-dalam-bisnis-narkoba-tidak-mengejutkan/>

¹⁷ <https://theconversation.com/why-indonesia-should-stop-sending-drug-users-to-prison-101137>

¹⁸ LSL adalah Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lain. Sedangkan waria, singkatan wanita dalam tubuh pria, adalah laki-laki yang mengidentifikasi diri sebagai perempuan dengan tetap berbadan biologis laki-laki

¹⁹ <https://www.kebijakanaidssindonesia.net/id/49-general/1603-sejarah-hiv-aids>

²⁰ <file:///Users/home/Downloads/permenkokesra-ri-no-02-tahun-2007-tentang-kebijakan-nasional-penanggulangan-hiv-dan-aids-melalui-pengurangan-dampak-buruk-pengguna.pdf>

²¹ PDB juga dikenal sebagai *harm reduction* atau *harm minimization*. Adapun hirariki risiko yang menjadi justifikasi perlunya pengutamakan pengurangan dampak buruk ketika tidak mampu absiten dari Napza. Hirariki risiko sebagai berikut: (1) Hentikan atau jangan pernah menggunakan napza. (2) Jika anda menggunakan napza gunakan dengan cara selain menyuntik. (3) Jika anda melanjutkan penggunaan napza suntik, jangan berbagi jarum, sendok, filter dengan pengguna napza lain / gunakan perlengkapan

mengurangi akibat negatif pada kesehatan karena konsumsi NAPZA dengan cara suntik. Layanan praktis yang dimaksud adalah Layanan Alat Suntik Steril (LASS)²², Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM)²³, maupun pengobatan dan perawatan bagi pengidap HIV melalui sistem layanan kesehatan publik bekerja sama dengan LSM maupun jejaring masyarakat setempat. Peraturan ini pun secara eksplisit memayungi akses bagi pengguna NAPZA dalam bentuk jaminan perlindungan bagi semua yang menjadi pasien institusi kesehatan.

Puskesmas dan rumah sakit setempat ditunjuk dan dilatih untuk menerima dan melayani pengguna narkoba sebagai pasien baik untuk program pencegahan dalam bentuk LASS maupun PTRM (Permenkes No.55/2015 tentang Pengurangan Dampak Buruk pada Pengguna NAPZA Suntik). Melalui platform kesehatan LKB (Layanan Komprehensif dan Berkesinambungan) yang melibatkan pemerintah pusat dan daerah, LSM dan kelompok masyarakat serta unit-unit pelayanan di tingkat daerah dalam dukungan dan fasilitasi layanan psikososial dan kesehatan terkait HIV dan AIDS, IMS, serta TBC di Indonesia sejak 2011, membawa manfaat dengan penurunan tingkat prevalensi HIV pada penasun dari 42% pada tahun 2011 menjadi 36% pada tahun 2013²⁴.

Pasar gelap kehilangan kekuatan atas pengguna: Pemerintah mengontrol peredaran NAPZA

Menghadapi tantangan prevalensi konsumsi narkoba suntik serta penyebaran infeksi HIV dan Hepatitis C di tengah masyarakat, pada awal 2000-an, Pemerintah RI mengambil langkah berani untuk mendahulukan kualitas kesehatan pengguna narkoba yang menjadi korban pendekatan pidana narkoba. Kontrol peredaran NAPZA justru dapat dilakukan dengan pendekatan kesehatan ini dan bukan yang represif (pendekatan pidana dengan senjata).

Ketika pemerintah menyediakan heroin sintetis dalam bentuk metadon cair melalui rumah sakit dan puskesmas, maka yang terkena dampak adalah pasar gelap heroin. Layanan ini ditujukan agar konsumen beralih cara konsumsi dari menyuntik ke meminum serta dari konsumsi narkoba jalanan ke latar narkotika medis yang legal. Dengan demikian mereka terhindar dari risiko penularan HIV dan hepatitis C, dalam perawatan dan pengawasan layanan kesehatan serta dalam koridor hukum yang jelas legal. Layanan ini disediakan berdampingan dengan penyediaan alat suntik steril karena memperhitungkan kuatnya pola penyuntikan narkoba.

menyuntik yang baru setiap penggunaan, jika anda menggunakan perlengkapan menyuntik baru setiap saat anda tidak akan tertular virus seperti HIV (kecuali seseorang telah menggunakan perlengkapan suntik anda sebelumnya tanpa sepengetahuan anda); (4) Jika anda terpaksa menggunakan kembali perlengkapan suntik (jarum atau perlengkapan lainnya), bersihkan jarum dengan metode yang benar. Memang masih ada beberapa resiko tertular HIV setelah membersihkan jarum, namun pembersihan jarum akan mengurangi resiko tersebut.

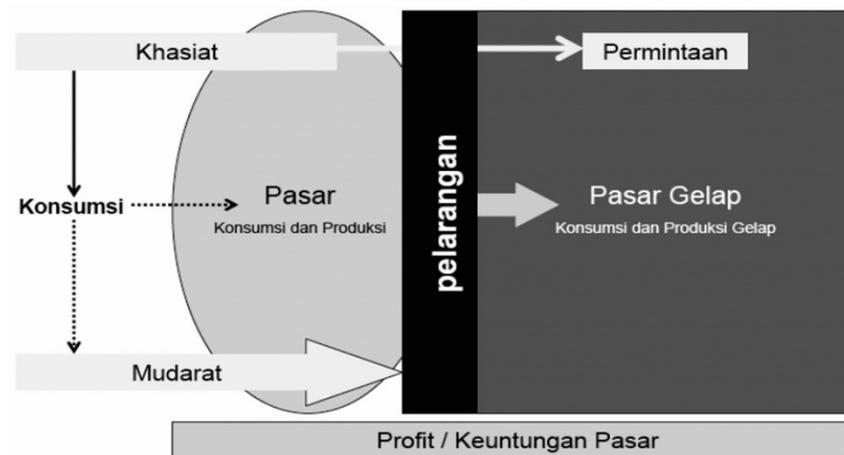
²² LASS adalah layanan alat suntik steril bagi para pengguna narkoba suntik. Tujuannya adalah memangkas jalur penyebaran HIV dan Hepatitis C. Di Indonesia, jarum suntik suci hama dibagikan dengan gratis melalui puskesmas-puskesmas yang telah ditunjuk. Selain membagikan alat suntik baru, Puskesmas yang telah ditunjuk juga menampung pengembalian jarum suntik yang sudah dipakai. Dapat juga merujuk pada Pedoman pengendalian HIV/AIDS dan PIMS di tingkat fasilitas kesehatan primer (http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/4_Pedoman_Fasyankes_Primer_ok.pdf)

²³ Metadon adalah opiat (bahan yang terkandung dalam opium) sintetis (buatan) yang termasuk Golongan II narkotika menurut Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika "yang berkhasiat pengobatan" dan "digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi paliatif, serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan. PTRM Adalah pemberian obat metadon harian kepada pasien ketergantungan heroin di institusi kesehatan seperti Puskesmas atau Rumah Sakit dengan pengawasan langsung oleh petugas kesehatan. Sifatnya rumatan atau mempertahankan pasien selama mungkin menjalani terapi tersebut sampai akhirnya dosis dapat diturunkan bertahap dan, bila memungkinkan, berhenti.

²⁴ Perlu juga dicatat bahwa tahun 2016, Pemerintah sudah menyediakan obat ini secara gratis di layanan. Dan layanan ini tidak hanya beberapa tapi sudah meluas, sekitar 5.124 fasilitas pelayanan kesehatan di 34 provinsi yang bisa diakses ODHA. Saat ini diperkirakan terdapat 640.000 orang yang hidup dengan HIV di Indonesia. Lalu, baru 47 persen yang mengetahui status HIV-nya dan sekitar 15 persen yang berada dalam pengobatan ARV. Kemenkes menargetkan, pada tahun 2030 Indonesia mampu mengakhiri epidemik HIV/AIDS dengan target 90:90:90. Artinya, 90 persen ODHA mengetahui status HIV-nya, 90 persen orang dengan HIV/AIDS (ODHA) menjalani pengobatan ARV, dan 90 persen ODHA yang menjalani pengobatan ARV menekan perkembangan virus dalam tubuhnya sehingga mengurangi secara signifikan risiko penularan HIV di masyarakat.

Penjelasan dari Patri Handoyo dalam *War On Drugs*²⁵, menjabarkan bahwa pendekatan pelarangan dengan mengedepankan pemenjaraan daripada pemulihan, justru mendorong produksi dan peredaran narkoba ke pasar gelap (*black market*), sekaligus konsumsi di bawah kekuasaan pedagang gelap, di luar kontrol negara - umumnya dikuasai "sindikatis". Karena tidak ada kontrol resmi, maka kualitas NAPZA maupun harga dikuasai penuh oleh pedagang tanpa menghiraukan dampak pada konsumen. Harga tinggi pun ditentukan untuk kualitas NAPZA yang buruk bahkan berbahaya bagi kesehatan konsumen.

Rendahnya kualitas produk yang dikonsumsi menimbulkan kebutuhan yang berulang agar konsumen tetap bisa produktif dalam keseharian. Dengan patokan harga yang sudah tinggi, tidak jarang konsumen didorong untuk melakukan tindakan kriminal seperti mencuri demi memenuhi kebutuhan narkoba yang diperoleh di pasar gelap tersebut. Proses ini dapat dilihat secara visual dalam gambar di bawah ini:



Gambar 2. Skema Pelarangan Narkoba

Beban pun tidak hanya ada di pengguna dan keluarga (termasuk finansial, relasi, dan emosi) bila ada pemenjaraan, tetapi juga dialami negara. Salah satunya, dalam bentuk penyebaran infeksi HIV dan hepatitis C yang tidak terkendali. Dengan penyediaan layanan-layanan yang memfasilitasi peningkatan kesehatan pengguna NAPZA, maka mereka yang sebelumnya menjadi konsumen pasar gelap beralih mengakses layanan kesehatan publik dari pemerintah.

Menurunnya dana pengurangan dampak buruk konsumsi NAPZA Indonesia: Ekonomi yang membaik, narasi yang memburuk

Sejak tahun 2000-an, seiring dengan perkembangan dan perluasan layanan kesehatan untuk pengguna NAPZA di Indonesia, pemerintah memperoleh pengakuan global atas pendekatannya yang progresif itu. Tidak jarang Indonesia menjadi tempat bagi negara lain untuk belajar penanganan HIV dan narkoba yang tepat sasaran dan efektif.

Sejak 2011, Indonesia dipercaya sebagai *leading country* di lingkungan ASEAN untuk platform *ASEAN Cities Getting to Zero* ketika menjadi tuan rumah *ASEAN Summit* di Jakarta. Negara-negara anggota berkomitmen melalui *ASEAN Declaration of Commitment: Getting Zero New HIV Infections, Zero Discrimination and Zero AIDS Related Deaths*. Indonesia juga menjadi negara pertama di Asia Tenggara yang menyediakan PTRM di lingkungan penjara²⁶.

²⁵ Handoyo, Patri, Op.cit. hlm 65

²⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329723/>

Dengan dukungan masyarakat sipil, Indonesia mengembangkan program pemulihan adiksi berbasis masyarakat (PABM) sebagai kolaborasi Kementerian Sosial dan KPAN di samping program-program dasarnya (LASS dan PTRM). Sinergi masyarakat dan pemerintah dalam membangun sistem dukungan sosial bagi pengguna NAPZA menjadikan Indonesia sebagai *learning center* dunia selama sepuluh tahun.

Dukungan domestik dari APBN dan APBD terutama untuk program-program nonmedis yang disandingkan dengan bantuan luar negeri kepada Kemkes dan KPAN serta LSM lokal turut mendukung prestasi Indonesia dalam bidang penanggulangan HIV dan narkoba. Intensitas program ini di awal 2000-an membawa pada menurunnya tingkat HIV di kalangan pengguna NAPZA suntik dari 53 persen pada tahun 2007 menjadi 36 persen pada tahun 2011²⁷.

Fokus administrasi pemerintahan pada peningkatan ekonomi bangsa, dibarengi dengan meningkatnya intensitas untuk mengambil tindakan keras menghadapi persoalan narkoba termasuk tembak di tempat pengedar, berdampak terhadap prestasi Indonesia yang dibangun satu dekade tersebut. Pada 2015, hanya dua bulan setelah dilantik, Presiden Jokowi mengumumkan keadaan darurat narkoba dan memerintahkan eksekusi mati 14 terpidana kasus narkoba.

Sepanjang Januari hingga April 2015, sejumlah peneliti dan advokat mendokumentasikan adanya peningkatan penggunaan tindakan pemaksaan, kepadatan hunian penjara, termasuk penggerebekan oleh penegak hukum, pengujian urine untuk narkoba secara paksa, dan penahanan tanpa keterangan. Amnesty Internasional Indonesia mengingatkan bahwa penggunaan kekuatan mematikan yang disengaja, termasuk senjata api, hanya dapat dilakukan sebagai upaya terakhir dan hanya ketika tidak dapat dihindari, untuk melindungi nyawa atau cedera berat, namun justru menjadi pendekatan awal dalam penahanan²⁸.

Di samping itu, meningkatnya status Indonesia menjadi *lower middle income country*²⁹, mengakibatkan berkurangnya dukungan internasional karena mulai dialihkan kepada negara-negara yang dipandang lebih rendah tingkat ekonominya seperti di Afrika. Di Indonesia, pemberi dana internasional terbesar adalah The Global Fund (GF) yaitu sebuah skema finansial multilateral pemberian dana melalui jalur pemerintah³⁰. GF menjadi skema utama pendanaan sehingga sebagian sumber dana yang selama ini membiayai ragam kegiatan di Indonesia menarik diri dan mengalihkannya ke GF.

Saat ini, USD 3,9 juta digunakan melalui GF untuk program pengurangan dampak buruk konsumsi narkoba (atau 4% dari total pendanaan GF di Indonesia). Pada saat yang sama, GF mengurangi pendanaan program ini secara global sebesar 18% dari 2011 ke tahun 2016. Harm Reduction International melakukan pemodelan matematis yang mengindikasikan bahwa di tingkat global, pengalihan 7,5% dari kegiatan *drug control* ke kegiatan pengurangan dampak buruk, justru membawa penurunan 94% infeksi HIV baru di antara pengguna narkoba suntik tahun 2030³¹.

Negara-negara dengan pendekatan “war on drugs” mengeluarkan biaya sekitar USD100 miliar per tahun untuk memidanakan konsumen narkoba. Mereka justru tidak hanya gagal mengurangi prevalensi konsumsi narkoba, namun malah meningkatkan kriminalitas terkait narkoba yang berdampak menjauhkan akses kesehatan dan layanan pendukung, dan memicu epidemi HIV dan hepatitis C. Sebagai contoh, epidemi HIV di kalangan pengguna NAPZA suntik di pulau Cebu,

²⁷ <https://www.aljazeera.com/indepth/opinion/2017/07/jokowi-war-drugs-harm-good-170725101917170.html>

²⁸ <https://nasional.kompas.com/read/2018/08/17/16372691/amnesty-international-polisi-tembak-mati-77-orang-jelang-asian-games?page=all>; <https://www.matamatapolitik.com/ Pernyataan-perang-jokowi-terhadap-Narkoba-lebih-membahayakan-daripada-menguntungkan/>

²⁹ <https://data.worldbank.org/country/indonesia>

³⁰ <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/global-response/funding>

³¹ Harm Reduction International's 'The Case for a Harm Reduction Decade' Report, 2016

Filipina yang meningkat menjadi 54 persen pada 2010. Pada 2007, angkanya kurang dari 1 persen. Peningkatan ini dapat dikaitkan dengan kebijakan penembakan ekstrajudisial dari Presiden Duterte, yang diterapkan sejak presiden ini masih menjabat sebagai walikota Kota Davao di kota tersebut, dan dibawa ke tingkat nasional³².

Akibat globalnya, lebih dari 80 persen target PBB untuk mengurangi separuh infeksi HIV di antara orang-orang yang menyuntikkan narkoba di seluruh dunia pada tahun 2015 jadi luput. Hal ini menjadi kinerja terburuk dari target yang disepakati pada Pertemuan Tingkat Tinggi PBB 2011 tentang HIV dan AIDS, di mana Indonesia merupakan salah satu anggota aktif.

1. Apakah pendekatan Perang terhadap Narkoba menghasilkan dampak yang diinginkan yakni mengecilnya pasar Narkoba (*drug market*)?
2. Apakah Indonesia dapat mengklaim bahwa ada kemajuan dalam mewujudkan Indonesia Bebas Narkoba?

E. Apa yang dibutuhkan Indonesia untuk mengatasi persoalan NAPZA di wilayah NKRI

Program pengurangan dampak buruk – pendekatan efektif mengendalikan narkoba di tengah masyarakat

Kegagalan mengendalikan narkoba yang masuk ke wilayah tanah air maupun yang diproduksi di tengah masyarakat, menjadi pengingat bahwa pemerintah perlu serius merefleksikan langkah-langkahnya selama ini. Pendekatan penghukuman sudah terbukti tidak menurunkan jumlah konsumen maupun produsen narkoba. Maka perlu pendekatan yang lebih berani dan inovatif. Dalam hal ini, Indonesia selama satu dekade lebih membuktikannya ketika sudah menjalankan secara intensif program pengurangan dampak buruk melalui puskesmas, rumah sakit, serta kolaborasi dengan masyarakat setempat.

Dengan masih berpaku pada UU No.35/2009 tentang Narkotika, maka jelas bahwa narkotika bukanlah zat tanpa manfaat dan masih digunakan dalam konteks medis sehari-hari. Beberapa pasal yang mendukung kondisi ini di antaranya:

- Pasal 7: Narkotika hanya dapat digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- Pasal 8: (1) Narkotika Golongan I dilarang digunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan; (2) Dalam jumlah terbatas, Narkotika Golongan I dapat digunakan untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan untuk reagensia diagnostik, serta reagensia laboratorium setelah mendapatkan persetujuan Menteri atas rekomendasi Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan.
- Pasal 9: Menteri menjamin ketersediaan Narkotika untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dengan dijalankannya PTRM, pemerintah berhasil mengendalikan distribusi dan kualitas heroin (sintetis) yang sebelumnya diperoleh konsumen di jalanan. Konsumen dapat mengontrol konsumsinya dan sekaligus mengambil kendali kehidupannya karena tidak tergantung lagi pada kondisi putus zat dan menjadi produktif. Melalui program LASS di puskesmas, konsumen semakin sering bertemu dengan petugas kesehatan, dan memberikan kesempatan bagi petugas untuk secara berkala mengevaluasi kesehatan mereka serta mengantisipasi kebutuhan kesehatannya, termasuk pencegahan dan perawatan HIV dan hepatitis C.

³² op.cit. Matapolitik

Konsep pengendalian NAPZA tidak hanya melalui jalur kesehatan publik tetapi juga jalur perdagangan oleh negara kembali dielaborasi Patri Handoyo dengan mengatakan produk-produk farmasi yang berbasis NAPZA termasuk opium dan ganja harus dikendalikan negara. Kewenangan pasokannya berada di bawah Kementerian Kesehatan dan produk-produknya diawasi oleh Badan POM, sebagaimana zat narkotika pada umumnya. Perolehannya hanya dapat dilakukan di gerai-gerai farmasi dengan resep dokter sesuai kebutuhan medis.

Pengendalian harga juga ditentukan oleh negara, berbasis konteks ekonomi dan sosial lokal. Kendali harga dibutuhkan sebagai upaya meruntuhkan pasar gelap termasuk pemalsuan serta perlindungan konsumen dari produk-produk berbahan baku NAPZA dengan mutu yang tidak terjamin. Bisnis gelap produk-produk sejenis tentu tidak akan mampu bersaing, terutama secara harga bahkan mungkin kualitas. Tantangan menuju kebijakan tersebut tentu tidak sedikit³³.

Secara konseptual, ketika negara mengambil alih distribusi atau peredaran narkoba ke masyarakat, konsumen diberi kesempatan untuk kembali produktif dan menyumbang pada pembangunan bangsa. Kata kuncinya adalah menjaga produktivitas konsumen narkoba agar produktif menyumbang pada pembangunan bangsa sebagai warga negara. Ketika negara mengambil alih kekuasaan dari pasar gelap, dengan pengaturan kepemilikan untuk pengobatan, maka negara mendekriminalkan kepemilikan narkoba dalam batas yang diatur. Pengaturan NAPZA, memberikan ruang bagi konsumen untuk memenuhi kebutuhan medis atas NAPZA, produktif memenuhi kebutuhan dan menjauhkan dari kekerasan serta pemenjaraan yang padat.

Dengan demikian, pertanyaan pertama, apakah Indonesia dapat memperkecil pasar gelap narkoba? Maka jawabannya bisa, apabila menjauhi pendekatan penghukuman dan mengelola narkoba melalui sistem kesehatan dan perdagangan negara. Menjawab pertanyaan kedua, apakah dapat mewujudkan Indonesia yang bebas narkoba? Tentu masih perlu diperdebatkan apakah bebas narkoba adalah jawaban bagi masyarakat yang sehat, sejahtera, produktif, dan membangun.

10 persen anggaran pemedanaan untuk program pengurangan dampak buruk NAPZA pada tahun 2020 (10 by 20)

Saat ini, program pengurangan dampak buruk berada di ujung tanduk. Bila tidak dijaga, maka ledakan persoalan sosial dan kesehatan sebagaimana yang dialami di awal 2000-an akan kembali terjadi. Program-program yang secara langsung menyediakan layanan kesehatan bagi konsumen narkoba masih dibiayai oleh bantuan luar negeri, baik layanan sektor kesehatan pemerintah maupun oleh masyarakat sipil.

Beberapa aspek terkait pendanaan program pengurangan dampak buruk (*harm reduction*)

10 by 20 adalah kampanye bagi pemerintah untuk mengalihkan 10% dari seluruh dana yang saat ini digunakan untuk “perang terhadap narkoba” pada upaya perlindungan sosial dan kesehatan melalui program pengurangan dampak buruk yang efektif pada tahun 2020. Ini konsisten dengan rekomendasi UNAIDS bahwa pemerintah “melakukan penyeimbangan investasi dalam pengendalian narkoba untuk memastikan bahwa sumber daya yang dibutuhkan untuk layanan kesehatan masyarakat sepenuhnya didanai”.

³³ Handoyo Patri, Op.cit. Hlm 152

Tabel 1. Data HRI untuk Program Pengurangan Dampak Buruk Konsumsi Narkoba

Country	Harm reduction coverage	Transparency of spending data	Government investment in harm reduction	Civil society view on the sustainability of funding
Cambodia				
India				
Indonesia				
Nepal				
Thailand				
The Philippines				
Vietnam				

Pengalihan 10% pendanaan dari anggaran pemidanaan narkoba untuk program pengurangan dampak buruk pada tahun 2020 akan:

1. Menanggulangi AIDS di kalangan pengguna narkoba suntik hingga tahun 2030³⁴;
2. Kebutuhan pencegahan hepatitis C tahunan untuk pengguna narkoba suntik tercakupi: Secara global bahkan mencapai dua kali lipat;
3. Membiayai kebutuhan Nalokson³⁵ untuk menyelamatkan ribuan nyawa setiap tahun dari overdosis opioid;
4. Meningkatkan cakupan layanan program pengurangan dampak buruk di penjara yang masih rendah dengan angka penularan HIV dan HCV lebih tinggi daripada di populasi umum.
5. Memperkuat jaringan konsumen narkoba untuk dukungan sosial dan pemenuhan hak sipilnya.

F. Kesimpulan dan Rekomendasi

Kesimpulan

Dua dekade pelaksanaan program pengurangan dampak buruk konsumsi narkoba di Indonesia memastikan bahwa segala perencanaan dan penentuan program layanan perlu berbasis informasi menggunakan kaidah-kaidah ilmiah. Dengan pendekatan yang pragmatis, NAPZA yang beredar dan dikonsumsi masyarakat dikendalikan oleh pemerintah. Di sisi lain, kehidupan konsumen menjadi lebih berkualitas dan produktif. Beberapa kesimpulan khusus:

1. Pendekatan penghukuman dan represif dalam bentuk “perang terhadap narkoba” gagal mengontrol permintaan dan peredaran narkoba di tengah masyarakat;
2. Program pengurangan dampak buruk konsumsi narkoba menurunkan prevalensi HIV. Selama implementasinya intensif dan stabil; memberikan kesempatan bagi pengguna untuk lebih produktif dan berkontribusi pada pembangunan bangsa;
3. Indonesia memiliki pengalaman mengendalikan narkoba yang dikonsumsi konsumen melalui layanan pemerintah. Pengalaman ini berdampak pada menurunnya besaran pasar gelap narkoba;

³⁴ https://issuu.com/harmreductioninternational/docs/report_the_case_for_a_harm_reductio

³⁵ http://siha.depkes.go.id/portal/files_upload/218_file_20150428_155326_kepmenkes_metadhone_pdf.pdf, Hlm 32

4. Pendekatan pidana berwujud “perang terhadap narkoba” yang digalakkan para pemimpin negara berdampak pada berkurangnya dukungan pendanaan program pengurangan dampak buruk NAPZA melalui sistem kesehatan masyarakat. Status *lower middle income country* yang disematkan pada ekonomi Indonesia turut berdampak pada pengurangan dana bantuan tersebut;
5. Risiko peningkatan prevalensi HIV dan hepatitis C meningkat kembali melalui penggunaan alat suntik narkoba secara bergiliran yang berdampak pada risiko meningkatnya persoalan kesehatan dan sosial di tengah masyarakat;
6. Proyeksi pemodelan dari pengalaman global sudah memperhitungkan bahwa cukup dengan pengalihan 10 persen dari anggaran “perang terhadap narkoba” ke program-program kesehatan dalam mengurangi dampak buruk konsumsi narkoba, akan efektif mengurangi persoalan kesehatan dan sosial akibat konsumsinya.

Rekomendasi

1. Mendukung studi-studi kesehatan masyarakat yang secara komprehensif membahas persoalan konsumsi narkoba di Indonesia serta memanfaatkan pengalaman dan riset-riset yang sudah tersedia dari negara-negara lain sebagai referensi;
2. Menggali kembali pengalaman Indonesia dalam menjalankan program pengurangan dampak buruk untuk ditingkatkan intensitasnya, diperbaiki hal-hal yang dirasa kurang, serta diperkuat aspek-aspek terbaiknya sesuai kaidah ilmiah;
3. Mengalokasikan 10% anggaran program-program yang militeristis dan bersifat menghukum seperti “perang terhadap narkoba” ke program-program perlindungan sosial dan kesehatan masyarakat melalui pencegahan penularan penyakit dan pengendalian produksi-konsumsi narkoba hingga tahun 2020;
4. Menerbitkan kembali kebijakan perlindungan dan jaminan akses layanan kesehatan bagi konsumen narkoba mengacu pada Permenkokesra No.2/2007;
5. Narasi “perang terhadap narkoba” perlu dievaluasi dan direvisi bila terbukti secara ilmiah tidak efektif. Pendekatan kesehatan masyarakat perlu dipertimbangkan sebagai narasi penanggulangan narkoba di semua jajaran, baik jajaran kesehatan maupun jajaran kepolisian.