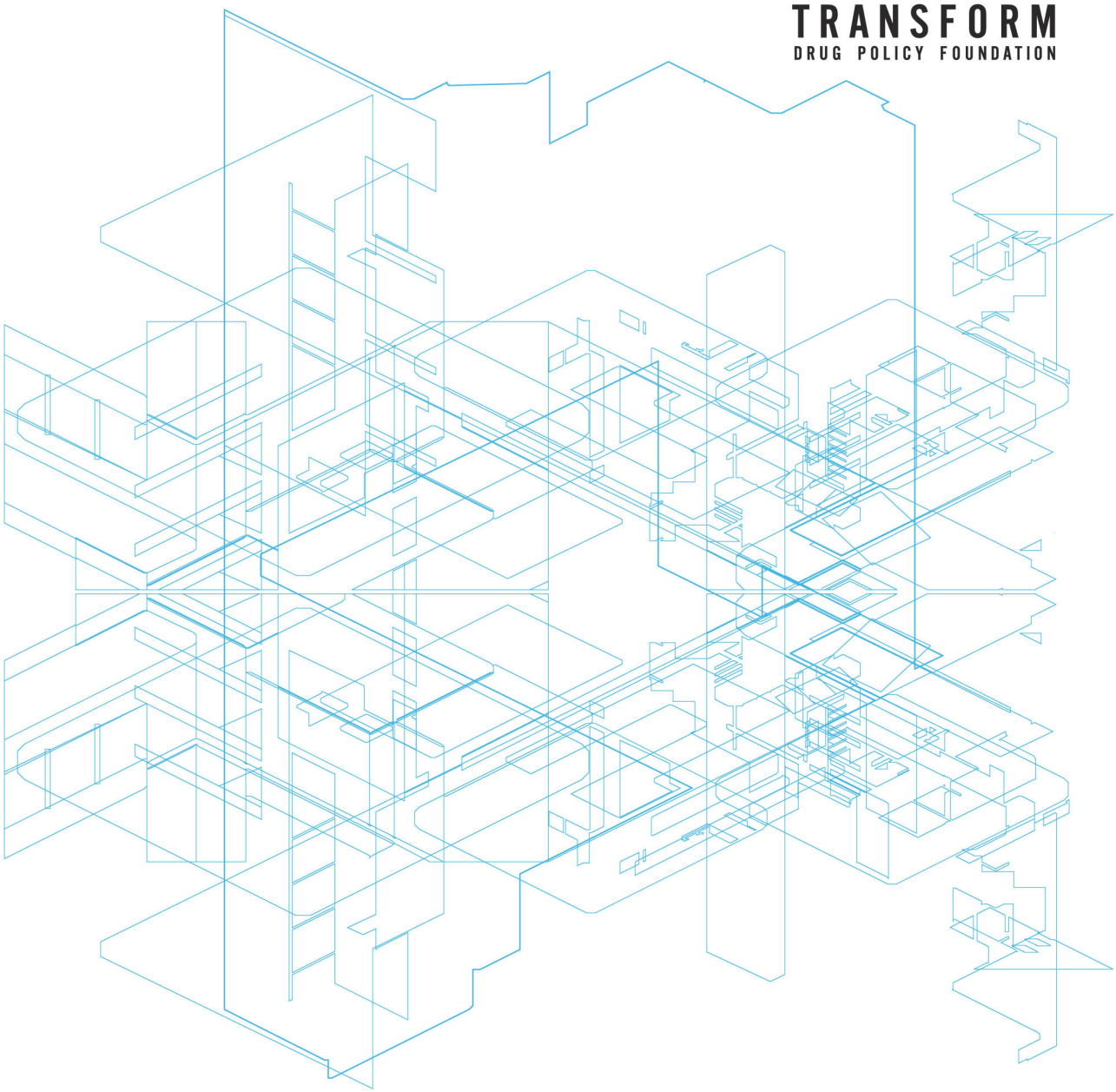
TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION



Pasca Perang Napza :

Cetak Biru Regulasi

Copyright © Transform Drug Policy Foundation 2009

ISBN 978-0-9556428-1-4

Buku ini dipublikasikan di bawah Creative Commons '*Attribution Non-Commercial Share Alike*' licence. Buku ini dapat direproduksi sebagian atau seutuhnya tanpa biaya dan tanpa perizinan untuk keperluan non komersial, dengan pemahaman bahwa pengaran dan Transform Drug Policy Foundation disebutkan dan tautan menuju *website* Transform www.tdpf.org.uk diberikan. Lihat: www.creativecommons.org/about/licenses/

Pandangan yang diekspresikan dalam laporan ini adalah milik pengarang dan Transform Drug Policy Foundation, tidak berkaitan dengan pandangan J. Paul Getty Jr. Charitable Trust, the Glass House Trust atau para penyandang dana Transform lainnya.

Transform Drug Policy Foundation adalah lembaga sosial terdaftar #1100518 dan Perusahaan Terbatas #4862177

Desain dan Produksi versi asli: Tim Barnes, chicken
www.herechickychicky.com

Desain Versi Bahasa Indonesia: Akhyar Fikri

Alih Bahasa : Yvonne Sibuea

Penyunting : Wenny Mustika Sari

Dicetak di Indonesia : oleh Rumah Cemara – Bandung, 2015

Pasca Perang Napza:

Cetak Biru Regulasi

Didedikasikan untuk:

Mo Mowlam

1949 -2005

Menteri Urusan Kebijakan Napza United Kingdom 1999-2001

Untuk merayakan hasrat beliau mengungkapkan kebenaran tentang Napza

"Dari pengalaman saya bertanggunggawab dalam masalah kebijakan napza. Saya tiba pada sebuah kesimpulan bahwa legalisasi dan regulasi semua jenis napza adalah satu-satunya jalan untuk mereduksi dampak membahayakan dari aktivitas yang tak mungkin dihentikan ini."

The Guardian, 19 September 2002

Pasca Perang Napza:
Cetak Biru Regulasi

"Pasca Perang Napza: Cetak Biru Regulasi" versi bahasa Indonesia diterjemahkan dari **After the War on Drugs: Blue Print for Regulation** yang disusun oleh *Transform Drug Policy Foundation*. Buku panduan ini dipublikasikan oleh Rumah Cemara dalam kerangka proyek '*Asia Action on Harm Reduction*'.

'Asia Action on Harm Reduction' didanai oleh Uni Eropa pada periode 2013-2015; ditujukan sebagai dukungan kepada para advokat komunitas di China, India, Malaysia, Indonesia, Kamboja, dan Vietnam dalam melakukan advokasi mendorong penerapan kebijakan pengurangan dampak buruk napza.

TIM PENERJEMAH VERSI BAHASA INDONESIA

Alih Bahasa : Yvonne Sibuea
Penyunting : Wenny Mustikasari
Desain Grafis : Akhyar Fikri

This project is funded by The European Union

rumah cemara

Pernyataan Penyangkalan:
Isi buku ini sepenuhnya merupakan tanggung jawab Rumah Cemara dan tidak mencerminkan opini dari Uni Eropa

ISI

Ucapan Terima Kasih 09

Kata Pengantar
Craig McClure, Mantan Direktur Eksekutif , International AIDS Society 11

1. Perkenalan

1.1. Etika-Etika Efektivitas 19
1.2. Tak Seorangpun Menginginkan Kekacauan 21
1.3. Menjadi Radikal? 23
1.4. Rancangan Kami 25
1.5. Mengetahui Batas-Batas 27
1.6. Sebuah Langkah Awal, Bukan Kesimpulan 29

2. Lima Model Regulasi Suplai Napza

2.1. Regulasi, Pelarangan dan Pasar Bebas 33
2.2. Mendefinisikan Lima Model Regulasi Dasar 39
2.3. Peresepan 39
2.4. Model Apotek 42
2.5. Penjualan Berlisensi 44
2.6. Lokasi Penjualan Berlisensi 45
2.7. Penjualan Tak Berlisensi 46

3. Rincian Praktis Regulasi

3.1. Pengendalian Produksi 51
3.2. Pengendalian Ketersediaan 58
3.3. Pengendalian Produk 62
3.4. Pengendalian Pemasok dan Lokasi Penjualan 71
3.5. Pengendalian Pembeli dan Pengguna Langsung 76

4. Mewujudkan Sistem Teregulasi

4.1. Sebuah Pengantar yang Penuh Kehati-hatian dan Bertahap 95
4.2 Menjajaki dan Menentukan Peringkat Dampak Buruk Napza 99
4.3 Menyusun Undang-Undang di tingkat Global, Nasional, dan Lokal 112
4.4 Riset Efektif untuk Kebijakan Efektif 114
4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas 116

5. Pasar Napza Teregulasi dalam Praktik **133**

5.1 Alkohol **135**

5.2 Tembakau **141**

5.3 Ganja **147**

5.4 Stimulan **157**

5.5 Psychedelic **193**

5.6 Depresan **207**

6. Lampiran

Lampiran 1 : Merombak Sistem Pengelolaan Napza PBB **217**

Lampiran 2 : Kerangka Produksi Legal Terkini **251**
untuk Opium, Koka, Ganja, dan Obat-Obatan Farmasi

Sebagian besar referensi dan bacaan lanjutan tersedia dalam jaringan – silahkan unduh versi pdf melalui tautan **www.tdpf.org.uk**

Ucapan Terima Kasih

Ditulis oleh : Stephen Rolles

Penyunting yang Berkontribusi: Emily Crick, Mark Haden, Mike Jay, Danny Kushlick, Al Robertson

Terima kasih kepada: Damon Barrett, David Bewley-Taylor, Tom Blickman, Rielle Caple, Niamh Eastwood, Dale Gieringer, Ben Goldacre, Roger Goodman, Martin Jelsma, Rick Lines, Gillian Maxwell, Donald MacPherson, John Moore, Ethan Nadelmann, Lucy Platt, Frederick Polak, Lindsay Richardson, Sebastian Saville, Derek Williams, Alex Wodak dan Martin Woodbridge

Juga kepada: Martin Powell, Caroline Pringle dan Jane Slater dari Transform dan Transform Trustees, para relawan dan pendukung.

Ucapan Terima Kasih Khusus kepada : J. Paul Getty Jr. Charitable Trust, dan Glass House Trust untuk dukungan pada produksi publikasi ini.

Terima Kasih kepada: Pendukung dana Transform baik saat ini maupun di periode –periode sebelumnya, yaitu: the Esmee Fairbairn Foundation, the Allen Lane Foundation, the Linnet Trust, Atlantic Philanthropies, Ken Aylmer, Henry Hoare dan para individu pendukung dana.

Kata Pengantar

Heroin, kokain, ekstasi, ganja, obat resep dokter dan obat bebas, alkohol, tembakau, kopi, teh – kita semua pengguna napza. Penolakan kita untuk mengakui hal ini muncul dari ketakutan terdalam bahwa 'kita' mungkin saja menjadi, atau terlihat seperti satu di antara 'mereka'. Yang benar-benar perlu kita perhatikan adalah perbedaan antara penggunaan napza dan ketergantungan napza. Penganut kebijakan pelarangan napza global terus menerus mencurahkan perhatian utama pada berbagai substansi napza semata-mata. Hal ini keliru.

Tentu saja, dampak buruk beberapa jenis napza lebih buruk dari jenis napza lainnya. Terkadang hal ini berkaitan dengan derajat sifat adiktif napza tertentu. Tetapi kebanyakan dampak buruk napza justru berkaitan dengan bagaimana napza tersebut diperoleh (sebagai contoh, napza yang diperoleh dari pasar gelap versus napza keluaran farmasi), cara napza digunakan (sebagai pil, contohnya, versus dihisap , dihirup atau disuntikkan), dan lebih penting lagi, bagaimana masyarakat memperlakukan pengguna napza. Sebagian besar dampak mengerikan yang diasosiasikan dengan penggunaan napza; kejahatan, HIV dan infeksi yang menyebar melalui darah lainnya, kekerasan, pemenjaraan, dan kematian – secara nyata dipicu oleh kebijakan pelarangan napza yang diterapkan oleh pemerintah kita.

Penggunaan napza non-medis, dan yang lebih penting, kebijakan "Perang Terhadap Napza" itu sendiri, sangat berpengaruh terhadap epidemi global HIV selama 25 tahun terakhir. Kini, penggunaan napza secara disuntikkan bertanggungjawab atas 30% infeksi HIV di seluruh dunia diluar Afrika Sub-Sahara. Di wilayah Eropa Timur/Asia Tengah secara keseluruhan, lebih dari 60% infeksi HIV berhubungan dengan penggunaan napza secara disuntikkan.

Panduan normatif global untuk pencegahan, pengobatan, perawatan HIV dan dukungan bagi pengguna napza suntik menekankan penggunaan seperangkat intervensi berbasis fakta yang ditujukan untuk meminimalkan dampak buruk

penggunaan napza. Panduan normatif ini, seperti yang dianjurkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*), the *United Nations Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, *the International AIDS Society* dan organisasi lainnya; bertentangan secara langsung dengan kebijakan global pengendalian napza, seperti yang telah ditetapkan dalam tiga konvensi napza utama PBB tahun 1961, 1971 dan 1988. Ketiga konvensi ini menyerukan dukungan kuat pada kebijakan pelarangan produksi, distribusi dan penggunaan napza non-medis.

Tidak perlu seseorang yang luar biasa cerdas untuk membuktikan bahwa mengkriminalkan napza dan penggunaan napza telah secara langsung maupun tak langsung memicu peningkatan dramatis dampak buruk napza, dan bahwa pengendalian dan pengaturan produksi serta distribusi semua jenis napza dalam jangka waktu panjang akan mengurangi berbagai dampak buruk tersebut. Selama kita masih mendefinisikan pengguna napza sebagai 'orang-orang lain' dan mendefinisikan napza sebagai masalah, kita akan terjebak dalam program-program dan kebijakan-kebijakan yang salah arah.

'*After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*" untuk pertama kalinya membeberkan seperangkat pilihan praktis dan pragmatis untuk sistem regulasi napza non-medis secara global. Buku ini diterbitkan di masa kritis. Beberapa negara Amerika Latin, termasuk Argentina, Brasil, Ekuador, Bolivia dan Meksiko telah berbalik arah atau sedang berbalik arah, menuju dekriminalisasi kepemilikan napza dan beralih menuju model kesehatan masyarakat untuk mencegah dan mengobati penyalahgunaan napza. Negara-negara tersebut tak mampu lagi memberikan toleransi pada kerusakan yang terjadi pada masyarakat mereka akibat Perang Napza. Portugal memberlakukan dekriminalisasi kepemilikan semua jenis napza pada 2001. Ada beberapa gejala yang menunjukkan bahwa pemerintah Amerika Serika, di bawah kepemimpinan "Drug Czar" baru, Gil Kerlikowske, telah siap untuk meninjau ulang posisi pemerintah AS terhadap Perang Napza. Mengingat bahwa kebijakan pelarangan napza telah didominasi oleh AS, dan kemudian oleh Rusia, Jepang dan Swedia,

setiap peralihan pada kebijakan napza AS akan berpengaruh dramatis pada skala global.

Buku ini bukanlah sebuah buku radikal, bukan pula mengusulkan pendekatan-pendekatan radikal terhadap kebijakan napza global. Faktanya, seperti yang ditekankan dalam buku ini, justru model pelarangan napza-lah yang merupakan kebijakan radikal, karena kebijakan tersebut didasarkan semata-mata atas penghakiman moral terhadap penggunaan napza dan individu-individu yang menggunakan napza, bukan pada pendekatan berbasis fakta untuk meminimalkan dampak buruk napza. Poin penting yang menandai seabad kebijakan pelarangan napza adalah ketakutan terdalam bahwa beralih dari pendekatan pelarangan napza menuju pendekatan regulasi napza akan menuju pada situasi '*serba bebas*', terkait ketersediaan dan penggunaan napza. '*Cetak Biru*' menekankan secara jelas bahwa ketakutan ini tidak rasional dan bahwa segala jenis reformasi dalam skala luas akan mempengaruhi situasi napza terkini.

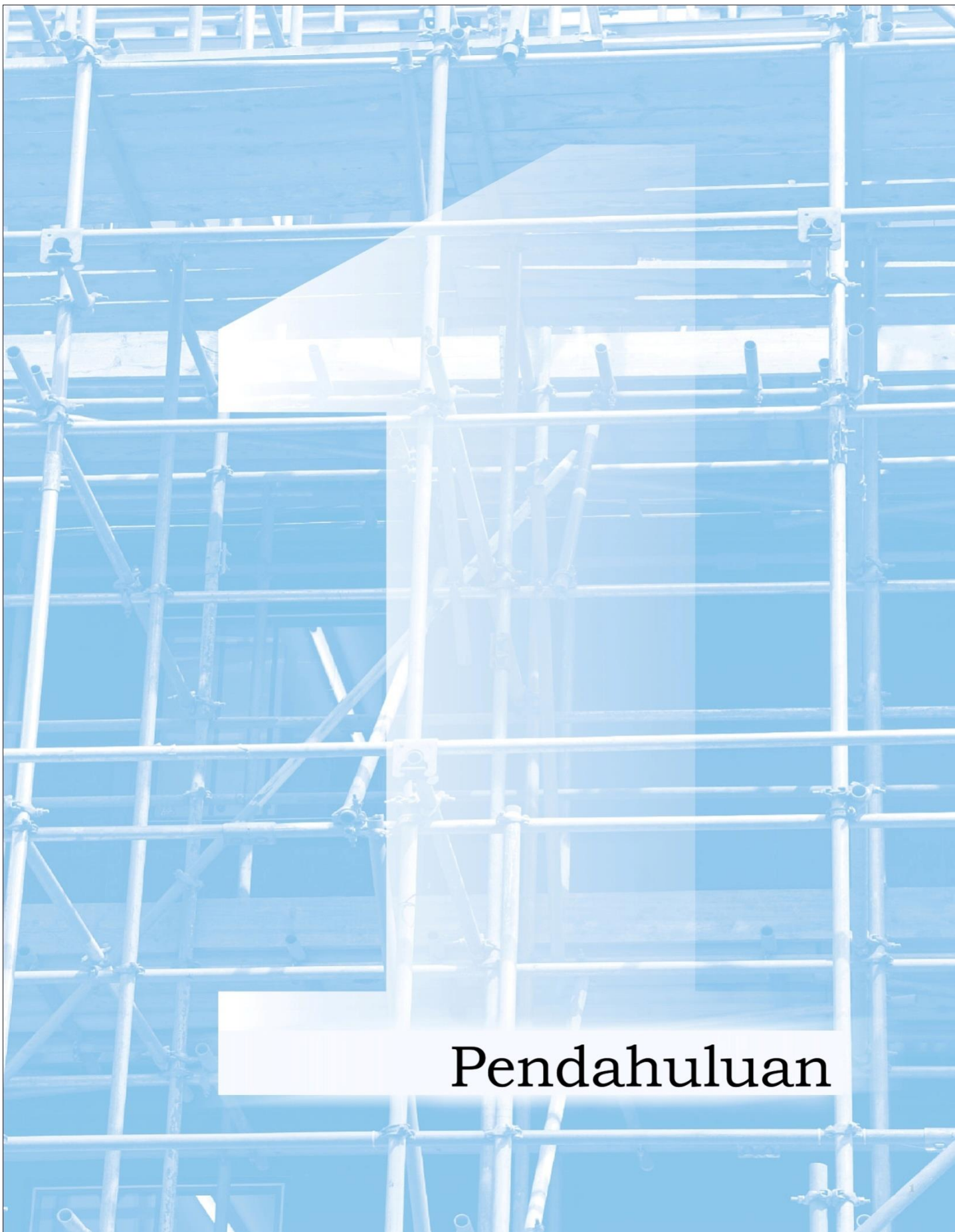
Reformasi tidak terjadi dalam semalam. Faktanya, seperti yang dijelaskan oleh '*Cetak Biru'*, sangat penting perubahan diatur untuk terjadi secara bertahap dan diawasi secara ketat melalui riset kebijakan intensif yang mendokumentasikan keluaran-keluaran yang berhubungan dengan kesehatan maupun keluaran-keluaran di bidang lain secara komprehensif. Buku ini menyarankan beberapa pilihan regulasi untuk masing-masing golongan napza. Berbagai pendekatan yang kini digunakan untuk pengaturan dan pengelolaan alkohol, tembakau, ganja, dan obat-obatan farmasi dapat diadaptasi untuk meregulasi napza non-medis dan penggunaan napza.

Seringkali nampaknya ada kesenjangan besar yang tak dapat disesuaikan antara pihak-pihak yang mendorong digunakannya pendekatan pengurangan dampak buruk napza dan pihak-pihak yang mendukung gerakan anti napza. Untuk menjembatani jurang antara dua gerakan ini, para pendukung pengurangan dampak buruk seharusnya tidak segan mengungkap masalah-masalah mengerikan yang dapat ditimbulkan oleh penggunaan napza. Pihak-pihak yang

mendukung gerakan anti napza juga termotivasi oleh pengalaman mereka tentang dampak buruk napza. Mendiskusikan pengalaman-pengalaman tersebut secara terbuka tanpa saling berprasangka buruk dapat mendorong timbulnya persesuaian paham yang dapat saling menyatukan kedua belah pihak. Bila pendukung pengurangan dampak buruk napza tidak mampu merengkuh gerakan anti napza dan menemukan titik temu, maka segala bukti yang mereka miliki tak akan pernah mampu mengalahkan ketakutan kelompok anti napza. Kita harus mengarah pada penyatuan suara bahwa kesehatan masyarakat dan hak asasi manusia adalah dua sisi berbeda dari keping mata uang yang sama.

'*Cetak Biru*' memberikan gambaran tentang sebuah dunia yang mengatur suplai dan penggunaan napza non-medis melalui kombinasi tepat dari rasa welas asih, pragmatisme, dan intervensi berbasis fakta, yang fokusnya adalah memperbaiki kesehatan masyarakat. Kombinasi ini telah lama hilang dari perdebatan tentang kebijakan napza. Momen perubahan kebijakan napza global telah lama tertunda. Kesehatan individu, keluarga, komunitas dan masyarakat di masa mendatang berada pada situasi terancam.

Craig McClure
Mantan Direktur Eksekutif *International AIDS Society*
22 September 2009



Pendahuluan

1.1 Etika-etika Efektivitas

Kebijakan napza global berakar pada desakan terpuji untuk mengatasi dampak sangat nyata yang disebabkan oleh penggunaan non-medis zat-zat psikoaktif. Kepedulian seperti ini telah mendorong para pendukung agenda pelarangan napza global, sebuah agenda yang memberikan otoritas moral secara jelas dan langsung pada siapa saja yang mendukung gerakan ini, serta memposisikan pihak-pihak yang menentangnya sebagai tak bertanggungjawab secara etika dan politik. Akan tetapi, dua pemikiran yang saling bertolak belakang ini dapat menjadi bermasalah. Dengan mendefinisikan pelarangan terketat sebagai posisi moral yang paling benar, menjadikan perbedaan pandangan tentang dampak pelarangan napza menjadi sulit diterima.

Sebagai contoh, sangat sulit untuk menelaah dan mempelajari dampak-dampak dan pencapaian kebijakan pelarangan napza. Berbagai upaya yang dilakukan

untuk menelaah pelarangan napza telah gagal, karena anggapan bahwa menganalisa kebijakan pelarangan napza adalah perbuatan tak bermoral, perbuatan yang tidak senonoh, label yang kerap disematkan pada pihak-pihak yang kritis. Ironisnya, mendukung *status quo* berarti melanggengkan perdagangan gelap napza dan berbagai dampak buruk yang ditimbulkannya.

Karena dukungan tanpa kritisi pada kebijakan pelarangan ketat napza, penentu kebijakan dan anggota dewan terhambat untuk belajar dari pengalaman. Faktanya, pengalaman seabad melaksanakan pelarangan napza menunjukkan bahwa kebijakan tersebut seringkali kontra produktif, gagal mengurangi dampak buruk napza, serta menciptakan bencana besar sebagai konsekuensi yang tak diinginkan. Meluasnya kegagalan pelarangan napza telah dicatat dengan rinci oleh ratusan penjajakan bersifat jujur, independen dan objektif, baik yang dilakukan komite-komite pemerintah, akademisi, dan organisasi non pemerintah di seluruh dunia, selama beberapa dekade.

Bukan tujuan buku ini untuk mengungkap ulang berbagai temuan tersebut, karena fakta-fakta tersebut dapat diperoleh diberbagai tempat dengan mudah[1]. Lebih dari itu, kami berusaha untuk mempertimbangkan ulang manajemen napza ilegal berdasarkan pengalaman-pengalaman penggunaan yang telah terungkap. Menggunakan pengalaman-pengalaman tersebut, kami akan memaparkan sebuat cetak biru kebijakan manajemen napza non-medis yang akan meminimalkan dampak buruk yang ditimbulkan oleh berbagai jenis napza, baik pada penggunaan tingkat individual maupun masyarakat.

Singkatnya, tujuan kami adalah mendefinisikan sebuah seri kebijakan manajemen dan pengurangan dampak buruk serta risiko penggunaan napza yang bersifat praktis dan efektif. Kebijakan-kebijakan semacam ini akan merepresentasikan sebuah langkah terbuka dan positif menuju hasil-hasil positif yang sebenarnya telah diupayakan tercapai oleh kebijakan pelarangan napza, yang kemudian dalam kenyataannya telah gagal. Kebijakan-kebijakan

[1] Lihat koleksi laporan penting Transform **www.tdpf.org.uk/Policy_KeyReports**, dan perpustakaan dalam jaringan Drug Policy Alliance **www.drugpolicy.org/library/**

yang mengarah pada regulasi napza akan dianggap amoral oleh para penganut kebijakan pelarangan napza garis keras, karena menggagas adanya produksi napza yang teregulasi secara legal dan mengusahakan ketersediaan obat-obatan yang pada saat ini masih dilarang.

Posisi Transform, pada faktanya, didorong oleh etika-etika efektivitas, serta merepresentasikan sebuah upaya membingkai ulang debat manajemen dampak napza secara global dalam istilah-istilah yang praktis.

Contoh-contoh regulasi yang tidak memadai dari napza yang saat ini legal seharusnya tidak mengacaukan perhatian kita dari pencarian model yang adil dan efektif untuk regulasi napza yang saat ini masih ilegal. Etika-etika efektivitas harus diterapkan pada semua jenis napza. Tentunya, kegagalan historis regulasi industri tembakau dan alkohol lebih banyak memiliki kesamaan dengan kegagalan upaya pengendalian yang telah dicontohkan oleh pelarangan napza, dibandingkan dengan praktik-praktik terbaik pada ranah regulasi napza.

1.2 Tak Seorangpun Menginginkan Kekacauan

Kemunculan pelarangan napza telah dihubungkan dengan konsep napza sebagai *'ancaman'* yang membahayakan keberadaan manusia, lebih dari sekedar isu kebijakan kesehatan atau sosial yang dipahami secara konvensional. Retorika penganut pelarangan napza membingkai napza sebagai mengancam bukan saja kesehatan, tapi juga anak-anak kita, keamanan nasional *(perbatasan kita),* atau lebih luas lagi mengancam nilai-nilai moral dalam masyarakat itu sendiri.

Paradigma kebijakan pelarangan dengan terlalu berlebihan diformulasikan sebagai respon terhadap ancaman, yang akhirnya menempatkan wacana pelarangan sebagai perang suci melawan 'kejahatan' yang mengancam keberadaan manusia. Pembukaan Konvensi Tunggal PBB tentang Napza tahun 1961, contohnya, menetapkan konteks kerangka legalnya dalam istilah-istilah seperti di bawah ini:

- *Peduli pada kesehatan dan kesejahteraan kemanusiaan*
- *Menyadari bahwa ketergantungan napza menimbulkan kejahatan serius pada individu-individu dan penuh dengan bahaya sosial ekonomi terhadap umat manusia.*
- *Menyadari kewajiban mereka untuk mencegah dan memerangi kejahatan ini.*

Atas dasar konteks retorika ini, sangat mudah untuk mengamati bagaimana para pendukung kebijakan pelarangan memahami tiap-tiap upaya menuju ke arah regulasi legal produksi dan suplai napza sebagai amoral, sebuah bentuk penyerahan dan kemerosotan menuju anarki. Kecaman terhadap kebijakan napza yang lebih liberal pada faktanya sering mengacu pada tudingan-tudingan semacam itu. Berbagai kritik mengangkat satu atau beberapa skenario terburuk, yang kerap muncul dengan pertanyaan *"bagaimana jika?"* yang dibangun dari pemikiran ketiadaan perangkat pengendalian napza, yang kemudian diyakini sebagai skenario yang akan diberlakukan pada penerapan regulasi napza.

Alih-alih memahami napza sebagai hal yang membahayakan jiwa, kita dapat memandang napza sebagai isu yang paling tepat didefinisikan dalam istilah-istilah medis / kesehatan, maupun sosial.

Penting untuk mencatat, bahwa dalam hal ini kita sepakat dengan penganut kebijakan pelarangan. Ketiadaan dan kekurangan infrastruktur pengendali napza, tanpa memperdulikan pengalaman manajemen dampak dan risiko, akan mengakibatkan dampak buruk pribadi dan sosial, melampaui berbagai potensi keuntungan. Mengakhiri pelarangan napza dengan kondisi seperti yang dikuatirkan di atas sangatlah gegabah dan keliru. Tak seorangpun menginginkan kekacauan, apabila ada, jumlahnya sangat sedikit dari keseluruhan umat manusia. Tentunya benar akan terjadi kekacauan bila napza berada dalam kendali pelaku kriminal

maupun bila napza dibiarkan berada di pasar bebas tanpa ada pengaturan. Pentingnya regulasi efektif untuk produksi, ketersediaan dan penggunaan napza non-medis selalu dan tetap akan menjadi hal terpenting.

Yang membedakan kita adalah ketika kita memahami fungsi regulasi. Alih-alih memahami napza sebagai hal yang membahayakan jiwa, kita dapat memandang napza sebagai isu yang paling tepat didefinisikan dalam istilah-istilah medis atau kesehatan, maupun sosial. Motivasi penggunaan napza dan perilaku selama menggunakan napza sangat banyak dan bervariasi, karena terkait dengan napza yang digunakan masing-masing individu; motivasi dan perilaku ada secara berkelanjutan pada penggunaan napza yang menguntungkan, penggunaan napza yang tidak bermasalah, hingga penggunaan napza bermasalah dan ketergantungan napza kronis. Ketika buku ini menekankan aplikasi regulasi legal di wilayah yang paling terpengaruh oleh dampak buruk napza, kita juga perlu menyadari bahwa mayoritas penggunaan napza tidaklah berdampak buruk secara signifikan; merupakan penggunaan secara dewasa dan telah dipahami segala konsekuensinya oleh individu pengguna, dan secara rasional didasarkan atas motif utama mendapatkan kenikmatan. Sehingga, daripada mencari instrumen Undang-Undang untuk menghukum dan menghapuskan kejahatan moral, kami berusaha mengembangkan seperangkat peraturan perundang-undangan yanga akan membantu para legislator di tingkat lokal, nasional dan global untuk mengelola realita masalah-masalah kesehatan dan sosial yang kita hadapi, menjadi terdefinisi secara jelas, terukur, dan menghasilkan keuntungan bagi semua pihak.

1.3. Menjadi Radikal?

Para pendukung pelarangan napza menganggap setiap langkah menuju regulasi legal pasar napza sebagai *'radikal'*, karenanya bersifat konfrontatif dan berbahaya. Tetapi, bukti sejarah menunjukkan bahwa, faktanya justru kebijakan pelarangan napza sendiri yang merupakan kebijakan radikal. Regulasi legal produksi, suplai dan penggunaan napza jauh lebih sejalan dengan cara-cara

terkini yang telah diterima masyarakat luas dalam mengelola risiko-risiko kesehatan dan sosial dalam hampir semua aspek kehidupan.

Sebaliknya, penggambaran napza sebagai *'ancaman'* keberlangsungan hidup manusia telah menimbulkan respon kebijakan yang didasarkan atas perhitungan-perhitungan tanpa bukti dan radikal. Kebijakan napza telah dikembangkan dalam konteks *'pengamanan'*, yang ditandai dengan meningkatkan tenaga dan sumber daya untuk penegakan hukum dan aparat keamanan negara. Keluaran-keluaran dari strategi ini, dibingkai sebagai *'perang'* napza, termasuk proses melegalkan propaganda, serta penangguhan berbagai prinsip kerja yang mendefinisikan kebijakan sosial, intervensi kesehatan atau intervensi hukum yang lebih konvensional. Mengingat Perang Napza diperuntukkan untuk *'memusnahkan'* ancaman napza yang *'jahat'* sebagai jalan untuk mencapai *'dunia bebas napza'*, kebijakan ini telah secara efektif menciptakan situasi perang permanen. Perang Napza telah menggiring pada situasi kebijakan tingkat tinggi yang menafikan pemikiran ilmiah kritis, serta norma-norma kebijakan kesehatan dan sosial. Memerangi ancaman berakhir dalam proses itu sendiri, dan dengan demikian menciptakan retorika merefensikan diri sendiri dan membenarkan diri sendiri, yang membuat upaya evaluasi, mengulas dan memperdebatkan menjadi sangat sulit, bahkan cenderung tidak mungkin dilakukan.

Kebijakan pelarangan telah menjadi demikian berakar dan melembaga sehingga banyak pihak yang bergerak di bidang napza, walaupun mereka yang berada pada kelompok kritis progresif, memandang kebijakan tersebut tak tergoyahkan, realita yang diasumsikan dari bentangan hukum dan kebijakan yang harus dikerjakan dalam lingkup sempit, bukan sebuah pilihan kebijakan. Dalam konteks inilah, kami mencoba menekankan bagaimana dasar-dasar kebijakan kesehatan dan sosial dapat diaplikasikan untuk mengembangakan respon efektif terhadap napza. Secara jujur, justru pelarangan napza, bukan regulasi legal yang merupakan kebijakan radikal.

1.4. Rancangan Kami

'Legalisasi' hanyalah sebuah proses reformasi hukum, yang menjadi tujuan akhirnya adalah regulasi. Jadi, ketika para pendukung gerakan legalisasi diberikan pertanyaan *"bagaimana cara kerja legalisasi?"*, atau *"seperti apa bentuk legalisasi?"* mereka kerap sulit untuk memberikan respon konkret. Karena ketiadaan jawaban yang terarah pada pertanyaan-pertanyaan semacam di atas, maka mitos dan salah pengertian kemudian mendominasi kekosongan tersebut. Tanpa adanya gambaran jelas tentang dunia pasca legalisasi, dan bagaimana regulasi pasar napza dapat berfungsi, sangatlah sulit untuk mewacanakan sebuah perubahan. Buku ini bertujuan menyediakan fondasi tersebut.

Karenanya, kami meletakkan seperangkat rancangan tentang bagaimana regulasi napza dapat dioperasikan ketika Perang Napza akhirnya dihentikan. Dalam melakukan hal tersebut, kami telah mencoba menciptakan seperangkat saran yang sangat spesifik dan praktis untuk mengelola berbagai variasi napza yang berbeda dengan cara-cara yang disesuaikan dengan efek masing-masing napza, dan dampak buruk yang mungkin ditimbulkan dalam penggunaannya. Secara khusus, kami telah mempertimbangkan dengan cara-cara konstruktif bagaimana berbagai jenis napza dapat diproduksi dan disediakan, dengan tujuan mengambil alih kendali pasar napza dari mereka yang paling tidak diharapkan untuk mengelolanya. Kami mendasarkan pemikiran kami pada model-model pengelolaan produksi dan suplai napza jenis terbatas yang saat ini masih berlaku.

Kami memulai kerja-kerja ini dengan mendefinisikan lima model regulasi suplai napza. Kami merancang bahwa napza dapat disediakan melalui peresepan, melalui penjualan di apotek, melalu penjualan di gerai-gerai berlisensi atau lokasi-lokasi lainnya, atau bahkan (dalam kasus-kasus tertentu) melalui penjualan di pemasok tak berlisensi. Perlu dicatat bahwa, dalam rancangan kami, poin terakhir adalah pengecualian, bukan peraturan yang dianjurkan;

sebaliknya dalam kebijakan pelarangan napza, setiap pemasok napza sudah barang tentu tidak berlisensi, dan karenanya mereka berada di luar jangkauan pengendalian dan pengelolaan konstruktif negara, dan berada diluar kekuasaan pemerintah.

Kemudian, kami menelaah rincian praktis regulasi. Kami mempertimbangkan jenis pengendalian produksi dan produk yang dapat diterapkan, untuk memastikannya, sebagai contoh, potensi dan kemurnian produk dijamin dan konsisten, dan informasi sepatutnya tentang produk napza tersedia untuk dibaca para konsumen. Kami mendefinisikan berbagai pilihan pengendalian bagi para pemasok dan gerai, dan kami menyeimbangkannya dengan beberapa saran untuk para pembeli dan pengendalian konsumen langsung. Seperangkat aturan pengendalian ini akan mendukung dan mendorong pengguna napza untuk menggunakan dalam dosis secukupnya dan secara bertanggungjawab, dalam sebuah lingkungan yang lebih aman dan terkendali.

Seperangkat aturan ini ditujukan untuk mengurangi dampak perorangan dan dampak sosial penggunaan napza. Sekali lagi, di bawah kebijakan pelarangan, upaya pengurangan dampak buruk dengan cara-cara seperti ini jarang bisa terlaksana, bahkan umumnya seakan-akan tidak dibutuhkan.

Tentu, kami menerima bahwa perubahan semacam itu tidak akan terjadi dalam semalam; memang tidak seharusnya demikian. Regulasi legal produksi, suplai dan penggunaan napza merupakan penyusunan ulang yang kokoh dalam kebijakan pengelolaan napza; seperti perubahan di bidang lainnya, hal ini bukannya tak berisiko, karenanya perlu diberlakukan secara perlahan dan berhati-hati; setiap dampak penambahan kebijakan dijajaki dengan hati-hati sebelum memperkenalkan perubahan berikutnya. Karenanya, kami merancang sebuah fase perkenalan dengan sepenuh kewaspadaan. Kami menggunakan cara-cara penjajakan yang lebih baik dan menentukan peringkat napza berdasarkan risiko dan dampak buruk yang ditimbulkannya untuk memungkinkan tiap-tiap individu mendapatkan semua informasi yang dibutuhkan sebelum menggunakan napza, dan mengelola aturan-aturan hukum

yang tepat di tingkat global, nasional dan lokal. Kebijakan efektif memerlukan riset efektif; kami membeberkan secara singkat istilah-istilah yang bersangkutan dengan riset-riset tersebut, serta tujuan-tujuan yang yang hendak dicapai oleh riset-riset tersebut. Pada akhirnya, beralih pada produksi dan suplai napza yang teregulasi secara legal akan menghasilkan dampak sosial, politik dan ekonomi yang lebih luas. Kami mencoba memahami hal-hal tersebut, mempertimbangkan cara-cara mengurangi dampak buruk dalam proses membangun aspek-aspek baik.

Sebagai kesimpulan, kami mempelajari bagaimana pasar napza yang diregulasi dapat diberlakukan. Kami memulai dengan alkohol dan tembakau. Kendati secara sosial, status dua napza tersebut diterima masyarakat, mereka terbukti dapat menimbulkan berbagai dampak buruk, dan karenanya keberadaan mereka dikelola dengan berhati-hati dalam mayoritas masyarakat modern. Kami mempertimbangkan cara-cara paling konstruktif untuk melakukannya, dengan belajar dari kesalahan di masa lampau. Kemudian, kami mempertimbangkan bagaimana suplai ganja, stimulan, zat-zat *psychedelic* dan depresan dapat dikelola dengan baik, berdasarkan pada berbagai metode dan proses yang digambarkan dalam bab-bab terdahulu.

Laporan ini memiliki dua lampiran tambahan. Lampiran-lampiran ini memberikan konteks lebih luas pada laporan, dengan menggambarkan perkembangan dan tindakan dalam sistem pengendalian napza PBB terkini, serta membeberkan kerangka-kerangka terbaru mengenai produksi legal opium, koka, ganja dan obat-obatan farmasi.

1.5. Mengetahui Batas-Batas

Sangat penting untuk memahami bahwa regulasi legal napza tidak akan mengeliminasi penggunaan napza bermasalah atau ketergantungan napza. Pelarangan napza tidak dapat membuahkan *'dunia tanpa napza'*; demikian juga kebijakan regulasi napza tidak dapat menghasilkan 'dunia tanpa dampak buruk napza'. Beberapa individu akan terus mengalami dampak buruk yang

ditimbulkan oleh penggunaan napza, atau sebagai akibat penggunaan napza individu lain. Tragedi-tragedi napza yang melibatkan orang terkenal akan terus menerus menjadi pemberitaan utama di media. Regulasi legal bukanlah suatu obat mujarab yang mampu menuntaskan *'permasalahan napza'*, walaupun diharapkan demikian.

Regulasi legal dan pengendalian pasar napza hanya dapat mengurangi dan mengeliminasi dampak buru yang diciptakan atau diperburuk secara spesifik oleh pelarangan napza dan pasar gelap. Penting untuk mengetahui bahwa regulasi dalam produksi napza hanyalah salah satu aspek dalam debat kebijakan napza yang lebih luas. Ranah yang lebih luas ini termasuk berbagai tingkatan pemikiran kebijakan dalam wilayah-wilayah yang saling berpotongan, termasuk ranah pendidikan kesehatan masyarakat; ranah pencegahan, pengobatan dan pemulihan; serta masalah-masalah kebijakan sosial yang lebih luas (seperti kemiskinan, pengecualian sosial, ketidaksetaraan, dan hak asasi manusia), dan bagaimana dampak hal-hal tersebut pada penggunaan dan pasar napza.

Sementara isu-isu ini tidak disajikan secara rinci, sebuah argumen kuat dibuat dalam halaman-halaman ini bahwa pelarangan napza menciptakan berbagai hambatan konseptual dan praktis untuk mengatasi masalah kesehatan yang sebenar-benarnya, yang terjadi seputar penggunaan napza bermasalah. Pergeseran pelarangan menjadi regulasi napza akan memungkinkan terbentuknya pendekatan berbasis kesehatan masyarakat dan kesejahteraan, dengan cara pengalihan sumber daya, memberi kuasa pada institusi kesehatan masyarakat, dengan membentuk ulang wacanan dan mengenyahkan hambatan-hambatan politis dan ideologis, yang akan menghasilkan keuntungan jangka panjang. Pergeseran kebijakan akan menciptakan sebuah konteks yang dapat memfasilitasi penanganan kondisi-kondisi sosial yang mengikuti penggunaan napza bermasalah, serta pilihan-pilihan yang lebih baik dalam menghadapi dampak buruk napza yang lebih luas.

Regulasi yang dijabarkan dalam buku ini tidak akan sepenuhnya melenyapkan pasar gelap napza dan masalah-masalah yang terkait dengannya, dan penting untuk mengingat bahwa setiap sistem regulasi hanya akan berjalan baik bila dilaksanakan dengan baik. Yang pasti, aktivitas ilegal tetap berlanjut pada besaran tertentu dengan melibatkan hampir semua komoditi termasuk napza yang saat ini legal (alkohol, tembakau dan obat-obatan resep dokter). Pada dasarnya, pengurangan sebagian dampak buruk pelarangan napza dan pasar gelap masih akan menghasilkan keuntungan besar bagi masyarakat secara keseluruhan.

1.6. Sebuah Langkah Awal, Bukan Sebuah Kesimpulan

Dalam mempublikasikan buku ini, kami tidak bermaksud menyediakan respon menyeluruh atas isu praktis seputar regulasi produksi , suplai dan penggunaan napza. Kami telah mencoba menunjukkan bahwa legalisasi dan regulasi bukan berarti kekacauan, tetapi lebih pada, berbagai model pengaturan napza yang telah ada, dan dapat diterapkan secara bermanfaat dan konstruktif untuk menciptakan sebuah dunia pasca pelarangan napza, yang mempelajari kesalahan-kesalahan pada pengelolaan napza terdahulu, dan kemudian membangun pencapaian-pencapaian keberhasilan dalam mengelola napza.

Lagi-lagi, kami sangat menyadari bahwa buku ini adalah sebuah langkah awal, bukan sebuah kesimpulan. Kami tidak bermaksud menyajikan jawaban tak terbantah dalam masalah pergeseran kebijakan pelarangan napza, akan tetapi lebih pada sebuah ajakan untuk berdebat dan berdiskusi tentang cara-cara paling praktis dan konstruktif untuk mencapai sebuah perubahan. Untuk memfasilitasi proses ini, kami meluncurkan berbagai forum diskusi 'dalam jaringan' (online) untuk mengawal seperangkat acara diskusi, seminar dan dialog dengan berbagai tokoh kunci penentu kebijakan. Papan pesan akan memungkinkan para pembaca berbagi opini mereka, sementara versi 'wiki' dari laporan akan memungkinkan peningkatan pemahaman para pembaca dengan secara langsung menuju pengembangan ke taraf yang lebih kompleks dalam

proses penulisan buku ini dimasa mendatang (kunjungi **www.tdpf.org.uk** untuk informasi lebih lanjut).

Kami juga sangat menyadari bahwa buku ini ditulis dengan cara pandang masyarakat barat, dan secara khusus masyarakat Eropa. Kami secara khusus mengharapakan masukan yang akan membantu memperluas perspektif buku ini, dan mendorong hingga tercapai kesadaran global mengenai permasalahan dan solusi-solusi yang muncul dalam pergeseran menuju dunia pasca pelarangan napza.

Bacaan Lanjutan

* ***'After the War on Drugs: Options for Control'***, Transform Drug Policy Foundation, 2004
* ***'After the War on Drugs: Tools for the Debate'***, Transform Drug Policy Foundation, 2006
* S. Rolles, ***'Principles for Rational Drug Policy Making'***, (chapter in ***'The Politics of Narcotic Drugs'***, Routledge, disunting oleh J. Buxton, 2009)
* K. Grayson, ***'Chasing Dragons – Security, Identity and Illicit Drugs in Canada'***, University of Toronto Press, 2008.
* R. MacCoun, P. Reuter, ***'Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places'***, Cambridge University press, 2001

Lima Model Untuk Meregulasi Suplai Napza

2.1. Regulasi, Pelarangan dan Pasar Bebas

Terdapat berbagai pendekatan dengan spektrum yang berbeda dalam *mengendalikan* dan *mengatur* produksi, suplai dan kepemilikan/penggunaan berbagai jenis NAPZA. Fakta ini dapat dilihat secara umum terjadi, yaitu adanya saling keterkaitan antara kutub **'pasar bebas tanpa regulasi**' versus kutub '**pelarangan dengan hukuman berat'**. Ironisnya, kedua kutub ekstrem ini tidak meninggalkan celah untuk kebijakan 'regulasi pasar'. Padahal, di antara kedua kutub ekstrem tersebut, terdapat berbagai opsi pengaturan hukum.

Pelarangan / Kriminalisasi

Melarang / mengkriminalkan produksi, suplai, kepemilikan dan penggunaan napza non medis, dengan sanksi-sanksi hukuman. Intensitas penegakan dan beratnya hukuman dapat bervariasi. Dekriminalisasi kepemilikan dan penggunaan napza pribadi dapat diberlakukan dalam kerangka kebijakan pelarangan.[2]

CONTOH: heroin, kokain, ganja, ekstasi, dll.

PENGENDALI PASAR: pengusaha pasar gelap, polisi dan pejabat korup.

Pasar yang Diregulasi

Berbagai macam regulasi pengendali diterapkan mencakup produksi dan perdagangan, produk, pengendali suplai, dan pengguna napza. Beberapa jenis napza, bahan-bahan napza dan aktivitas masih tetap dilarang.

CONTOH: obat-obatan resep dokter, obat bebas, alkohol, tembakau

PENGENDALI PASAR: regulasi menengah dan ketat oleh lembaga-lembaga negara.

Legalisasi Model Pasar Bebas atau "Model Pasar Swalayan"

Napza legal dan tersedia tanpa pembatasan penjualan di pasar bebas, seperti halnya produk-produk konsumer lainnya.

CONTOH: minuman berkafein

PENGENDALI PASAR: perusahaan/pengusaha swasta, dengan regulasi minimal oleh lembaga-lembaga negara, kode etik sukarela untuk para penjual.

[2] Baik melalui praktik pengaturan (toleransi, 'kebijakan tutup mata', tidak lagi memprioritaskan, penerapan non-pengakan hukum, peringatan/teguran, dll) atau dengan mengubah respon-respon terhadap kepemilikan napza, dari sanksi pidana menjadi sanksi perdata atau administratif. Akses terhadap napza masih melalui jalur ilegal.

2.1.1 **Pelarangan / Kriminalisasi**

Pelarangan napza adalah sistem hukum yang melarang produksi, suplai dan penggunaan (atau kepemilikan) sejumlah napza tertentu berdasarkan hukum; dan pelanggaran atas pelarangan tersebut menjadi subjek sanksi pidana. Keseluruhan kerangka hukum pelarangan napza diatur oleh tiga konvensi PBB (lihat: *Lampiran 1*, Hal 217) yang membingkai hukum domestik di seluruh dunia. Sementara kebijakan pelarangan napza bersifat absolut untuk semua penggunaan non-medis, rincian hukuman dan pelaksana penegakan hukum tidak ditentukan secara seragam, dan bervariasi secara luas antara berbagai negara dunia. Satu-satunya model produksi dan suplai legal yang diperbolehkan menurut konvensi adalah izin penggunaan napza untuk keperluan medis dan ilmiah, seperti golongan opiat untuk pengobatan berkelanjutan bagi orang dengan ketergantungan opiat [3] Beberapa pengecualian juga berlaku pada area abu-abu untuk penggunaan tradisional dan keagamaan (lihat: *5.5 Psychedelic*, Hal. 193). Model-model semacam itu sangat terbatas pada sejumlah kecil dari keseluruhan populasi pengguna napza.

Dalam keseluruhan kerangka pelarangan global, tiap-tiap negara telah mempertimbangkan kelenturan untuk menentukan perangkat penegakan hukum dan sanksi-sanksi hukuman untuk aktivitas yang dilarang. Demikian juga, respon-respon terhadap pelanggaran-pelanggaran yang identik di berbagai negara bervariasi, dari dekriminalisasi *de facto* sampai dengan pemenjaraan jangka panjang, atau yang ekstrem, hukuman mati. Tren kebijakan napza berbeda-beda dan saling bertolak belakang di masing-masing negara akhir-akhir ini. Sementara di banyak negara kebijakan napza kian bersifat menghukum,[4] telah ada , di berbagai negara yang telah lebih berkembang dan

[3] Konvensi-konvensi juga mengendalikan penggunaan medis napza yang berada dalam daftar, seperti opiat untuk pengendali nyeri.

[4] **'At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs'**, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2009.

baru saja menjadi negara industri di Amerika Selatan, sebuah tren nyata ke arah toleransi dan dekriminalisasi kepemilikan dan penggunaan napza.[5]

Adalah penting juga untuk mencatat bahwa, sementara pendekatan yang lebih manusiawi pada kepemilikan dan penggunaan pribadi diperbolehkan dalam kerangka hukum internasional, tidak ada bentuk produksi dan suplai legal untuk napza jenis apapun yang termasuk daftar terlarang dalam konvensi PBB, tidak ada hukum lokal, yang dapat dieksplorasi untuk memperbolehkan penggunaan non-medis dengan cara apapun. Model peresepan medis adalah satu-satunya setengah pengecualian untuk peraturan ketat ini; seakan-akan model tersebut adalah sebuah pulau persinggahan dalam lautan aturan yang ketat, walaupun cakupannya sangat terbatas. Diluar kebijakan ini, yang tersisa hanyalah ketiadaan kelenturan untuk model produksi dan suplai napza untuk dimulai, diujicobakan, diteliti atau dieksplorasi. Lebih jauh lagi, hambatan hukum seperti ini menciptakan ganjalan-ganjalan politis walaupun hanya untuk mendiskusikan atau untuk menawarkan kebijakan napza alternatif. Para pembela status quo kerap mengadopsi posisi moral dogmatik yang sudah berurat berakar, menggambarkan alternatif regulasi legal sebagai amoral, ekstrem, *'pro napza'*[6], radikal, atau bahkan sesat. Implikasi nyatanya adalah memperdebatkan alternatif kebijakan napza merupakan zona *'tabu'* politik. Relatif hingga akhir-akhir ini, iklim rasa takut yang diciptakan kebijakan pelarangan napza telah mendorong posisi pembaharu kebijakan napza pada posisi terpinggirkan dalam wacana politik arus utama.

Menurut para pakar kebijakan masyarakat yang rasional atau pakar kebijakan sosial yang pragmatis, mengeksplorasi dan mencari pilihan-pilihan kebijakan yang akan menghasilkan keluaran-keluaran kebijakan terbaik – sebuah titik optimum bersamaan dengan serangkaian kebijakan napza – paparan bahwa ada

---

5 **'Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches'**, EMCDDA, 2005, dan : T.Blickman, M. Jelsma, **'Drug Policy Reform in Practice'**, Transnational Institute, 2009.

6 Direktur Eksekutif UNODC Antonio Costa secara berkala telah menggunakan istilah 'pro napza' untuk merujuk pada advokat legalisasi/regulasi napza.

hambatan yang semena-mena terhadap riset dan pengembangan kebijakan napza sulit untuk dibuktikan.

Hal ini bisa dibenarkan, khususnya bila memandang mayoritas pasar barang-barang dan layanan konsumen, terutama yang melibatkan risiko dan potensi dampak buruk (termasuk ratusan obat-obatan psikoaktif medis dan non-medis) keduanya tersedia secara legal dan diregulasi pemerintah.

Bentangan luar mekanisme regulasi berbasis fakta dan agen-agen pelaksana telah dikerahkan untuk mengendalikan dan mengelola produsen, pemasok, lingkungan, produk dan konsumen. Regulasi legal dari barang-barang dan aktivitas berpotensi merusak menunjukkan bukan saja norma; tetapi merupakan fungsi primer pemerintah. Sesungguhnya opsi pelarangan pada ranah perilaku manusia, yang relatif diatur secara sempit, tidak sesuai dengan komitmen luas PBB yaitu ' *mempromosikan perkembangan sosial dan standar-standar hidup yang lebih baik dalam kebebasan yang lebih luas*'.[7]

Regulasi legal dari barang-barang dan aktivitas berpotensi merusak menunjukkan bukan saja norma; tetapi merupakan fungsi primer pemerintah.

2.1.2 Pasar Teregulasi

Buku ini mendefinisikan *'regulasi'* sebagai seperangkat aturan hukum dan infrastruktur penegakan hukum yang dirancang untuk mengendalikan atau mengatur tipe-tipe produk dan tata cara penggunaannya; pilihan-pilihan beragam yang dieksplorasi secara rinci dalam buku ini dan bab-bab berikut. Aktivitas-aktivitas yang berada diluar parameter kerangka regulasi yang diberikan tetap terlarang dan menjadi subjek sanksi hukum.

[7] Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia, Pembukaan.

2.1.3 **Legalisasi Model Pasar Bebas**

Model pasar bebas sering secara keliru dihubungkan dengan kata *'legalisasi'*, bahkan secara sengaja dipromosikan sebagai 'skenario mimpi buruk' oleh para penentang pembaharuan kebijakan napza, tetapi pada kenyataannya, legalisasi model pasar bebas hanya didukung oleh sekelompok kecil pemikir garis keras dan libertarian. Dengan kemungkinan pengecualian beberapa produk berisiko sangat rendah seperti kopi atau teh koka, model ini tidak tepat diterapkan pada napza, karena model pasar bebas tidak memungkinkan potensi berbagai bentuk campur tangan pemerintah yang bertanggungjawab dalam regulasi dan pengendalian pasar. Dalam model pasar bebas, pengendalian diserahkan pada pasar napza yang memungkinkan para penangguk untung mengeksploitasi pasar seperti halnya terjadi pada kebijakan pelarangan napza.

Bisa dikatakan, pendekatan semacam itu,[8] setidaknya dari perspektif kesehatan masyarakat, berpotensi menjadi skenario yang lebih buruk daripada pasar gelap napza yang dikendalikan para kriminal. Para pemain komersial legal, yang tujuan utamanya adalah memaksimalkan keuntungan akan bebas mempromosikan konsumsi napza secara agresif melalui sistem pemasaran dan pengiklanan.

Potensi pendekatan pasar bebas yang menimbulkan biaya kesehatan masyarakat yang tak bisa diterima, telah secara jelas terjadi pada pasar bebas tembakau di banyak negara berkembang selama 60 tahun pertama abad ke-20, dan kian meluas di berbagai belahan dunia hingga kini (lihat: *5.1. Alkohol*, Hal. 135 dan *5.2. Tembakau*, Hal. 141).

[8] Nadelmann menggambarkan model ini sebagai *'model pasar swalayan'* atau *supermarket model* dalam sebuah kritik yang lebih terperinci; lihat: E. Nadelmann **'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition'**, Daedalus, 1992, 121: Hal. 87-132.

2.2. Mendefinisikan Lima Model Regulasi Dasar

Ada lima model regulasi dasar suplai napza. Kami menggambarkan berbagai model tersebut di bawah ini, dimulai dari model yang paling ketat menuju model yang paling terbuka. Varian model-model ini sudah ada dan berfungsi di seluruh dunia, mendukung distribusi legal berbagai napza psikoaktif medis, semi medis dan non-medis.

Tentunya, sifat dasar masing-masing kerangka regulasi dan infrastruktur penegakan hukum bervariasi di tiap-tiap negara. Ada juga beberapa tingkatan keterkaitan yang kabur antara berbagai model ini. Hal ini mendorong adanya penyamarataan, tetapi juga membantu untuk menekankan bahwa model-model semacam itu pasti akan beroperasi secara berbeda di lokasi berbeda.

Kami juga menyusun beberapa saran pendahuluan seperti bagaimana beradaptasi dengan model-model dasar ini untuk persiapan menghadapi tantangan suplai napza non-medis di masa mendatang.

2.3. Peresepan

- Model peresepan adalah model suplai napza paling terkendali ketat dan paling banyak dioperasikan saat ini. Dalam model ini, napza diresepkan untuk pengguna tertentu oleh dokter berkualifikasi dan berlisensi. Napza diberikan oleh praktisi berlisensi atau apoteker dari apotek berlisensi maupun gerai-gerai lainnya yang telah ditunjuk.

- Proses dikendalikan oleh serangkaian aturan hukum, struktur regulasi dan badan penegakan hukum. Rangkaian panduan ini, mengatur dan mengawasi dokter yang memberi resep serta apoteker yang memberikan napza. Panduan juga membantu menentukan napza apa yang tersedia, dalam bentuk apa, di mana dan berada dalam kriteria apa.

- Sebagai model suplai paling terkendali ketat dan paling banyak dioperasikan, model peresepan adalah model yang paling banyak

memakan biaya dalam penerapannya. Model distribusi ini terbatas dalam keperluan medis, yang membatasi potensi penggunaannya hanya untuk individu dengan ketergantungan napza kronis.[9] Secara umum, model peresepan mendukung peresepan program rumatan sebagai bagian resimen pengobatan atau program pengurangan dampak buruk. Model ini hanya akan dapat memenuhi kebutuhan sebagian kecil kelompok pengguna napza secara keseluruhan, walau perlu diingat bahwa kelompok pengguna napza dengan ketergantungan kronis secara tidak proporsional diasosiasikan sebagai kelompok paling bermasalah sosial dan pribadi (terutama di bawah kebijakan pelarangan napza[10]).

- Substitusi opiat seperti metadon adalah napza yang paling sering diresepkan dalam skenario ini. Heroin suntik yang diresepkan *(diamorphine)* juga memiliki sejarah panjang, dan bukti-bukti dasar yang telah ada.[11]

- Model-model yang telah lama terbentuk berlaku sebagai percontohan regulasi bagi sesama jenis napza yang dilarang dalam skenario berbeda. Model peresepan menyediakan contoh bagaimana regulasi legal napza dapat membantu masyarakat mendapatkan resep medis, dibandingkan mendapatkan napza di jalanan, pengguna; sebuah contoh nyata keuntungan dekriminalisasi penggunaan napza dan regularisasi rute suplai napza.

- Secara khusus, model peresepan sangat penting karena model legal semacam ini hanya dikembangkan dalam lingkungan pelarangan napza yang sangat bertentangan dengan semangat model peresepan. Sebagai sebuah aturan model peresepan didanai secara amat minim dan tidak

---

[9] Seperti halnya, kadang-kadang, untuk manfaat psikoterapi, contohnya, MDMA atau halusinogen tertentu. Peresepan ganja juga sedikit berbeda dalam praktik.

[10] Lihat: diskusi tentang pemilahan dampak buruk napza dalam **'A Comparison of the Cost-Effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs'**, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

[11] G. Stimson, N. Metrebian, **'Prescribing Heroin: What is the Evidence?'**, Joseph Rowntree Foundation, 2003, dan M. Ashton, J. Witton, **'Thematic Review-Heroin Prescribing'**, Drug and Alcohol Findings, 2003, issue 9, Hal. 16.

populer secara politis. Sulit untuk mengetahui kemungkinan layanan-layanan semacam ini berkembang bila dikelola dengan ruang gerak yang sama seperti diberikan pada perawatan pasien diabetes dan kesehatan jiwa, yang kurang kontroversial.

- Urut-urutan regulasi tambahan telah sering diperkenalkan dalam model peresepan dasar. Sudah termasuk persyaratan konsumsi yang diawasi dalam lokasi spesifik, untuk memenuhi kriteria spesifik yang dibutuhkan, atau bagi dokter pemberi resep agar memiliki lisensi khusus. Meresepkan kerap terbatas oleh waktu, diberikan dalam dosis yang dikurangi secara progresif, atau disesuaikan dengan kondisi pasien untuk memenuhi capaian rehabilitasi spesifik.

- Beberapa ranah peresepan berada dalam area abu-abu, ketika kebutuhan medis telah berkembang menjadi terapi rumatan jangka panjang. Situasi ini lebih banyak terjadi, dan termasuk ketergantungan pada berbagai zat pereda nyeri (seperti *Vicodin*, *OxyContin*) dan zat pereda kepanikan (seperti *Valium*).

- Peresepan untuk terapi rumatan bagi individu dengan ketergantungan napza terus menerus menciptakan kontroversi dalam ranah etika dan praktik medis. Model ini memicu banyak pertanyaan sulit bagi para praktisi, karena adanya area abu-abu antara penggunaan medis, semi medis dan non-medis. Ada pertentangan dan konflik berkelanjutan antara kebutuhan nyata meminimalkan dampak buruk napza karena penggunaan bermasalah dengan penolakan untuk memberikan napza untuk digunakan secara non-medis.

- Ada keuntungan dengan menyediakan pasokan napza dan perangkat penggunaan yang aman dan terjangkau. Dari perspektif medis, keduanya sangat membantu bagi pengguna napza suntik, yang berisiko tinggi terinfeksi berbagai penyakit yang menyebar melalui darah. Berbagai keuntungan ini kerapkali disepelekan ketika para praktisi dituduh

mendukung penggunaan napza untuk bersenang-senang atau rekreasi, sementara secara simultan *'gagal menyembuhkan'*, atau bahkan dituduh '*menyokong*' ketergantungan napza.

- Terlihat ada kebutuhan di ranah perawatan napza untuk berkembang secara pragmatis untuk menyesuaikan diri dengan tantangan-tantangan modern. Pelatihan-pelatihan spesialis, kualifikasi / lisensi khusus, atau posisi profesional baru bagi praktisi spesialis peresepan perlu diatur pengadaannya. Perangkat ini akan didukung dengan kode etik yang tegas dan secara jelas mendefinisikan panduan umum. Sistem berpotensi untuk diawasi oleh lembaga pengawas baru, atau lembaga dengan fungsi serupa.

- Di luar perspektif yang harus diakui adalah milik masyarakat Eropa, terdapat pula berbagai sistem registrasi penggunaan opium yang meluas di belahan timur dunia dan negara-negara Timur Tengah, walaupun tidak terdokumentasi dengan baik. Pengguna opium melakukan registrasi dan dikelola di Iran hingga 1953, dan kemudian pada awal 1970 (program-program serupa kini secara hati-hati mulai diperkenalkan kembali); sistem serupa juga terdapat di Pakistan dan India; di mana tinggalan-tinggalan sistem tersebut masih berfungsi; dan juga di Bangladesh, Indonesia, Thailand, dan berbagai tempat lainnya.

2.4. Model Apotek

- Model Apotek, sementara masih bekerja dalam kerangka medis yang didefinisikan dengan jelas, tidak terlalu ketat dan terkendali dibandingkan dengan model peresepan. Apoteker dilatih dan diberi lisensi untuk memberikan resep, walaupun mereka tidak diizinkan menulis resep. Apoteker juga dapat menjual bebas obat-obatan medis berisiko rendah secara umum. Pendistribusian semacam ini secara umum dikelola oleh apotek-apotek berlisensi.

- Apoteker diawasi oleh regulasi hukum, dikelola oleh berbagai lembaga dan infrastruktur penegak hukum yang didefinisikan secara jelas. Mereka bertugas memberikan resep, atau menjual produk-produk bebas. Akses pada produk bebas hanya dimungkinkan bila, kriteria ketat tanpa kompromi berhasil dipenuhi konsumen. Termasuk didalamnya adalah pembatasn umur, derajat intoksikasi, kuantitas napza yang diminta, atau kasus spesifik terkait potensi penyalahgunaan. Sebagai tambahan, apoteker dilatih untuk menyediakan advis medis dasar, dukungan dan informasi.

- Di beberapa lokasi, apoteker telah dilibatkan dalam institusi yang berwenang mengelola napza. Sebagai contoh, di Inggris, mereka diharuskan mengawasi konsumsi terapi rumatan metadon yang diminum di tempat - sebagai langkah pencegahan agar metadon tidak sampai diedarkan di pasar gelap.

- Model Apotek yang sudah ada saat ini tidak secara langsung terlibat dalam mendistribusikan atau menyediakan napza untuk keperluan non-medis. Tetapi, model ini dapat dengan mudah diadaptasi dan dikembangkan menuju cara efektif mengelola keberadaan napza yang saat ini masih ilegal untuk keperluan rekreasi. Apoteker berlisensi dan terlatih dapat berperan sebagai pengawas berbagai jenis napza. Mereka akan secara legal ditugaskan membatasi penjualan berdasarkan jenis kriteria ketat yang dijelaskan di atas, dan akan beperan sebagai penyedia saran-saran realistis, jelas dan praktis, serta dukungan.

- Seorang spesialis, apoteker non-medis akan menempati ceruk profesional tertentu, yang membutuhkan pengembangan, penjelasan dan pengelolaan secara hati-hati. Peran baru ini akan menjadi subjek aturan praktik serupa dengan apotek-apotek konvensional lainnya, tetapi dengan tambahan kriteria pengendalian akses. Apoteker spesialis ini diharuskan untuk memberikan saran-saraan pengurangan dampak buruk napza, penggunaan napza yang lebih aman, layanan pengobatan dan rujukan yang memungkinkan seorang pengguna napza untuk berhenti, disaat mereka

siap untuk itu. Saran-saran semacam itu akan didukung oleh pelatihan tambahan yang dibutuhkan atau pengalaman dalam konseling napza. Mereka juga dapat beroperasi bersamaan dengan apotek-apotek yang sudah ada (subjek persyaratan lisensi tertentu) atau dari gerai berlisensi yang terpisah.

2.5. Penjualan Berlisensi

- Praktik baik terkini dalam kasus penjualan alkohol dan tembakau menawarkan sebuah skema yang tidak terlampau restriktif, infrastruktur yang lebih lentur dari penjualan berlisensi napza non-medis berisiko rendah tertentu (lihat: *5.1 Alkohol*, Hal. 135 dan *5.2. Tembakau*, Hal. 141). Sistem semacam itu akan menempatkan berbagai kombinasi regulasi pengendalian pada tempatnya untuk mengelola penyedia layanan, gerai suplai, produk dan pembeli, sesuai aturan.

- Hampir serupa dengan praktik baik dalam pengelolaan program-program alkohol dan tembakau, sebuah jalinan kerangka kebijakan yang ditentukan dari pusat dan regulasi hukum akan ditetapkan. Model ini akan diawasi dan dilaksanakan oleh pemerintah, pemegang otoritas di tingkat regional atau nasional, seusai dengan hukum lokal dan norma-norma budaya. Otoritas-otoritas ini akan berperan sebagai badan pemberi lisensi, dan akan mengatur kerangka regulasi sesuai kebutuhan lokal dan prioritas kebijakan. Mereka akan didukung oleh polisi, institusi pajak, institusi perdagangan, dan infrastruktur kesehatan dan keselamatan, sesuai kebutuhan.

- Seperti yang ditekankan pada model apotek di atas, pemegang lisensi dapat diharuskan untuk memberikan saran-saran pengurangan dampak buruk napza, penggunaan napza yang lebih aman, dan layanan pengobatan napza, ketika dibutuhkan. Mereka juga diharuskan untuk melaksanakan pelatihan tambahan di bidang konseling napza atau disyaratkan memiiki pengalaman konseling napza sebelumnya.

2.6. Lokasi Penjualan Berlisensi

- Rumah-rumah penduduk dan bar yang menyediakan alkohol adalah contoh paling umum tentang tempat umum berlisensi untuk menjual dan mengkonsumsi. Di bawah sistem yang telah lama terbentuk ini, berbagai macam sistem pengendalian tersedia di lokasi-lokasi penyedia dan (secara khusus) lokasi berlisensi. Individu pengelola akan bertanggungjawab untuk membatasi penjualan berdasarkan umur, tingkat intoksikasi dan jam buka.

- Otoritas pemberi lisensi biasanya adalah pemerintah lokal, yang mengelola dan melaksanakan regulasi yang diatur dari pusat. Sanksi-sanksi pelanggaran lisensi yang dijabarkan secara jelas dalam urutan hirarkis, termasuk berbagai besaran denda , ancaman pencabutan lisensi, dan juga sanksi pidana. Pemegang lisensi juga dapat dikenai pertanggungjawaban parsial maupun penuh terhadap perilaku konsumennya, contoh perilaku yang patut dikenai hukuman di antaranya perilaku anti sosial, membuang puntung sembarangan dan mengemudi dalam pengaruh napza.

- Sistem *'kedai kopi'* ganja di Belanda menawarkan contoh-contoh bermanfaat lainnya tentang tempat umum berlisensi yang menjual produk-produk yang lebih kontroversial (lihat: *5.3. Ganja*, Hal. 147) Melalui *'kedai kopi'*, pemerintah Belanda telah melaju menuju pemberian lisensi legal penjualan dan konsumsi ganja. Bagaimanapun, harus dipahami bahwa, di Belanda sekalipun, perdagangan ganja bukan subjek regulasi legal secara keseluruhan; pasokan ganja ke *'kedai kopi'* tetaplah ilegal, walau pasokan dalam jumlah kecil dan konsumsi jumlah kecil dalam *'kedai kopi'* masih ditoleransi. *'Kedai kopi'* ganja beroperasi di bawah seperangkat aturan ketat dan persyaratan ketat yang diawasi.

- Lokasi-lokasi yang diawasi untuk mendistribusikan dan mengkonsumsi *diamorphine* (heroin) yang diresepkan; adalah bentuk lain dari lokasi berlisensi. Model ini menjadi subjek pemberian lisensi ketat, pemeriksaan

eksternal berkala, dan penegakan hukum yang ketat, walaupun lokasi-lokasi ini hanya menyediakan napza berbasis peresepan.

- Banyak pelajaran yang didapatkan dari menempatkan lembaga lisensi dan regulasi untuk mengelola aktivitas-aktivitas terbatas (dan berpotensi berbahaya) termasuk perjudian, beberapa jenis hiburan, dan aktivitas seks komersial.[12]

- Contoh-contoh yang tersedia di atas menunjukkan bahwa lokasi-lokasi penjualan napza berlisensi yang berfungsi dengan baik akan relatif dibatasi dalam kaitan tata cara penawaran napza, dan kepada siapa napza ditawarkan. Berdasarkan fakta-fakta ini, model ini dapat menggabungkan elemen-elemen yang telah diberlakukan pada tempat umum berlisensi, penjualan berlisensi, dan model apotek spesialis, untuk memastikan bahwa penggunaan napza tingkat sedang berada pada lingkungan yang lebih aman, dan lebih mendukung.

2.7. Penjualan Tak Berlisensi

- Senyawa psikoaktif tertentu yang memiliki risiko cukup rendah, seperti kopi, penggunaan tradisional teh koka dan pereda nyeri berkekuatan rendah, adalah subjek lisensi ringan atau tidak memerlukan lisensi sama sekali. Disini, regulasi berfokus pada deskripsi produk standar dan pelabelan. Ketika dibutuhkan, peraturan tentang makanan dan minuman (terkait kemasan, batas tanggal penjualan, daftar isi dll) perlu diberlakukan. Produk-produk tersebut dijual bebas secara efektif, walaupun beberapa di antaranya dalam beberapa kasus mengalami pembatasan lokal atau kode etik lokal.

[12] R. MacCoun, P. Reuter, **'Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, & Places'**, Cambridge University Press, 2001

Model Pasar Teregulasi

Akhir-akhir ini telah banyak diskusi menyikapi kegagalan historis kebijakan tembakau berbasis kesehatan masyarakat (lihat: *5.2. Tembakau*, Hal.141). Fakta ini memicu berbagai rancangan model regulasi baru yang dapat diaplikasikan pada napza jenis lain. Profesor Ron Borland telah merancang Model Pasar Teregulasi atau *Regulated Market Model* (RMM), yang dibangun dari asumsi bahwa rokok bukan produk konsumen biasa.

Walau digunakan sesuai petunjuk, tembakau tetaplah sangat adiktif dan secara signifikan berbahaya bagi kesehatan individu. Model Pasar Teregulasi mengikuti aturan bahwa pemasaran komersil, yang bertujuan meningkatkan konsumsi tembakau sehingga meningkatkan keuntungan, secara tak terhindarkan akan membawa pada peningkatan dampak kesehatan yang tak dapat diterima.

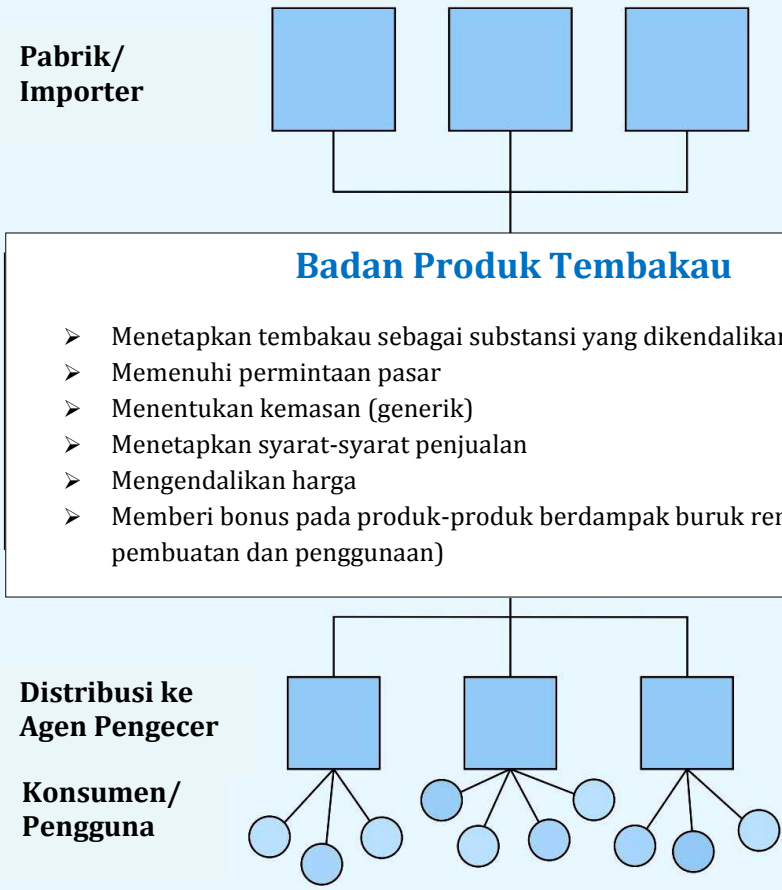
Menyikapi hal ini, model pasar teregulasi akan mempertahankan akses legal pada individu dewasa tetapi menyingkirkan insentif yang bermotifkan upaya menangguk keuntungan dengan meningkatkan penggunaan produk-produk yang sudah ada, atau dengan mendorong pengguna baru untuk mulai merokok. Model ini menggagas terbentuknya lembaga regulasi (Badan Pengelola Produk Tembakau / *Tobacco Products Agency*) untuk berperan sebagai jembatan antara produsen dan penjual.

Badan Pengelola Produk Tembakau akan mengendalikan produk dan aktivitas pemasaran secara penuh, mengelola tipe produk tembakau, produksi, pengemasan dan pemasaran. Interaksi komersial kompetitif masih akan terjadi dalam titik produksi, dan titik suplai. Produsen tembakau akan berkompetisi dalam memasok Badan Pengelola Produk Tembakau dengan bahan mentah, sementara para penjual akan mengambil keuntungan dari menjual produk tembakau pada konsumen yang memenuhi syarat.

Dengan demikian Badan Pengelola Produk Tembakau akan mampu mencapai tujuan kesehatan masyarakat dengan mengelola dan sedapat mungkin mengurangi konsumsi, alih-alih bertujuan menangguk keuntungan dengan bekerja aktif memaksimalkan penggunaan tembakau.[13] (Lihat grafik di bawah ini)

[13] R. Borland, **'A Strategy for Controlling the Marketing of Tobacco Products: A Regulated Market Model'**, Tobacco Control, 2003, Vol. 12, Hal. 377.

Model Pasar Teregulasi



Adapted from: Borland, *'Tobacco Control'*, 2003

Rincian Praktis Regulasi

3.1 Pengendalian Produksi

Secara mengejutkan, masalah regulasi produksi napza membutuhkan lebih sedikit diskusi dibandingkan masalah regulasi suplai napza. Telah tumbuh sejumlah besar bisnis yang berkaitan dengan produksi napza berbasis tanaman dan napza psikoaktif sintetis. Bisnis dilakukan secara keseluruhan dalam kerangka hukum yang sudah ada di tingkat regional, nasional, dan global.

Menyadari hal ini, produksi napza non-medis akan lebih banyak membutuhkan perluasan dari kerangka-kerangka yang telah ada, daripada mengembangkan kerangka-kerangka baru. Kami menunjukkan hal ini melalui kesimpulan berikut dari produksi opium/heroin, koka/kokain dan ganja secara legal dan teregulasi, Untuk diskusi lebih rinci tentang produksi legal napza yang disimpulkan di bawah ini, lihat *Lampiran 2*, Hal. 251.

Perlu diingat bahwa mendirikan lembaga legal yang mengeluarkan perizinan penjualan dan konsumsi napza non-medis akan memungkinkan perusahaan-perusahaan yang teregulasi secara legal untuk berkompetisi langsung dengan bandar napza di pasar gelap. Perbandingan kualitas dan legalitas produk mereka, melampaui dan mengungguli semua keuntungan di sisi harga, yang mereka miliki, sehingga memungkinkan mereka tanpa keraguan akan meraup bagian besar penjualan substansial dibandingkan pesaing mereka, bandar pasar gelap, ketika keberadaan pasar legal kian bertumbuh dan dikenal.

Ada isu-isu ekonomi dan sosial yang perlu diperhatian dalam masa transisi dari pasar gelap ke sistem yang teregulasi secara legal; sebagai contoh, perubahan ini akan meningkatkan masalah isu kemapanan di area-area yang tadinya memproduksi napza ilegal (lihat: *4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas*, Hal.116). Dalam jangka panjang, bagaimanapun, melucuti organisasi kriminal internasional dari salah satu pusat aliran keuntungan mereka hanya akan menghasilkan perubahan positif.

3.1.1 Produksi Legal Terkini : Opiat, Kokain, Ganja, Obat-obatan Farmasi

i Opium Legal/ Produksi Opiat

Hampir separuh[14] jumlah opium yang diproduksi secara legal adalah untuk diproses menjadi berbagai macam obat-obatan berbasis opiat. Setiap negara dapat mengajukan permohonan formal pada Komisi Narkotika PBB *(UN Commission on Narcotic Drugs)* untuk menanam, memproduksi dan memperdagangkan opium legal, di bawah aturan-aturan Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika tahun 1961 dan di bawah pengawasan dan panduan dari Badan Internasional Pengendalian Narkotika (*International Narcotic Control Board*–INCB). Sampai dengan 2001, ada delapan belas

[14] Produksi opium legal terhitung sebesar lebih dari setengah produksi opium global sampai dengan seputar 2005-2006, dan menyusul kelebihan panen opium ilegal di Afghanistan.

negara yang mengajukan permohonan formal tersebut, termasuk Australia, Turki, India, China dan Inggris.

Sistem pengendalian lisensi internasional berperan untuk memberi izin dan mengatur produksi dan penggunaan yang sah, dan disaat yang sama mencegah napza beredar pada pasar gelap napza non-medis. Pemerintah negara-negara sepakat dengan adanya pemberian lisensi dan pengawasan atas penanaman, produksi, pengolahan produk dan perdagangan napza jenis terbatas dan setuju untuk diawasi oleh INCB, yang merupakan badan PBB yang bertanggungjawab memastikan keseimbangan antara produksi sah dan persyaratan sah.

Perluasan produksi opium dan turunan-turunan produknya di bawah kerangka yang telah ada terbukti nyata dapat dilakukan dan tak menimbulkan masalah. Walaupun ada tekanan ekonomi dari keberadaan pasar gela karena mereka telah lebih dahulu ada, produksi dan transit legal baik opium mentah maupun opiat produk farmasi yang telah diproses kini mengambil porsi besar tanpa ada isu berarti di bidang keamanan atau isu pengalihan peruntukan napza.

Nampaknya perluasan penggunaan opiat yang teregulasi secara legal akan mulai terjadi dengan model peresepan medis yang telah ada, proses ini telah berkembang walaupun secara pelahan. Pergeseran lebih signifika dari produksi ilegal menuju legal (walaupun melalui perluasan substansial model peresepan, atau bentuk penjualan berlisensi lainnya) akan mengambil peran yang kian besar dari tahun ke tahun.

Situasi ini memungkinkan periode transisi terkelola selama regulasi terkait dan infrastruktur penegakan hukum dikembangkan dan diperluas. Setiap tantangan yang muncul dapat disikapi sesuai situasi dan waktu kemunculannya. Dan selama proses ini berkelanjutan, permintaan pasar atas produk ilegal akan secara pelahan lenyap, dan demikian juga dengan insentif ekonomi yang berasal dari pasar gelap.

Seperti telah dijelaskan di atas, perubahan semacam itu merupakan berkah bagi beberapa pihak. Dalam kasus ini, pergeseran meningkatkan masalah perkembangan yang signifikan di Afghanistan yang hingga saat ini memproduksi kira-kira 93% opium ilegal dunia, berkontribusi lebih dari separuh rata-rata produk domestik bruto negara tersebut. [15] Setiap pergeseran dari produksi opium sebagai sumber penghasilan utama harus dikelola secara hati-hati, terutama pada wilayah-wilayah sensitif. (lihat: *4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas*, Hal.116).

ii **Produksi Legal Koka / Kokain**

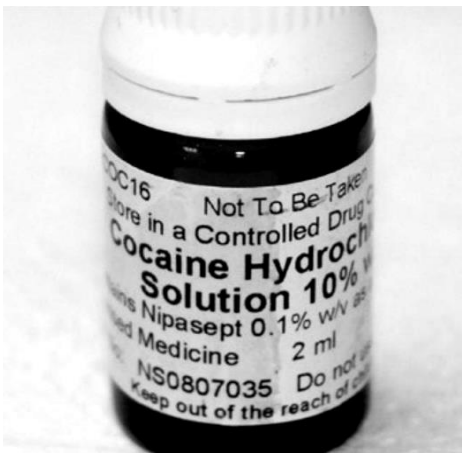
Baik daun koka dan kandungan akftifnya yaitu kokain, adalah subjek pengendalian ketat di bawah Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika 1961, dengan pendekatan yang tak jauh berbeda dari opium dan produk farmasi berbasis opium. Produksi legal kedua substansi ini ada, tetapi berskala lebih kecil dibandingkan produksi opium yang diperbolehkan.

Produksi legal koka di wilayah Andes berlanjut untuk digunakan sebagai perisa minuman (sebagian besar untuk Coca-Cola), daun koka diekspor ke AS, untuk menjalani proses 'dekokainisasi' oleh perusahaan farmasi yang diberi lisensi oleh *Federal Drug Enforcement Agency*. Ekstrak kokain digunakan sebagai obat anestesi di seluruh dunia.

Berbagai produk koka berpotensi rendah, termasuk daun koka itu sendiri, teh koka, serta makanan dan obat tradisional berbasis koka, biasa ditemukan di wilayah Andes. Produk-produk ini berada dalam area abu-abu, dan hingga kini masih menjadi subjek perselisihan antara badan napza PBB melawan Bolivia dan Peru.

[15] *'Di Afghanistan, total nilai ekspor opium dan heroin yang diselundupkan ke negara-negara tetangga pada 2007 mencapai 4 miliar dolar AS, meningkat 29% dari nilai ekspor tahun 2006. Hal ini berarti bahwa perdagangan opium telah mencapai lebih dari separuh (53%) dari nilai ekspor neto Afghanistan yang legal.'* **'Afghanistan: Opium Survey 2007'**, UNODC, 2007, Hal. iii

Berdasarkan fakta ini, produksi legal koka untuk penggunaan dalam bentuk daun mentah, dalam produk yang diproses secara ringan, atau sebagai kokain farmasi, nyata-nyata tidak menunjukkan masalah secara signifikan dalam proses produksi maupun terkait koka itu sendiri. Ketika dijajaki dari sudut pandang potensi dampak buruk kesehatan yang disebabkannya, produk koka berpotensi rendah (daun dan teh) tidak memerlukan pengendalian lebih dari produk serupa seperti kopi. Pengolahan koka menjadi menjadi koka farmasi akan berada dalam skala industri; masalah keamanan dan regulasi produk akan dioperasikan dalam model yang sudah teruji dengan baik.



Kokain medis di sebuah rumah sakit di Inggris, Juli 2009.
Foto: Stephen Rolles

Masalah kunci dalam sistem semacam itu adalah yang telah terlihat di wilayah produksi koka; ketegangan ekonomi yang mengakibatkan ketidakstabilan dan dampak buruk sosial yang diakibatkan pasar gelap paralel. Meregulasi produksi legal daun koka sejalan dengan panduan perdagangan adil yang telah terbentuk, jaminan harga bersamaan dengan bentangan perlindungan sosial dan lingkungan (bagi petani kopi, kokoa, gula, dll) akan menuju pada berbagai jalan untuk memperbaiki masalah. Lebih lanjut, dalam bentuk serupa dengan opium dan ganja, masalah semacam ini akan berkurang secara progresif dengan menurunnya permintaan ke pasar gelap, sementara pasar global bergeser menuju regulasi legal.

Masalah spesifik terkait perdagangan dan pengembangan mungkin timbul selama masa transisi, termasuk potensi badan napza PBB memberikan lisensi produksi koka pada beberapa negara dalam jumlah terbatas

(contohnya: terbatas pada negara-negara di wilayah Andes), atau pada negara-negara bagian tertentu untuk mulai menanam koka demi memenuhi kebutuhan domestik mereka. (lihat*: 4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas,* Hal. 116).

iii **Produksi Ganja Legal**

Ganja telah diproduksi di beberapa negara berbeda, terutama di AS dan Kanada, selama beberapa dekade, awalnya untuk berbagai penggunaan dan sediaan medis. Sebagian tanaman ganja ditanam di bawah lisensi atau ditanam oleh negara, sebagian diproduksi oleh organisasi semi legal atau organisasi yang dikelola pasien ganja medis.

Hal ini menciptakan pengalaman signifikan tentang regulasi produksi ganja. Pengalaman-pengalaman ini menunjukkan bahwa produksi dapat ditempatkan pada tataran yang memperhatikan masalah keamanan dan pengendalian kualitas. Secara bersamaan, fakta-fakta ini akan menyediakan panduan yang jelas untuk pengembangan model-model fungsional produksi komersial ganja non-medis di masa mendatang.

Insentif ekonomi untuk beralih dari pasar gelap akan secara progresif berkurang ketika produksi legal kian meluas dan mengalahkan keuntungan yang kini didapatkan oleh pemasok ilegal

Kecemasan akan adanya pengalihan ke pasar gelap dapat di atasi dengan penerapan lisensi pada petani dan pemasok dikombinasikan dengan penegakan hukum efektif, sehingga pelanggaran terhadap syarat-syarat lisensi dapat diidentifikasi. Insentif

ekonomi untuk beralih dari pasar gelap akan secara progresif berkurang ketika produksi legal kian meluas dan mengalahkan keuntungan yang kini didapatkan oleh pemasok ilegal.

Demikian halnya dengan produk–produk opium dan koka, ekspansi produksi legal akan meningkat setelah beberapa tahun. Situasi ini akan memungkinkan adanya transisi terkelola, dan evolusi infrastruktur regulasi yang efektif secara khusus, sebagai respon terhadap setiap isu dan tantangan yang muncul.

Menyediakan suplai eceran ganja yang terpercaya juga akan banyak mempengaruhi penanaman ganja di rumah untuk keperluan pribadi. Praktik ini akan segera menjadi kian jarang dilakukan, bertahannya sekelompok kecil penggemar fanatik atau ahli meracik ganja, sama seperti membuat anggur atau bir sendiri di rumah. Panduan dasar akan diberikan dan batasan jumlah produksi yang diperbolehkan bagi setiap individu ditentukan, tetapi pengalaman dengan skema semacam ini di Eropa, menunjukkan bahwa ini sulit diterapkan dan kerap dinafikan oleh polisi dan para petani ganja.

Model lisensi mungkin diterapkan untuk klub ganja berskala kecil hingga sedang atau sekelompok petani ganja yang berbagi/memasok/bertukar produk yang bukan untuk mencari keuntungan, sehingga batasan umur dan pengendalian kualitas dapat diterapkan, dan beberapa derajat akuntabilitas dapat ditetapkan. Tentu, bisa dibilang, di Inggris tidak ada minat untuk menumbuhkan tembakau di dalam rumah, yang secara teori akan terkena bea masuk; walau sebenarnya tak akan terjadi.

Untuk diskusi lebih rinci tentang situasi terkini produksi napza legal yang disimpulkan di atas, lihat: *Lampiran 2*, Hal. 251

iv **Produksi Farmasi Legal**

Telah ada model yang sudah diberlakukan untuk produksi ribuan jenis obat-obatan farmasi. Model-model ini dibangun di atas regulasi yang sangat ketat, khususnya pengendalian kualitas, keamanan, dan masalah penempatan. Mengingat bahwa (seperti yang ditekankan pada kokain dan opiat) banyak produk farmasi legal adalah obat-obatan yang sama seperti yang digunakan secara non-medis, sangat sedikit bahkan tidak diperlukan perubahan pada model ini. Model yang sudah berjalan lama ini akan lebih dari cukup untuk mendukung perluasan lisensi untuk produksi napza non-medis. Tetapi sekali lagi, masalah keamanan dan pengalihan ke pasar gelap akan tidak terlalu dikuatirkan seiring berjalannya waktu.

3.2 Pengendalian Ketersediaan

Meminimalkan dampak buruk yang diakibatkan oleh napza, baik untuk pengguna maupun masyarakat luas, adalah motivasi kunci dari setiap aparat pendukung pengendalian napza. Terlihat logis, bahwa jalan terbaik untuk meminimalkan dampak buruk napza adalah dengan membatasi ketersediaan napza yang menyebabkan dampak buruk tersebut, dan kemudian meminimalkan penggunaannya, dua hal ini merupakan tujuan kunci di sisi suplai pelarangan napza serta penegakan hukum terkait napza.

Akan tetapi, perhitungan akurat ketersediaan napza ilegal sangat sulit didapatkan, karenanya kesuksesan atau kegagalan relatif dari penerapan kebijakan ini sulit ditentukan. Lebih-lebih lagi, membatasi ketersediaan legal dari berbagai napza tersebut dapat secara kontra-intuitif meningkatkan, bukannya mengurangi dampak buruk yang diciptakan napza, dengan menyerahkan distribusi dan penjualan pada para penangguk keuntungan dan budaya kriminal yang tidak tertarik untuk berkontribusi pada kesejahteraan masyarakat.

Mengurangi ketersediaan sering disebutkan sebagai tujuan utama kebijakan[16], tetapi secara jelas konsep ketersediaan telah dieksplorasi dan diekspresikan secara sangat buruk. Hampir tidak ada data yang dikumpulkan secara sistematis tentang ketersediaan napza di berbagai tempat, diluar perkiraan harga dan kemurnian napza, yang didapatkan sewaktu-waktu melalui survei pada pengguna napza, atau lebih jamak didapatkan melalui perhitungan perwakilan yang tak berarti, seperti jumlah barang sitaan. Walaupun data semacam itu dapat dikumpulkan, sifat tersembunyi dan informal perdagangan napza ilegal menyebabkan gambaran terpercaya tentang ketersediaan napza sangat sulit didapat. Dari data yang sangat terbatas, kita memiliki kesimpulan yang jelas bahwa ketersediaan napza ilegal lebih dari sekedar berpacu dengan permintaan- tetapi sesungguhnya ketersediaan napza secara umum diketahui telah meningkat walaupun sumber daya yang dialokasikan untuk penegakan hukum di sisi suplai napza juga terus ditambah.

Tidak seperti ketersediaan ilegal, ketersediaan produk legal, dalam berbagai bentuk dapat secara akurat dihitung dan dikendalikan. Proses ini dapat dikelola melalui sifat alami dan intensitas pengendalian regulasi yang dikerahkan, serta ketegasan penegakan hukum dan sumber daya yang dialokasikan pada penegakan hukum.

Sebagian pembaca dapat saja menolak keras sifat membatasi dan memaksa dari beberapa regulasi yang dijabarkan di bawah ini. Merupakan tujuan dari buku ini untuk menunjukkan bahwa banyak pilihan yang tersedia untuk mengendalikan produksi, suplai dan penggunaan napza dalam penerapan regulasi legal. Adalah kehendak yang kurang atau lebih demokratis dari masyarakat terdampak-lah yang akan menentukan penyesuaian pembatasan paling tepat seperti yang dijabarkan dalam skenario. Bagaimanapun, dapat diasumsikan bahwa penerapan kebijakan yang lebih membatasi akan diaplikasikan di fase awal regulasi legal, dengan cita-cita adanya pelunakan pembatasan seiring dengan berjalannya kebijakan, dipandu oleh bukti-bukti

[16] Lihat contoh (Inggris) dalam **'After the War on Drugs: Options for Control'**, Transform Drug Policy Foundation, 2005, Hal. 24.

efektivitas, sementara norma dan pengendalian sosial yang lebih positif dikembangkan. (lihat: *4.1. Sebuah Pengantar yang Penuh Kehati-Hatian dan Bertahap,* Hal. 95)

Satu dari sekian banyak dampak buruk yang diciptakan oleh kebijakan pelarangan napza adalah pengurangan bentangan piihan napza yang tersedia bagi konsumen. Konsekuensi pasar gelap yang dikendalikan secara eksklusif oleh motif memaksimalkan keuntungan, adalah bahwa pasar gelap kian didominasi oleh produk napza dengan konsentrasi tinggi, berpotensi tinggi dan berisiko, serta bahan-bahan dasar yang menawarkan keuntungan terbesar, seperti heroin untuk disuntikkan, *crack* kokain, dan metamfetamin sebagai contoh. Ketika pengendalian pasar gelap digantikan dengan rezim legal yang dikendalikan oleh otoritas kesehatan masyarakat dan otoritas engara, kita dapat berharap bahwa napza dengan potensi rendah akan lebih mudah didapatkan. Ada banyak bukti, terutama dari ranah pengendalian alkohol, yang menunjukkan bahwa mayoritas konsumen secara rasional cenderung memilih versi yang lebih ringan. Kemunculan pendekatan regulasi memiliki kelenturan dan pilihan pengendalian untuk memperhitungkan bentangan lebih luas ketersediaan napza.

Titik penting untuk ditekankan adalah, bahwa , pengelolaan publik tentang ketersediaan napza mematiskan bahwa model regulasi dan pengendalian tambahan dapat diterapkan secara berbeda, pada berbagai tingkatan intensitas, tergantung pada risiko produk tertentu, atau aktivitasnya. Bukan saja risiko lebih besar yang diasosiasikan dengan napza tertentu dan/atau populasi pengguna (calon pengguna) napza tertentu yang menentukan ketatnya regulasi pada ranah pengurangan risiko praktis, tetapi pembedaan aplikasi pengendalian regulasi dapat menciptakan sebuah bentangan ketersediaan yang berhubungan dengan tingkat risiko tiap-tiap napza/sediaan napza, perilaku, dan lingkungan tempat napza tersebut dikonsumsi.

Bentangan ketersedian/bentangan risiko dapat mendukung tujuan lebih luas di ranah kesehatan masyarakat dan pengurangan dampak buruk , dengan (1)

menekan secara progresif ketersediaan produk-produk, sediaan dan perilaku berisiko tinggi; (2) *'mendorong'* pola penggunaan napza, sediaan napza dan perilaku yang berisiko lebih rendah, dan (3) di masa mendatang memelihara norma-norma sosial seputar penggunaan napza yang lebih bertanggungjawab dan berisiko lebih kecil. Seperti telah ditekankan sebelumnya, budaya napza ilegal tidak netral dalam masalah ini, dalam berbagai kesempatan budaya napza ilegal mendorong secara aktif penggunaan menuju arah berlawanan, yaitu menuju penggunaan produk-produk, sediaan, perilaku dan lingkungan yang lebih berbahaya (lihat; sebagai contoh, diskusi tentang koka dan produk–produk kokain di Bab *5.4 Stimulan*, Hal. 162)

Pelarangan napza, dan pasar gelap napza dan budaya yang dimunculkan olehnya, merongrong norma-norma sosial dan pengendalian yang dapat mendukung keputusan penggunaan napza yang lebih bertanggungjawab dan mengurangi keinginan penggunaan napza yang lebih berbahaya atau berisiko. Proses ini berlawanan dengan akal sehat. Pelarangan napza dengan sanksi hukuman secara nyata bertujuan untuk mencapai hal-hal yang berlawanan dengan kepentingan kesejahteraan masyarakat. Yang menjadi bukti adalah penglaman selama lebih dari setengah abad atau lebih, bahwa pelarangan napza, ketika digunakan sebagai alat edukasi kesehatan masyarakat dan alat perbaikan, telah gagal mencapai tujuan. Kegagalan ini terjadi karena pelarangan napza menyerahkan pengendalian ketersediaan napza pada mereka yang tidak memiliki kualifikasi atau tidak memiliki motivasi untuk mengelola napza secara bertanggungjawab, sebaliknya hanya termotivasi untuk memaksimalkan keuntungan.

Titik penting untuk ditekankan adalah bahwa ketersediaan napza yang diregulasi memungkinkan adanya pengendalian; yang tidak mungkin dilakukan pada kebijakan pelarangan napza. Ketersediaan napza yang terkendali tidak secara otomatis diartikan sebagai peningkatan ketersediaan. Tidak seperti kebijakan pelarangan napza yang menyamaratakan semua jenis napza dengan pendekatan yang sama, regulasi legal menciptakan peluang adanya perbedaan-perbedaan kecil dan kelenturan dalam berbagai aplikasi

sepanjang bentangan berbagai tingkatan kebijakan napza. Kelenturan ini memungkinkan para penentu kebijakan menyeimbangkan kebutuhan meregulasi pola kebijakan pelarangan untuk diterapkan dalam jangka waktu singkat, dengan kebijakan-kebijakan jangka panjang yang akan mendorong pola baru penggunaan napza yang berisiko lebih rendah.

Dengan regulasi legal dan pengelolaan napza yang kini ilegal, terbuka peluang bukan saja untuk mempertahankan trend umum menuju maksimalisasi dampak buruk, tetapi memulai membalikkan tren tersebut dalam jangka menengah dan jangka panjang, menuju arah yang berlawanan secara meyakinkan.

3.3 Pengendalian Produk

3.3.1 Dosis, Pengendalian Sediaan

Seperti telah didiskusikan di bagian buku yang berbeda (lihat: *4.2. Menjajaki dan Menentukan Peringkat Napza Berdasarkan Dampak Buruk*, Hal 63), risiko yang diasosiasikan dengan napza tertentu ditentukan secara signifikan oleh sifat alami sediaan napza, dosis dan metode konsumsi.

Napza berbentuk pil atau bubuk sepatutnya disediakan dalam unit-unit standar. Standarisasi tersebut memastikan bahwa jumlah napza yang dikonsumsi jelas diketahui. Proses ini juga memungkinkan informasi produk dapat diberikan langsung pada kemasan dan tertera secara jelas. Aturan pakai untuk unit terstandarisasi harus ditentukan berdasarkan tingkat toksisitas atau risiko dosis napza yang sedang dikelola.

Ketersediaan sediaan tiap-tiap jenis napza, dan tingkat pengendalian yang dipelajari pada tiap-tiap sediaan, perlu untuk ditentukan berdasarkan kasus per kasus. Secara umum, sediaan napza dengan potensi rendah dan yang bekerja secara pelahan harus lebih mudah didapatkan. Versi napza berpotensi tinggi, yang bekerja secara cepat di dalam tubuh, harus lebih sulit didapatkan. Sediaan napza berisiko tertinggi, khususnya bila digunakan dengan cara disuntikkan

seharusnya hanya bisa didapatkan dengan persyaratan yang sangat ; ketatbiasanya melalui peresepan, atau penggunaan yang diawasi.

Risiko pengalihan napza ke pasar gelap, dapati dikurangi melalui penggunaan *microtaggants*. *Microtaggants* adalah alat pelacak elektronik yang berfungsi seperti pemindai kode kimia, dan dapat dilekatkan pada sediaan napza farmasi. Alat ini dapat membantu otoritas pemilik lisensi untuk mengidentifikasi dan mengambil aksi terhadap individu tertentu; bisa jadi mengidentifikasi pemilik napza yang terdaftar resmi atau pemasok resmi untuk menghindari beredarnya napza legal ke pasar gelap.

3.3.2 Pengendalian Harga

Regulasi legal memungkinkan pemerintah mempengaruhi harga pasar, baik melalui penerapan pajak (atau penyediaan subsidi) pada harga yang ditentukan oleh pasar, atau intervensi langsung menentukan harga tetap. Penerapan pajak dapat diatur baik berdasarkan pajak tetap per unit produk, atau sebagai persentasi barang/jasa yang disediakan (sebagai contoh, adalah pajak pembelian). Berdasarkan bagaimana mereka ditetapkan, pengendalian harga juga dapat mendorong adanya penghasilan pemerintah dari penerimaan pajak, atau sebaliknya membutuhkan subsidi pemerintah atas produk napza.

Pengendalian harga sangat lentur dan dapat diatur untuk menyasar produk-produk, populasi pengguna, tipe gerai, atau wilayah geografis tertentu, yang dihubungkan dengan isu khusus.

Penetapan harga optimum napza dapat disimpulkan sebagai menciptakan keseimbangan antara dua kepentingan yang saling bertolak belakang. Harga harus ditetapkan cukup mahal untuk menurunkan minat penyalahgunaan,

sekaligus cukup murah untuk memastikan bahwa menjual kembali dengan harga lebih rendah tidak cukup menguntungkan bagi para bandar napza ilegal.

Tentu saja, ini bukan sebuah gambaran sederhana dari masalah. Perlu ada kewaspadaan ketika melakukan penyamarataan tentang dampak pengelolaan harga napza. Harus dicatat bahwa penyesuaian harga secara potensial memiliki dampak berbeda pada pengguna napza di sub-populasi berbeda, pada pasar yang berbeda, dan pada napza yang berbeda. Variasi luas pada permintaan elastisitas harga, adalah, sebuah tingkatan ketika permintaan merespon perubahan harga; telah diamati pada berbagai kelompok pengguna napza, berbagai jenis napza, dan pola penggunaan napza.

Sebagai contoh, kenaikan harga tidak selalu menurunkan tingkat konsumsi (demikian juga sebaliknya). Kendati ada fakta bahwa pengurangan minat penggunaan napza dengan mengatur harga adalah prinsip dasar ekonoomi mikro, dan dapat dibuktikan dengan pengendalian harga beberapa jenis napza dan populasi pengguna napza terkait (contoh: alkohol dan tembakau), pola penggunaan napza secara nyata kerap naik dan turun secara bebas tanpa memperhatikan faktor harga. Di AS, sebagai contoh, harga kokain telah merosot sebesar 80% selama 25 tahun terakhir, tetapi persentase konsumsi juga merosot.

Tingkatan harga bagi napza yang dipasok oleh pemerintah (termasuk berbagai intervensi lain) akan secara alami berdampak pada besaran pasar gelap yang beroperasi secara paralel, faktor utama adalah perbedaan harga. Bisnis napza di pasar gelap menawarkan keuntungan yang luar biasa; dengan adanya penegakan hukum di sisi suplai, diluar harapan justru berperan mendorong tingginya harga napza ilegal, sehingga menarik minat organisasi dan individu untuk mengedarkan napza di pasar gelap.

Dengan berasumsi harga pasar beberapa napza kunci akan merosot (paling nyata pada heroin dan kokain), dan sementara pola konsumsi bergeser menuju suplai legal, kita dapat berharap terpuruknya besaran keuntungan yang

ditawarkan pasar gelap, kemerosotan insentif yang didapat dari menjual unit-unit napza oleh pemasok ilegal, serta menurunnya tingkat dan intensitas kekerasan yang dikaitkan dengan keberadaan pasar gelap. Kemampuan dan insentif yang didapat bandar napza dengan menjual napza dibawah harga resmi akan kian berkurang, ketika harga mendekati biaya produksi pasar legal dan keuntungan potensial pasar gelap kian menipis.

Seluruh poin ini menunjuk pada perlunya pengelolaan yang hati-hati, realistis dan pendekatan kasus per kasus pada tingkatan pengaturan harga napza. Bila dikelola dengan baik, perubahan harga napza dapat diatur untuk mencapai dampak maksimal pada tingkat penggunaan, tingkat aktifitas suplai ilegal, tingkat kriminalitas yang dilakukan oleh pengguna yang membutuhkan uang membeli napza, dan tingkat pendapatan negara dari penerimaan pajak. Mengatur harga optimum untuk produk tertentu, dalam lingkungan tertentu, akan membutuhkan penyeimbangan yang hati-hati dengan mencermati berbagai dampak tersebut, yang kerap kali saling bertentangan satu sama lain. Ini adalah sebuah tantangan yang akrab dihadapi penentu kebijakan yang telah lebih dulu mengelola pengendalian harga alkohol dan tembakau; ada banyak pelajaran berharga untuk ditelaah dari pengalaman di ranah alkohol dan tembakau.

Pertimbangan-pertimbangan penentuan harga napza secara umum, mencakup:

- Beban ekonomi biaya pembelian napza berhubungan dengan keseluruhan pendapatan yang dapat dibelanjakan pengguna napza, merupakan sebuah faktor utama. Bila harga awal napza cukup rendah dan/atau bila penggunaan napza dalam tingkatan sedang atau sekali-sekali, keseluruhan pengeluaran akan rendah dan sekalipun ada perubahan harga secara dramatis, dampaknya tidak akan terlalu terasa. Sebaliknya, bila penggunaan napza sangat kerap dan keseluruhan pengeluaran untuk berbelanja napza sangat tinggi, maka perubahan harga dapat berdampak signifika pada tingkat penggunaan napza (contoh: alkohol dan tembakau).

- Bagi mereka yang berpendapatan rendah, secara signifikan termasuk kaum muda – mereka secara umum lebih terpengaruh pada pengendalian harga yang ditujukan untuk membatasi tingkat konsumsi. Harus diingat walaupun peningkatan harga dapat berdampak positif pada kaum muda (riset alkohol sebagai contoh menunjukkan peningkatan harga berhubungan dengan penurunan konsumsi), dampak sosial ekonomi yang lebih luas dari kebijakan pengendalian harga dapat memunculkan perdebatan.

- Ada anggapan umum bahwa kebutuhan individu dengan ketergantungan napza untuk terus menerus menggunakan napza membuat mereka memerlukan harga yang tetap dibandingkan konsumen lainnya. Kenaikan harga dapat memicu konsekuensi tak diinginkan pada individu yang berpenghasilan rendah, seperti perilaku kriminal untuk mendapatkan uang membeli napza (kerapkali diamati pada pengguna kokain dan heroin ilegal), atau adanya pengurangan pada contohnya: pembelian makanan sehat (hal ini juga diamati pada individidu dengan ketergantungan alkohol dan tembakau).

- Ketersediaan dan biaya substitusi napza, atau substitusi aktivitas rekreasional, adalah sebuah faktor dalam menentukan dampak perubahan harga pada penggunaan napza. Meningkatkan harga napza dapat mengalihkan pengguna pada alternatif napza yang lebih murah. Dampak dari pengalihan ini dapat berpotensi baik positif maupun negatif, tergantung pada napza apa yang menggantikan dan aktivitas penggunaannya. Pengalihan dapat terjadi ketika individu memutuskan menggunakan napza dengan metode yang lebih berisiko tetapi lebih murah, contohnya dengan menyuntik. Tentu saja, dapat dicatat bahwa penyusunan kebijakan dapat juga mendorong terjadinya pengalihan yang positif (lihat di bawah).

  Pilihan seseorang untuk menggunakan suplai napza legal atau ilegal akan ditentukan oleh variabel-variabel yang saling mempengaruhi, bukan saja perbandingan harga, yang membuat sulit penyamarataan. Pengambilan

keputusan kebijakan penentuan harga di masa mendatang sebaiknya didasarkan atas pengujian yang berhati-hati atas sistem penentuan harga yang berbeda-beda dan dampaknya terhadap berbagai indikator pada beberapa populasi – sebuah sistem berkelanjutan untuk evaluasi hasil perlu disisipkan ke dalam setiap infrastruktur regulasi.

Intervensi harga adalah perangkat kebijakan yang bermanfaat secara khusus, ketika sebuah infrastruktur pengendalian harga terbentuk, sistem tersebut memungkinkan respon yang relatif cepat terhadap perubahan keadaan dan masalah-masalah yang timbul. Pengendalian harga sangat lentur dan dapat secara potensial menjangkau produk-produk tertentu, populasi pengguna tertentu, tipe-tipe gerai atau wilayah geografis yang diasosiasikan dengan masalah-masalah khusus. Penerapan berbeda-beda dari sistem pengendalian harga napza dapat pula berkontribusi pada jenjang ber-insentif maupun tanpa insentif yang dapat membantu mendorong perilaku penggunaan yang lebih bertanggungjawab dan penggunaan produk-produk dengan risiko lebih rendah.

Sementara ada kebutuhan untuk berhati-hati dalam menyamaratakan antara satu napza dengan napza lainnya, bentangan pengalaman dengan kebijakan alkohol dan tembakau menyediakan titik awal yang berguna untuk memberikan informasi pada kebijakan penetapan harga napza secara lebih umum. Sementara untuk menunjukkan, di mana kebijakan saja dapat diberlakukan secara efektif, perlu diketahui bahwa isu politik terus menerus membayangi intervensi harga pemerintah pada alkohol dan tembakau; potensi untuk mendapat penghasilan lewat penerimaan pajak dapat berdampak negatif pada prioritas pemerintah dalam isu kesehatan masyarakat (yang secara umum bertujuan untuk menekan penggunaan napza dalam batas sedang dan dengan demikian mengurangi pendapatan), sementara ketidakpopuleran kebijakan peningkatan pajak, kekuatan lobi pelaku industri produksi dan suplai napza, dan potensi mempekerjakan masyarakat dalam kerangka industri produksi dan suplai napza juga merupakan pertimbangan politis yang penting.

Ide yang sesekali diperdebatkan yaitu penerimaan pajak dari napza dapat diarahkan untuk membiayai layanan terkait napza (pencegahan, edukasi dan perawatan/pemulihan) adalah ide yang memiliki daya tarik populis, tetapi tidak cocok diterapkan, walaupun ada pertimbangan biaya manfaat secara umum. Penyediaan layanan harus ditentukan berdasarkan kebutuhan dan fakta-fakta keberhasilan, bukan didorong oleh adanya pendapatan dari penerimaan pajak.

3.3.3 Pengendalian Kemasan

i **Segel Anti Rusak**

Tipe pengemasan produk yang telah digunakan oleh obat-obatan farmasi dan beberapa produk makanan dapat mengurangi kemungkinan kerusakan pada napza, dan memungkinkan pembeli / pengguna mengetahui bila terjadi kerusakan produk. Contoh-contoh segel di antaranya adalah kemasan berpelindung gelembung udara, ampul bersegel, bentuk wadah bersegel lainnya, seperti tutup wadah makanan model *'pop top'*.

ii **Kemasan yang Tidak Mudah Dibuka Anak-Anak**

Wadah yang tidak mudah dibuka anak-anak (seperti kemasan obat) harus digunakan sebagai kemasan seluruh zat psikoaktif berlisensi. Di mana diperlukan, persyaratan tambahan dapat dibuat untuk penyimpanan komersial atau penyimpanan domestik di dalam lemari bersegel/terkunci.

iii **Informasi pada Kemasan**

Informasi pada kemasan harus didasarkan pada norma-norma yang telah digunakan pada obat-obatan farmasi – dengan tambahan informasi dan pesan-pesan sesuai kebutuhan. Isi dan informasi-informasi yang perlu ditonjolkan dalam pengemasan harus ditentukan oleh otoritas kesehatan masyarakat dan dilaksanakan secara sah. Informasi harus memuat:

- **Isi**: jelas menyatakan baik nama teknis (ilmiah) maupun istilah populer dalam penggunaan.
- **Dosis**: isi (kandungan) secara keseluruhan dan isi per unit (contohnya pil).
- **Efek dan Efek Samping–Positif dan Negatif** : pada dosis yang berbeda (termasuk efek berbeda pada pengguna yang berbeda; misalnya berdasarkan berat badan)
- **Risiko Umum**: toksisitas akut dan kronis, ketergantungan dan berbagai sinyal bahaya.
- **Risiko Khusus**: contohnya kehamilan, kondisi medis tertentu (masalah jantung, diabetes, kesehatan mental).
- **Risiko Sekunder**: terganggunya kemampuan mengemudi/ mengoperasikan mesin / kompetensi dalam bekerja.
- **Pengurangan Dampak Buruk:** bagaimana meminimalkan risiko.
- **Kontraindikasi**: risiko-risiko penggunaan berbagai obat-obatan secara bersamaan; baik penggunaan non-medis atau penggunaan obat dengan resep atau obat tanpa resep.
- **Ke Mana Mencari Informasi / Layanan Dukungan** : nomor telefon pertolongan pertama, *website*, dll.
- **Pernyataan Legal**: pertanggungjawaban produsen / pemasok : '*Risiko Konsumsi Ditanggung oleh Konsumen*', '*Bukan untuk Penggunaan Medis*', '*Konsumsi Khusus untuk 18 tahun keatas*', '*Konsumsi Hanya untuk Pembeli Terdaftar*', dan sebagainya.
- **Segel Anti Pemalsuan** (bila diperlukan): hologram dan sebagainya, seperti stiker pajak pada beberapa produk alkohol.
- **Pencantuman Tanggal Kedaluwarsa**

Panduan-panduan tersebut berlaku untuk penjualan dan suplai yang dibawa pulang, dan akan memerlukan berbagai tingkatan kelenturan. Sebagai contoh, mengikuti beberapa model peresepan atau penjulan obat bebas, beberapa jenis produk dan bentuk pengemasan akan memerlukan ringkasan informasi kunci, atau peringatan tunggal yang mudah terlihat,

pada satu komponen pengemasan (contoh: kemasan pil dengan gelembung udara). Informasi dapat disediakan melalui selembar kertas yang diselipkan ke dalam kemasan berisi informasi yang lebih rinci mengenai produk. Ketika napza dipasok untuk penggunaan di tempat, penggunaan dengan pengawasan, atau penggunaan oleh individu berlisensi, regulasi berbeda dapat diterapkan, termasuk informasi terkait yang mudah terlihat pada lokasi-lokasi penggunaan napza di tempat,

iv. **Tidak Ada Merek Dagang pada Kemasan atau Komunikasi Pemasaran**

Selaras dengan pengendalian lebih luas pada segala bentuk pengiklanan, pemasaran dan promosi, tidak ada komunikasi merek atau komunikasi pemasaran secara lebih umum yang diizinkan pada setiap kemasan senyawa psikoaktif. Kemasan yang dihasilkan akan meniru bentuk kemasan obat-obatan medis terkini, atau model kemasan polos seperti yang dirancang untuk penjualan tembakau.[17] Panduan yang jelas untuk pengendalian semacam itu harus dimandatkan oleh otoritas kesehatan masyarakat setempat dan dilaksanakan oleh otoritas terkait sebagai bagian dari persyaratan proses pemberian lisensi. Otoritas-otoritas tersebut juga harus mendefinisikan dan mengelola setiap pesan-pesan kesehatan dan keselamatan pada bagian luar dan dalam kemasan.

v. **Identifikasi Pengguna- Pembeli Bernama**

Dalam beberapa skenario, seperti dalam model pembeli berlisensi (lihat di bawah) adalah memungkinkan untuk mencatat nama pengguna pada kemasan. Hal ini dapat dikelola melalui proses pencetakan, penandaan digital atau kode batang atau melalu kombinasi ketiganya. Proses ini menekankan bahwa produk hanya dapat digunakan oleh individu yang namanya tercantum , dan bahwa mereka bertanggungjawab langsung

[17] R. Cunningham, **'Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War'**, IDRC, 1996, Chapter 12: **'Plain Packaging'**

untuk napza dan penggunaan napza tersebut. Penandaan produk dapat dihubungkan dengan sanksi, seperti kehilangan lisensi pembeli, bila produk jatuh ke tangan pihak ketiga.

3.4 Pemasok dan Pengendalian Lokasi Penjualan

Pemberian lisensi pada individu atau perusahaan pemasok/penjual dapat dikaitkan dengan beberapa atau seluruh persyaratan yang disebutkan disini. Individu atau perusahaan berlisensi dapat menjadi subjek hirarki hukuman bila terjadi pelanggaran, termasuk denda, pencabutan lisensi, atau sanksi perdata atau pidana yang sesuai. Seperti yang digambarkan di atas, dalam *Bab 2. Lima Model untuk Mengatur Suplai Napza* , persyaratan bagi penjual individu yaitu telah mengikuti pelatihan spesialis, dan/atau memiliki pengalaman, dan terikat pada kode etik yang dimandatkan secara legal, dapat diterapkan secara berhati-hati pada semua model penjualan berlisensi.

3.4.1 Pengendalian Pengiklanan / Pemasaran

Kaitan antara pengiklanan dan promosi produk alkohol serta tembakau, dan peningkatan tingkat penggunaan produk-produk tersebut, telah terjalin dengan baik. Pengiklanan dan promosi dapat dengan mudah mendorong ke arah perluasan penggunaan pada napza psikoaktif.

Metode pemasaran napza yang tidak dapat diterima: Iklan rokok pada tahun 1950-an.
Foto: Stanford School of Medicine

Karenanya, posisi awal dari setiap tata cara lisensi haruslah sebuah pelarangan total atas semua jenis pengiklanan, promosi atau

pemasaran segala jenis napza, dengan beberapa pengecualian yang dibuat dengan hati-hati berdasarkan kasus per kasus oleh otoritas yang berwenang. Pelarangan ini harus mencakup aktivitas pemasaran segala jenis alkohol dan tembakau. Larangan juga harus mencakup donasi politik dari setiap operator komersial pada pasar napza.

Perbedaan sifat dasar tiap-tiap risiko napza berhubungan dengan kebanyakan komoditi lainnya, dan kebutuhan khusus untuk melindungi kelompok rentan dari paparan risiko, (lihat diskusi *Model Pasar Teregulasi*, Hal. 47) menguatkan pentingnya pembatasan ketat atas standar kebebasan perdagangan. Pengendalian-pengendalian ini harus diperluas sampai dengan masalah pengiklanan pusat-pusat penjualan, dan tampilan tanda penunjuk pusat-pusat penjualan yang terletak di luar ruangan.

Pengendalian semacam ini haruslah seketat mungkin, dalam konteks pengampu hukum di tingkat lokal. Sebagai contoh, di AS, argumen kebebasan berbicara dapat digunakan untuk melawan pembatasan tersebut. Akan tetapi, walaupun Mahkamah Agung telah memperluas derajat perlindungan '*kebebasan berbicara*' pada pembicaraan di sektor perdagangan, pembicaraan tersebut masih menjadi subjek berbagai pengendalian dan pembatasan.

3.4.2 Lokasi / Kerapatan dari Satu Pusat Penjualan ke Pusat Penjualan Lainnya

Lokasi dan kerapatan lokasi penjualan napza legal berlisensi dan tak berlisensi telah menunjukkan pengaruh pada pola penggunaan dan penyalahgunaan alkohol.[18] Pengendalian lokasi dan kerapatan pusat penjualan napza legal – baik pusat penjualan berlisensi atau tempat yang menggabungkan penjualan sekaligus konsumsi – dapat membantu membatasi dan mengendalikan penggunaan napza pada wilayah yang memiliki potensi bermasalah. Harus digarisbawahi bahwa hal ini akan bertujuan membantu mencegah ketersediaan

[18] **'Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems',** State Issue Brief by National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD), 2006, Hal. 5.

yang berlebihan, bukannya memangkas ketersediaan napa menjadi nol (yang memungkinkan, dalam berbagai kasus, terjadinya kesempatan penjualan ilegal). Sama halnya, pengetatan aturan dapat dilakukan di sekitar lokasi-lokasi khusus yang rentan bagi masyarakat. Di antaranya dapat termasuk sekolah-sekolah atau tempat lainnya yang menjadi tempat banyak anak muda berkumpul.

3.4.3 Pembagian Tanggung Jawab Antara Penyedia Napza dan Konsumen

Sebagai jalan untuk meyakinkan etika penjual yang bertanggung jawab, perjanjian pemberian lisensi dapat mengikutsertakan elemen-elemen pembagian tanggung jawab antara penyedia napza dan konsumen. Penyedia dapat bertanggung jawab secara parsial atas perilaku konsumen. Hal ini akan mendorong penyedia dan, secara khusus ; pemilik tempat-tempat konsumsi napza; untuk mengawasi lingkungan tempat napza digunakan, dan membatasi penjualan berdasarkan perilaku konsumen (lihat juga; *3.5.2 Derajat Intoksikasi Pembeli Napza*, Hal 79)

Pemilik tempat konsumsi napza dapat juga dikenakan sebagian tanggung jawab apabila terjadi insiden yang merusak secara sosial (seperti kecelakaan kendaraan bermotor). Tanggung jawab ini akan meliputi periode waktu tertentu setelah napza dikonsumsi. Sanksi-sanksi dapat berupa denda atau pencabutan lisensi. Tentunya, konsumen tidak akan diberi permakluman atas insiden-insiden kecelakaan kendaraan bermotor; keseimbangan yang jelas terdefinisi didasarkan atas tanggung jawab bersama akan ditetapkan. Harus diakui ranah ini merupakan wilayah regulasi yang cukup rumit untuk ditetapkan dan diawasi, tetapi banyak pengalaman yang dapat dijadikan contoh, seperti regulasi penjualan alkohol yang diberlakukan di Kanada, AS dan di berbagai belahan dunia lainnya.

3.4.4 Volume Penjualan / Pengendalian Pendistribusian

Penjualan pada pembeli indvidu dapat dibatasi pada tingkatan yang dianggap tepat untuk konsumsi pribadi. Hal ini akan:

- ❖ Mencegah atau meminimalkan penjualan tak berlisensi atau pengalihan kepemilikan produk pada pihak ketiga.
- ❖ Mengurangi kesempatan penggunaan napza secara berlebihan.

Tentu, masalah akan timbul ketika seseorang menginginkan memperoleh napza dalam jumlah yang lebih besar. Situasi ini akan menciptakan adanya dorongan untuk melanggar rambu-rambu pembatasan yang telah ditetapkan, seperti contohnya, membeli dari berbagai lokasi, atau melakukan penimbunan produk. Harus diketahui bahwa setiap sistem pendistribusian, meskipun dapat membatasi atau berisi beberapa ketentuan dalam berbagai situasi (contohnya pembeliaan skala besar), akan memiliki celah ketidaksempurnaan dan – dengan kemauan dan kebulatan tekad - dapat saja dicari celahnya.

Tingkatan sekunder regulasi dapat ditetapkan bila upaya-upaya pelanggaran aturan menjadi sangat bermasalah. Contoh terkini paling nyata dari sistem pengendalian volume atau pendistribusian adalah sistem yang digunakan dalam mengelola obat-obatan yang diresepkan. Ini termasuk sistem-sistem yang dirancang untuk membantu memelihara kondisi individu dengan ketergantungan obat-obatan, ketika beberapa individu memerlukan peresepan berulang atau pengambilan obat setiap hari. Contoh yang disebut terakhir memerlukan metode pengelolaan yang sangat ketat, yang sulit diterapkan bila bukan terjadi pada kasus-kasus napza atau sediaan napza dengan risiko tertinggi, atau dalam rangka mendukung program peresepan jangka panjang.

Secara lebih umum, pelacakan pembelian yang terhubung dengan pusat data terpadu, dengan penggunaan skema pembeli berlisensi berdasarkan identitas (lihat di bawah) dalam skala tertentu dapat mencegah pembeliaan berganda dan penimbunan napza. Bagaimanapun, sistem semacam itu akan berpotensi menjadi birokratis dan mahal, serta dapat menimbulkan masalah kerahasiaan pribadi, banyak orang akan memandang sistem tersebut sebagai sangat mengganggu.

Sistem-sistem lain yang dapat diperbandingkan, yang walaupun telah ditetapkan untuk mengendalikan napza resep jenis tertentu, adalah sistem *Pharmanet* di British Columbia, Kanada, yang memungkinkan seluruh obat-obatan yang diresepkan dapat dilacak dari satu pusat data, dan seluruh dokter dan apoteker memiliki akses pada jaringan sumber data tersebut.[19]

Menggabungkan pengendalian harga dengan pelacakan pembelian dapat menghasilkan sebuah sistem harga progresif berkembang menjadi halangan progresif finansial untuk membeli napza dalam jumlah bear (lebih berhasil dari pelarangan total), harga diatur untuk meningkat seiring dengan pembelian dalam jumlah lebih besar.

Sistem pendistribusian berdasarkan volume yang akrab dengan konsumen juga diberlakukan untuk pembelian bebas pajak dari produk alkohol dan tembakau, walaupun sistem-sistem tersebut diperuntukkan secara khusus untuk mencegah penjualan komersial pada pihak ketiga, lebih dari sekedar mencegah penyalahgunaan semata-mata. Di Belanda, batas atas lima gram ditentukan untuk pembeli individu produk ganja pada *'kedai kopi'* ganja.

3.4.5 Waktu Tunda Antara Pemesanan dan Pengambilan Produk

Waktu tunda antara pemesanan dan pengambilan produk napza akan mendorong adanya penggunaan napza yang direncanakan dengan baik, sehingga terjadi penggunaan yang bertanggungjawab dan dalam jumlah yang secukupnya. Hal ini juga akan membantu mengurangi kesempatan penggunaan napza untuk mabuk-mabukan, dengan mencegah akses langsung pada pasokan napza tambahan ketika pasokan yang ada telah habis. Di beberapa negara , akses terhadap kasino dikendalikan dengan cara ini; keanggotaan disyaratkan untuk masuk, tetapi akses masuk diaktifkan satu hari setelah aplikasi.

[19] Untuk lebih terperinci mengenai Pharmanet dan bagaimana cara beroperasinya, lihat: **www.health.gov.bc.ca/pharme/pharmanet/netindex**

3.5. Pengendalian Pembeli dan Pengguna Langsung

3.5.1 Pengendalian Umur Pembeli

Setiap hak untuk mengakses zat-zat psikoaktif dan kebebasan memilih untuk menggunakan napza hanya bisa diberikan pada individu dewasa yang sudah terpapar pada informasi lengkap.

Membatasi atau mencegah akses mendapatkan napza bagi individu yang belum dewasa adalah elemen kunci model regulasi yang sudah ada maupun yang akan dikembangkan di masa mendatang. Setiap hak untuk mengakses zat-zat psikoaktif dan kebebasan memilih untuk menggunakan napza hanya bisa diberikan pada individu dewasa yang sudah terpapar pada informasi lengkap.

Hal ini digarisbawahi karena adanya kepedulian masyarakat akan hak anak versus hak dan kewajiban individu dewasa. Lebih penting lagi, bagaimanapun, risiko kesehatan jangka pendek dan jangka panjang terkait penggunaan napza secara signifikan lebih tinggi pada anak-anak; dan tentunya, semakin muda usia individu yang menggunakan napza, semakin tinggi risiko yang dihadapi.

Kombinasi prinsip legal dan pengelolaan kesehatan masyarakat mengabsahkan kebijakan pengendalian umur yang ketat. Dalam praktik, harus diingat bahwa pembatasan ketat akses generasi muda terhadap napza, walaupun tentunya tidak sempurna; lebih mudah dan memungkinkan untuk diawasi daripada kebijakan pelarangan total pada seluruh masyarakat. Secara umum, anak-anak adalah subjek seperangkat pengendalian sosial dan pengendalian negara, sedangkan orang dewasa tidak termasuk di dalamnya. Lebih spesifik, pembatasan napza untuk anak-anak mensyaratkan adanya dukungan orang dewasa secara universal.

Digabungkan dengan hal ini adalah fakta – bahwa pasar yang diciptakan oleh pelarangan total napza akan selalu menarik minat para pelaku kejahatan – pasar napza bagi konsumen pra dewasa hanyalah pecahan kecil dari pasar dewasa secara keseluruhan. Karenanya, sumber daya penegak hukum dapat digunakan untuk mengatur regulasi napza dengan sangat efisien, dan secara bersamaan memiliki kesempatan yang lebih besar untuk meraih keberhasilan.

Sangat penting untuk menunjukkan bahwa efek samping ironis dan tak diinginkan dari pelarangan napza seringkali adalah terbentuknya pasar gelap napza, yang tidak memiliki pembatasan umur, generasi muda lebih mudah mendapatkan napza ilegal dibandingkan mendapatkan (contohnya) alkohol dan tembakau dari pasar yang teregulasi secara legal.

Tentu, akan ada perdebatan penting terkait berapa usia yang dianggap dewasa, yang dianggap pantas untuk mendapatkan pembatasan usia dan pembatasan akses napza. Berbagai negara mengadopsi batasan yang berbeda-beda dalam pengaturan tembakau dan alkohol, secara umum berjenjang dari usia 14 tahun hingga 21 tahun untuk membeli bebas maupun akses terhadap lokasi penjualan berlisensi. Penempatan pembatasan untuk produk napza tertentu akan bergantung pada jenjang pilihan pragmatis. Penentuan pembatasan harus didasarkan atas penjajakan risiko objektif, yang dievaluasi oleh tiap-tiap negara atau otoritas lokal pemberi lisensi, dan berimbang sesuai prioritas masing-masing wilayah. Seperti halnya seluruh area kebijakan regulasi, diperlukan beberapa kelenturan untuk merespon perubahan situasi atau bukti-bukti baru yang muncul.

Di Inggris contohnya, batasan awal usia individu yang diizinkan membeli tembakau baru-baru ini dinaikkan dari 16 tahun menjadi 18 tahun, sementara di Amerika Serikat (AS) masih ada perdebatan tentang apakah batasan awal usia 21 tahun untuk membeli alkohol terlalu tinggi atau tidak. Contohnya, *The Amethyst Initiative*[20] (didukung 135 rektor dan presiden dari berbagai

[20] Lihat: **www.amethystinitiative.org**

universitas dan perguruan tinggi di AS) berargumen bahwa batas usia 21 tahun telah menciptakan '*sebuah budaya membahayakan, yaitu mabuk-mabukan secara diam-diam, yang kerap dilakukan di luar kampus,'* dan '*dengan memutuskan menggunakan kartu identitas palsu, para pelajar telah melakukan penodaan etika yang mengikis rasa hormat mereka terhadap hukum*'. Walaupun dalam kerangka regulasi legal, pelarangan yang tidak pada tempatanya telah terbukti berpotensi menciptakan berbagai konsekuensi tak diinginkan. Pelarangan yang tidak pada tempatnya bukannya memperkuat pengendalian sosial dan norma-norma yang penuh tanggung jawab seputar napza dan penggunaan napza, tetapi justru dapat merusaknya.

Adalah jelas bahwa pembatasan umur perlu diatur secara realistis dan diprioritaskan; diterapkan dengan tepat agar efektif. Di Inggris contohnya; *'mabuk alkohol'* pada generasi muda telah menjadi masalah yang kian meningkat; yang terjadi adalah kurangnya penerapan pembatasan umur secara meluas, *Alcohol Concern* melaporkan bahwa: '10-15% lokasi penjualan berlisensi didapati secara terus menerus menjual alkohol pada individu-individu di bawah umur, tetapi hanya 0.5% dari mereka yang dipanggil untuk menjalani peninjauan'. [21] Pasokan sekunder napza yang diperoleh secara sah untuk konsumen pra dewasa akan membutuhkan aturan pelaksanaan dan sanksi yang tepat, mungkin dengan tingkatan keketatan yang didasarkan atas jarak usia konsumen pra dewasa dari batas minimum legal yang seharusnya diperbolehkan.

Pengendalian usia secara legal tentu saja hanya dapat menjadi sebagian solusi untuk meminimalkan dampak buruk napza pada generasi muda. Regulasi efektif dan pengendalian akses harus didukung dengan upaya-upaya pencegahan terpadu. Hal ini harus termasuk edukasi napza berbasis fakta yang menyasar kelompok tertentu; edukasi yang bertujuan menyeimbangkan kebutuhan mendukung gaya hidup sehat (termasuk abstinensia) sementara tidak

[21] **'Unequal Partners: A Report into the Limitations of the Alcohol Regulatory Regime',** Alcohol Concern, 2008, Hal. 19.

menafikan kebutuhan pengurangan risiko penggunaan napza dan , mungkin yang lebih penting lagi adalah investasi modal sosial. Generasi muda; terutama mereka yang termasuk paling berisiko menggunakan napza dalam populasi terpinggirkan dan rentan, perlu mendapatkan informasi alternatif pengganti penggunaan napza. Program SMART di AS yang bergerak di bidang perumahan rakyat, mendapati bahwa penyediaan klub kaum muda memiliki dampak nyata pada pengurangan tingkat penggunaan napza, peredaran napza dan aktivitas kriminal secara keseluruhan pada kaum muda dan dewasa.[22] Penting juga dicatat bahwa pemerintah Belanda dan Swedia secara tetap menduduki peringkat atas tingkat kesejahteraan anak dalam tabel *United Nations Children's Fund* (UNICEF)[23] dan memiliki tingkat penyalahgunaan napza yang relatif rendah, sementara AS dan Inggris selalu berada dalam urutan terbawah dalam tingkat kesejahteraan anak dan memiliki tingkat penyalahgunaan napza yang relatif tinggi dan jenjang usia penyalah guna yang lebih muda.

Sementara langkah-langkah untuk membatasi akses dan mengurangi penggunaan napza pada kaum muda adalah penting, perlu juga untuk menyadari bahwa sebagian kamu muda akan tetap mengakses dan menggunakan napza. Penting untuk memastikan bahwa mereka yang menggunakan napza dapat mengakses pengobatan yang layak dan program-program pengurangan dampak buruk napza tanpa rasa takut.

3.5.2 Derajat Intoksikasi Pembeli Napza

Bentuk pengendalian seperti ini menggabungkan tanggung jawab bersama antara pengguna dan pemasok napza dengan pemahaman bahwa pilihan menggunakan napza harus didasarkan atas keputusan yang diambil dengan pemahaman penuh akan konsekuensi, serta unsur tanggung jawab, keduanya dapat dikacaukan oleh kondisi intokasi.

---

[22] Steven P. Schinke, et al**., 'The Effects of Boys & Girls Clubs on Alcohol and Other Drug Use and Related Problems in Public Housing. Final Research Report'**, Education Resource Information Center, 1991.

[23] **'Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries, Innocenti Report Card 7'** UNICEF, 2007, Hal. 4.

Beberapa negara telah menetapkan percontohan untuk jenis pengendalian semacam ini dengan melarang penjualan alkohol pada individu yang mabuk,[24] baik alkohol yang dibeli untuk dibawa pulang maupun yang diminum di tempat. Bagaimanapun, regulasi semacam ini memiliki banyak masalah, karena cenderung penilaian dilakukan dengan buruk, tidak merata dan akhirnya jarang diterapkan.[25] Beberapa jenis masalah semacam ini dibahas di bawah, bersama dengan solusi potensial yang dapat meningkatkan efektifitas tata cara peraturan jenis ini.

ISU/MASALAH

Berapakah batas minimum tingkat intoksikasi ketika aktivitas memasok dan membeli tidak diperbolehkan? Kriteria apa yang harus digunakan untuk menetapkannya? Bagaimana anda dapat menentukan seseorang telah melewati batas intoksikasi? Tanpa menggunakan *breathalyser* atau teknologi serupa yang kurang praktis, atau menggunakan alat tes kesadaran yang lebih rinci, ada derajat

subjektivitas yang luas dilibatkan dalam penilaian semacam itu (sangat sulit dilakukan dalam bar/lingkungan klub yang penuh sesak, berisik, sibuk , atau berpenerangan lemah).

RESPON/SOLUSI

- Untuk menghindari kasus-kasus marjinal yang lebih subjektif, hanya intoksikasi cukup ekstrem yang akan memenuhi kualifikasi pengetatan penjualan, ketika seperangkat panduan kriteria harus dipenuhi. Kriteria ini perlu dipahami dengan baik oleh pemasok dan pelanggan tetap (lihat di bawah). Investasi pada sektor pendidikan masyarakat akan dibutuhkan sehingga pelanggan tetap mengetahui apa-apa saja yang dapat diharapkan.
- Penyediaan metadon di Kanada, contohnya, bergantung pada penampakan fisik pasien yang cerah dan tidak terlalu terlihat berada di bawah pengaruh

[24] Sebagai contoh **Peraturan Pemberian Lisensi Inggris 2003 (UK Licensing Act 2003), Part 7/141**

[25] Jawaban parlemen dari Departemen Dalam Negeri (19 Maret, 2008) mengungkapkan bahwa penuntutan tahunan dalam kasus mabuk berada pada angka nol atau beberapa kasus kecil di kebanyakan wilayah Inggris.

obat. Apoteker bertanggung jawab bila mereka memberikan dosis yang mengakibatkan dampak buruk atau kematian.

ISU/MASALAH

Pihak ketiga yang membeli napza atas nama individu yang berada dalam keadaan intoksikasi.

RESPON/SOLUSI

- Menurut teori , adalah pelanggaran perdata untuk secara sengaja membeli napza untuk seseorang yang telah ditolak dilayani oleh penyedia. Bagaimanapu, hal ini akan menambah kerumitan lebih lanjut pada upaya penerapan dan kemungkinan tidak realistis untuk dipraktikkan.
- Harus diketahui bahwa sebuah sistem tidaklah sempurna; mendorong kewaspadaan serta rasa tanggung jawab pemegang lisensi dan staf lokasi penjualan adalah pendekatan terbaik.

ISU/MASALAH

Ketika ditolak mengakses layanan, konsumen yang marah, tersinggung sekaligus dalam keadaan intoksikasi tinggi berpotensi menimbulkan masalah keamanan, ketertiban umum dan keselamatan bagi staf lokasi penjualan maupun orang-orang di sekitar mereka (Masalah ini lebih sering terjadi pada intoksikasi alkohol dibandingkan intoksikasi napza lain).

RESPON/SOLUSI

- Peringatan tentang kesehatan dan keselamatan untuk staf dapat meliputi keselamatan staf bar, atau hambatan-hambatan fisik antara pemasok dan pembeli.
- Informasi mengenai aturan pemberian layanan yang jelas dan mudah dipahami pada lokasi penjualan napza.
- Investasi untuk pemahaman hukum yang lebih baik di kalangan masyarakat umum.
- Pelatihan staf untuk menghadapi konsumen bermasalah.

ISU/MASALAH

Minimnya ketrampilan staf. Staf bar napza seringkali dibayar rendah, bekerja sementara, hanya sekedar pekerjaan peralihan atau dalam kerangka informal, tidak berlisensi, dan kekurangan pelatihan dalam bidang napza.

RESPON/SOLUSI

- Skema pemberian lisensi dengan batas minimum rendah untuk staf bar dapat dieksplorasi, dapat disisipkan persyaratan pelatihan dasar dengan topik berkaitan.
- Pemegang lisensi dapat dimintai pertanggungjawaban untuk pelanggaran peraturan yang dilakukan staf bar, dengan demikian memastikan adanya pelatihan minimum untuk staf.
- Di Kanada, (dan di Utah, AS), pemilik bar dan penyedia napza berbasis rumahan dapat dimintai pertanggungjawaban bila konsumen atau tamu minum-minum dan kemudian mengalami kecelakaan mobil. Sanksi yang dikenakan berupa denda untuk pemilik (dan bisa jadi untuk pegawai yang memberikan napza); lisensi untuk menyediakan alkohol dapat ditarik kembali.

ISU/MASALAH

Motivasi pemasok napza untuk meraih keuntungan, dan kebutuhan untuk memaksimalkan penjualan dalam lingkungan pasar yang sangat kompetitif (banyak manajer pub 'franchise' bekerja mengejar target volume penjualan yang sangat ketat) secara alamiah akan menciptakan kecenderungan yang bertentangan dengan memperketat penjualan.

Walaupun tidak semuanya orang memiliki tujuan sama, banyak orang mengunjungi bar untuk menjadi mabuk, dan pelaku industri mengambil keuntungan dari dan untuk beberapa hal mendorong perilaku minum alkohol berlebih, yang secara teori dicoba untuk diperketat oleh regulasi dunia industri.

RESPON/SOLUSI

- Hal ini merupakan isu yang pelik, di satu pihak perlu diciptakan kultur yang mendorong pemasok memahami bahwa adalah kepentingan jangka panjang mereka untuk mematuhi regulasi, dan di pihak lain sumber daya masyarakat

harus dikerahkan untuk mendidik para pemasok dan konsumen tentang norma-norma yang perlu dipatuhi dan melaksanakan hal tersebut dengan efektif.

- Pelaksanaan efektif dari regulasi semacam itu diharapkan di masa mendatang akan membantu menciptakan norma-norma sosial yang mampu mendefinisikan tingkat sosial yang dapat diterima masyarakat atas perilaku mabuk di tempat umum.

Prinsip-prinsip yang sama diberlakukan pada apotek. Apoteker diharuskan untuk membatasi atau menolak menjual resep tertentu dan obat-obatan bebas bila mereka mencurigai konsumen dalam keadaan mabuk, atau mencurigai adanya potensi penggunaan produk secara non-medis atau penyalahgunaan. Bagaimanapun, apotek adalah lokasi yang memiliki regulasi ketat, dan apoteker adalah sumber daya profesional yang sangat terlatih, dan dihormati. Artinya, staf apotek menghadapi sedikit masalah yang terkait dengan bar atau klub, ketika napza tertentu secara terang-terangan dikonsumsi di lokasi yang dikhususkan untuk mabuk.

Mengingat hal ini, nampaknya masuk akal untuk menyimpulkan bahwa lokasi penjualan berlisensi diperuntukkan bagi penjualan saja, bukan untuk penggunaan napza di tempat, adalah sebuah posisi yang lebih baik untuk menerapkan pembatasan-pembatasan tersebut, walaupun kenyataannya jarang diterapkan di lapangan. Akan tetapi, masih akan ada kebutuhan bagi lokasi penjualan berlisensi untuk memperhatikan beberapa isu yang disebutkan di atas. Sebagai contoh, di Kanada, peresepan metadon dapat memerintahkan '*proses minum obat yang diawasi saksi*'. Dalam kasus ini, pasien harus meminum *'sirup metadon'* di depan pengawasan apoteker, yang mencatat bahwa mereka tidak berada dalam keadaan mabuk obat.

Isu-isu khusus timbul pada apoteker yang melayani peresepan napza pada individu dengan ketergantungan napza, baik untuk substitusi atau terapi rumatan jangka panjang napza pilihan konsumen. Lembaga berpengalaman dan

panduan yang disusun dengan baik untuk mengatasi berbagai seknario dan masalah terkait transaksi semacam ini telah ada.

Lokasi penjualan berlisensi untuk konsumsi ganja adalah contoh yang baik , ketika regulasi diberlakukan dalam tata cara ketersediaan napza yang tidak terlalu mengekang. Pengalaman di Belanda dan berbagai tempat lainnya menunjukkan bahwa penggunaan ganja secara keseluruhan, meregulasi diri sendiri, dan tidak menyebabkan masalah intoksikasi yang meresahkan. Dalam kasus ini, pembatasan penjualan karena masalah intoksikasi akan diberlakukan bagi individu yang mabuk, atau menggunakan napza lain. Bila mereka kemudian berusaha membeli atau menkonsumsi ganja, panduan yang serupa dengan pengaturan lokasi penjualan alkohol dapat diberlakukan.

3.5.3 Lisensi untuk Pembeli/Pengguna

Sebuah sistem untuk pembeli/pengguna berlisensi memungkinkan adanya kesempatan memperkenalkan bentangan pengendalian yang berbeda-beda.

Mendapatkan lisensi untuk membeli atau memiliki napza tertentu dapat, sebagai contoh, menjadi seperti surat izin mengemudi, atau lisensi piroteknik yaitu lisensi membeli dan menggunakan kembang api. Lisensi didapatkan melalui serangkaian ujian, yang akan menetapkan bahwa para pemegang lisensi mengetahui dan memahami risiko yang melekat dengan penggunaan napza, karenanya lisensi dibutuhkan untuk mendorong pilihan konsumsi yang bertanggung jawab.

Ini adalah sistem yang bersifat lentur:

- Lisensi untuk mengakses napza dapat mengendalikan waktu, tempat dan asosiasi pada pengguna baru pada derajat tertentu, seperti halnya pengemudi yang baru saja mendapatkan surat izin mengemudi, kadangkala mendapat pembatasan terkait kemana dan kapan mereka mengemudi, dan dengan siapa mereka diperbolehkan mengemudi.

- Seperti lisensi mengemudi, pelanggaran pada persyaratan lisensi napza dapat dikenakan sanksi-sanksi hirarkis. Sanksi yang diberikan bergantung pada tingkat keseriusan pelanggaran, dan dapat membawa pada penarikan lisensi dan akses, ketika titik-titik batas minimum dilewati. Pelanggaran semacam ini di antaranya: mengkonsumsi napza di tempat umum, memberikan/menjual napza pada individu tidak berlisensi, atau mengemudi di bawah pengaruh napza. Sanksi semacam ini akan butuh diseimbangkan dengan sanksi perdata maupun pidana.

- Sistem lisensi variabel dapat juga berfungsi sebagai program yang dibagi-bagi, mengkhususkan pada berbagai tingkatan akses pada berbagai produk berdasarkan tingkatan pelatihan tambahan, atau periode perilaku baik atau pemeliharaan lisensi untuk tetap bebas pelanggaran.

- Lisensi pembeli dapat dihubungkan dengan sistem identifikasi, untuk membuktikan bahwa pembeli adalah pemegang lisensi. Identifikasi tersebut dapat menampilkan beberapa jenis sistem identifikasi elektronik (data biometrik yang melekat, dll) sementara proses identifikasi lainnya menggunakan model kartu identitas/kartu izain mengemudi atau lisensi dapat disisipkan atau secara elektronik dihubungkan dengan sistem identifikasi yang telah ada.

Dari perspektif kesehatan masyarakat dan pengurangan dampak buruk napza, program pelatihan untuk calon pelamar lisensi akan menawarkan kesempatan berharga untuk meningkatkan pendidikan tentang napza dan kesehatan pada populasi sasaran. Informasi dapat ditujukan pada pengguna napza; terkait risiko, ketergantungan dan layanan pengobatan dan isu kesehatan lainnya. Perawatan perlu ditampilkan dengan menonjolkan elemen edukasi tanpa terlalu membebani, merendahkan, atau menceramahi.

Program-program tersebut dapat, menggunakan metode-metode edukasi pencegahan yang sudah ada, prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk napza dan teknik-teknik memotivasi, membekali lulusan pelamar lisensi

dengan pengetahuan dan ketrampilan kunci terkait napza. Program ini akan memberdayakan mereka untuk menentukan pilihan penggunaan napza secara independen. mengurangi dampak buruk terkait penggunaan napza, menumbuhkan norma sosial untuk mendukung penggunaan napza yang bertanggung jawab, penggunaan napza dalam jumlah secukupnya, serta mempromosikan abstinensia sebagai pilihan berisiko nol, dan memperlengkapi pengguna napza dengan pemahaman hak dan kewajiban.

Seperti disinggung dalam *3.4.4 Volume Penjualan/Pengendalian Pendistribusian* (Hal. 73), volume dan frekuensi pembelian pengguna napza berlisensi dapat dilacak. Data ini dapat digunakan untuk mengenali potensi pola penggunaan napza bermasalah. Ketika masalah tersebut muncul, apoteker penyedia layanan dapat menganjurkan suatu 'intervensi kesehatan'. Apoteker dapat dapat menyampaikan niatnya kepada konsumen pengguna napa, dan menawarkan asistensi yang dibutuhkan. Sistem pelacakan dapat digunakan sebagai alat untuk mencegah penggunaan napza. Sistem ini dapat juga disambungkan dengan efek pencegahan lainnya; sebagai contohnya peningkatan harga dapat diatur untuk diberlakukan saat pengguna telah melewati batas maksimal volume pembelian napza. Pengguna dapat juga menetapkan sendiri penghentian pemesanan pembelian pada lisensi yang dimilikinya, saat mereka ingin menghindari godaan untuk membeli. Perintah semacam ini akan menonaktifkan akses pengguna untuk membeli napza tertentu pada periode tertentu yang ditetapkan pengguna.

3.5.4 Bukti Tempat Tinggal Saat Membeli Napza

Sekelompok masyarakat telah mengembangkan 'mekanisme pengendalian sosial berdasarkan budaya tertentu' yang dari waktu ke waktu – mendorong para anggotanya untuk membentuk relasi sehat dan tidak bermasalah dengan napza. Ada kemungkinan bahwa 'turis napza', yang tidak terintegrasi ke dalam budaya ini, tidak akan mematuhi praktik-praktik sosial lokal yang membatasi penggunaan napza, sehingga berpotensi melakukan perilaku bermasalah atau berisiko.

Untuk membantu menghindari perilaku semacam ini, pembeli dapat dibatasi pada penduduk negara, negara bagian atau provinsi, kota, atau bahkan lingkungan kecil tertentu. Hal ini bagaimanapun akan membutuhkan sistem identifikasi berdasarkan tempat tinggal, yang pada dasarnya bisa saja bermasalah.

3.5.5 Syarat Keanggotaan dalam Klub atau Kelompok untuk Dapat Membeli Napza

Pengguna napza dapat bergabung menjadi anggota klub atau kelompok.[26] Klub dan kelompok akan memiliki sistem kerja yang serupa seperti badan-badan regulasi profesional yang sudah terbentuk. Klub dan kelompok ini akan menyediakan akses pada napza tertentu bagi para anggotanya, bersamaan dengan panduan rinci penggunaan napza dengan cara yang tepat. Bila pengguna napza bertindak di luar norma atau aturan kelompok, keanggotaan mereka bisa ditolak atau dicabut. Norma-norma dikomunikasikan melalui edukasi, dan diterapkan melalui berbagai proses formal dan kawan sebaya.

Sebagai alternatif, lokasi penjualan berlisensi dapat menggunakan model keanggotaan berdasarkan model yang sudah digunakan untuk membatasi akses pada kasino, atau tempat minum alkohol tengah malam di beberapa negara.[27] Model tersebut berpotensi diterapkan pada lokasi penjualan yang memiliki lisensi menjual dan menjadi tempat konsumsi napza tertentu sebagai jenis lisensi yang dimiliki. Lokasi yang menggunakan model keanggotaan atau model klub memungkinkan berbagai penetapan pengendalian lainnya, sesuai kebutuhan. Di antaranya:

- Waktu tunda antara permintaan pendaftaran keanggotaan dengan kali pertama pengguna diizinkan mengakses layanan di lokasi penjualan napza

[26] D. Gieringer, **'Drug User's Clubs: A Modest Proposal'**, paparan diskusi pada sebuah konferensi; paparan tidak diterbitkan. (US) Drug Policy Foundation Conference, November 1994

[27] Seperti yang diterapkan di Inggris, sampai Peraturan tentang Perjudian tahun 2005 *(Gambling Act 2005)* diberlakukan.

(pada model kasino di Inggris, digunakan waktu tunda 48 jam), atau waktu tunda antara pemesanan dan pengiriman napza.

- ❖ Persyaratan keanggotaan termasuk pelatihan atau wawancara
- ❖ Konsumsi hanya diizinkan pada lokasi penjualan – tidak ada penjualan untuk *'dibawa pulang'*.
- ❖ Persyaratan lisensi bagi pembeli yang ditentukan oleh lokasi penjualan.

3.5.6 Pengendalian pada Lokasi-Lokasi yang Diizinkan untuk Menggunakan Napza

Area bebas alkohol di Inggris.
Foto: Stephen Rolles

Salah satu kecemasan utama terkait reformasi kebijakan napza, walaupun tak terucapkan, adalah ketakutan bila penggunaan napza akan menjadi lebih terlihat dan merusak tatanan sosial. Dalam kenyataannya, penataan regulasi baru akan memungkinkan penggunaan napza menjadi lebih tidak terlihat dibandingkan saat ini.

Penataan lisensi alkohol dan tembakau telah menunjukkan contoh-contoh nyata dalam mendefinisikan dan mengendalikan lokasi-lokasi penggunaan napza yang diizinkan.

Bentangan pengendalian lentur yang telah ada untuk kedua produk tersebut adalah sebagai berikut:

* Lokasi berlisensi untuk konsumsi alkohol
* Kawasan yang dirancang khusus untuk merokok di luar ruangan, taman, atau ruang merokok (mengingat menyebarluasnya pembatasan ruang khusus merokok di dalam ruangan).

* Undang-undang penetapan wilayah sesuai fungsi (zoning laws) membatasi penggunaan alkohol dan merokok pada ruang publik dan ruang privat tertentu.

Tanda dilarang menyuntik di Amsterdam, Belanda
Foto: Flickr/Kyler Storm

Fungsi dari masing-masing pembatasan ini berbeda-beda. Pembatasan merokok biasanya ditetapkan berdasarkan dampak lingkungan atau dampak kesehatan sekunder merokok; [28] konsumsi alkohol di wilayah publik lebih sering dibatasi demi alasan ketertiban umum, dan pada beberapa kasus, disebabkan oleh alasan kebersihan dari botol atau kemasan yang digunakan. Pembatasan-pembatasan ini sebagian didefinisikan dan dikendalikan secara terpusat, sebagian lagi ditetapkan secara regional. Pembatasan tersebut diberlakukan dalam derajat yang berbeda-beda, biasanya melalui penetapan denda.

Karena pembatasan alkohol dan tembakau mendapat dukungan populer, maka secara umum pembatasan-pembatasan ini diobservasi secara rinci. Pengalaman menunjukkan bahwa ketika regulasi diberlakukan secara efektif, maka norma-norma sosial baru akan berkembang, menuju pada penerapan aturan yang tidak terlalu memberatkan seiring dengan berjalannya waktu.

[28] Walaupun sebagian besar manfaat kesehatan masyarakat kemungkinan didapatkan dari pengurangan tingkat penggunaan.

Tanda 'dilarang menghisap ganja' di Amsterdam. Disebutkan denda sebesar 50 Euro.
Foto: Peter Moskos (www.copinthehood.com)

Adalah masuk akal dan praktis untuk merancang bahwa di masa mendatang pembatasan serupa dapat diberlakukan untuk napza-napza jenis lain. Sebagai contoh, pelarangan menghisap tembakau di wilayah publik dapat secara alami diperluas untuk mengatur tata cara menghisap napza jenis lain, contohnya ganja. Pembatasan untuk mabuk di wilayah publik dan pelanggaran ketertiban umum yang sudah ada, dan secara umum diterapkan untuk mengatur masalah mabuk alkohol, dapat dikembangkan untuk mengikutsertakan pengaturan jenis-jenis intoksikasi oleh zat lain. Faktanya, aturan-aturan serupa pada napza selain alkohol dan tembakau sudah ada.

Napza dalam bentuk pil oral, dan perpanjangannya berupa napza bubuk yang digunakan secara oral atau dihirup, secara umum menimbulkan lebih sedikit masalah dalam kerangka konsumsi masyarakat. Perbuatan mengkonsumsi napza dengan menelan pil atau menghirup bubuk cukup ringkas; bukan merupakan bagian dari pengalaman atau ritual penggunaan napza yang serupa dengan meminum, menghisap, atau menyuntikkan napza.

Penggunaan napza yang melibatkan alat-alat suntik, walaupun hanya mewakili sebagian kecil dari keseluruhan cara penggunaan napza, menciptakan tantangan regulasi yang besarnya tidak proporsional. Pengguna napza suntik

yang bermasalah membutuhkan perhatian khusus. Pengguna napza suntik secara simultan paling besar menyumbangkan masalah limbah berbahaya (seperti jarum suntik bekas pakai), dan paling sering tidak mematuhi ketertiban umum.

Tanda 'dilarang merokok' di Inggris.

Menyadari hal ini, tampaknya masuk akal untuk melarang praktik menyuntik di tempat umum. Tetapi, pengalaman menunjukkan bahwa pelarangn semacam itu hanya akan berhasil bila respon-respon sosial yang lebih luas serta respon pengurangan dampak buruk napza diterapkan secara terus menerus. Di antaranya yaitu:

- Kemudahan mengakses jarum suntik steril
- Penyediaan fasilitas menyuntik aman yang diawasi
- Bantuan rumah murah bagi pengguna napza yang tunawisma
- Program penjangkauan
- Penyediaan perawatan dan pelayanan napza bersyarat ringan, tidak menuntut abstinensia dan tidak mewajibkan adanya konseling.
- Akses pada dukungan sosial dan kesejahteraan

Tanpa adanya penerapan kebijakan semacam ini, maka praktik menyuntik di tempat umum akan berlanjut, di mana pun para pengguna napza suntik berada. Menetapkan undang-undang pelarangan menyuntik akan menambah beban status kriminal bagi pengguna napza suntik yang bermasalah, yang secara berulang tidak mampu membayar denda yang dikenakan oleh undang-undang tersebut. Situasi ini akan mengakibatkan pengguna napza suntik menjauh dan

mencari lingkungan terpencil yang kemungkinan besar lebih kotor dan berisiko, sedangkan undang-undang itu sendiri tidak menimbulkan efek jera secara signifikan.

Bacaan Lanjutan

- ***'A Public Health Approach to Drug Control'***
  British Colombia Health Officers Council, 2005
- ***'Effective Drug Control: Toward A New Legal Framework'***,
  The King County Bar Associaton, 2005
- ***'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition'***,
  E. Nadelmann, Daedalus, 1992; 121: Hal. 87-132

Mewujudkan Sistem Teregulasi

4.1. Sebuah Pengantar yang Penuh Kehati-hatian dan Bertahap

Pemerintah dan otoritas-otoritas lainnya memiliki pengalaman siginifikan dalam meregulasi potensi berbahaya dari produk dan aktivitas penggunaan napza rekreasional, termasuk bentangan luas berbagai jenis obat-obatan psikoaktif. Tetapi, mengembangkan dan melaksanakan model-model regulasi legal baru untuk napza yang saat ini masih ilegal pada dasarnya adalah sebuah pekerjaan yang dimulai dari nol. Proses ini menunjukkan sebuah kesempatan yang jeals untuk belajar dari kesuksesan dan kegagalan kebijakan di masa lalu, tetapi juga menimbulkan risiko konsekuensi-konsekuensi negatif tak terduga atau tak diperhitungkan sebelumnya.

Untuk elemen-elemen tertentu pada agenda reformasi; sebagai contoh, penggabungan prinsip-prinsip hak asasi manusia dan hukum ke dalam prinsip

pengendalian napza internasional – dipastikan terjadi sebuah perubahan cepat. Untuk elemen-elemen lain dalam proses reformasi, seperti pengembangan model pasokan legal an pengendalian ketersediaan produk, pendekatan yang bertanggungjawab adalah untuk membagi tahapan-tahan perubahan dalam periode bulan atau tahun. Perubahan ini harus terjadi selama penambahan berbagai kebijakan, sehingga model-model kebijakan dan regulasi dapat dikembangkan selama hasil-hasil indikator kunci sedang dipantau dan dievaluasi secara seksama.

Pendekatan ini seharusnya, dengan sendirinya, berdasarkan pada prinsip-prinsip pencegahan, secara khusus ketika bukti-bukti dari kebijakan saat ini sangat minim, atau risko-risiko tinggi tertentu telah diidentifikasi. Model-model baru pada awalnya akan terlihat salah bila dibandingkan regulasi lama yang lebih ketat dan penuh paksaan, dengan tingkat ketegasan lebih rendah yang kemudian diberlakukan.

Pendekatan menggunakan peringatan dan tambahan diperbolehkan untuk kasus-kasus tertentu, seperti ketersediaan pasokan untuk individu berusia muda, peningkatan perilaku berisiko atau isu-isu spesifik kesehatan masyarakat lainnya, agar dipantau secara ketat. Bila terjadi masalah, kebijakan dapat ditelaah, diperhalus dan disesuaikan, dan perangkat regulasi alternatif atau tambahan dapat dikembangkan.

Sebagai tambahan, pendekatan seperti ini memiliki keuntungan demokratis, ketika kebijakan ini memberi kesempatan pada masyarakat luas untuk terlibat dalam pengembangan kebijakan. Ini juga berfungsi untuk mengesampingkan ketakutan bahwa semua jenis napza akan langsung tersedia *'dalam semalam'*. Dengan menunjukkan bahwa kebijakan dikembangkan dengan cara-cara yang bertanggungjawab dan hati-hati, berdasarkan fakta efektifitas dan sensitif terhadap ketakutan dan kepedulian yang beredar di masarakat, maka kebijakan ini akan berkesempatan memenangkan dukungan masyarakat dan dukungan politis yang lebih luas untuk sebuah reformasi program. Sebuah pendekatan yang berhati-hati dan penuh perhitungan akan menentramkan para kritikus,

yang khawatir bahwa gerakan menuju regulasi adalah sebuah gerakan *'untung-untungan'*, tidak berbasis fakta atau dalam beberapa hal merupakan gerakan yang *'sembrono'*.

Preseden yang berguna dalam hal ini bisa didapatkan dari pengembangan kebijakan pengurangan dampak buruk napza yang lebih penuh perdebatan selama dua dekade terakhir ini, seperti lokasi penyuntikan yang diawasi, atau peresepan opiat. Sehubungan dengan tingginya nuansa politik seputar isu napza, intervensi seperti yang disebutkan di atas telah menjadi subjek regulasi tanpa bukti awal dan berada dibawah pengawasan ketat. Ada perhatian khusus terkait efektivitas kebijakan-kebijakan tersebut dalam mengurangi dampak kesehatan dalam penggunaan napza, serta kekhawatiran yang meluas bahwa kebijakan tersebut juga akan mempromosikan penggunaan napza. Respon terhadap pengawasan ketat tersebut telah menunjukkan betapa efektif intervensi kebijakan yang dapat dikembangkan, kecemasan masyarakat dapat teratasi secara sensitif, pemberitaan media yang sensasional direspon secara cerdas, serta oposisi politis dapat dimenangkan.

Penambahan-penambahan semacam ini, bersamaan dengan perubahan bertahap yang dapat dilaksanakan, pada dasarnya sejalan dengan bentangan perangkat regulasi yang digambarkan pada bab dua dan tiga. Ada peluang-peluang untuk bergeser dari tingkat regulasi yang lebih besar menuju tingkat regulasi yang lebih kecil, mengendalikan tingkat ketersediaan baik melalui penempatan pengendalian regulasi yang berbeda-beda pada pemasok, pembeli dan produk, atau melalui penempatan mereka pada berbagai intensitas. Bila memungkinkan, tujuan jangka menengah yang hendak dicapai adalah mendorong dan mengalihkan pengendalian hukum atau administratif menuju pada pengendalian sosial.

Negara-negara yang berbeda akan perlu mengambil berbagai pendekatan yang berlainan, dan mengamati infrastuktur kebijakan dan hukum berkembang dalam berbagai arah. Akan ada, sebagai contoh, tantangan-tantangan yang dihadapi oleh produsen primer napza, negara-negara transit atau konsumen,

negara-negara bagian dengan sumber daya ekonomi yang berbeda-beda, stabilitas politik dan infrastruktur kesehatan masyarakat dan tata kelola, negara bagian yang terisolasi dibandingkan dengan negara bagian yang banyak berbatasan dengan wilayah padat penduduk.

Ganja nampaknya akan menjadi napza pertama yang memiliki model regulasi yang dianalisa dengan lebih serius. Hal ini terjadi karena:

- Sampai saat ini ganja adalah napza yang paling banyak digunakan.
- Model-model yang dikembangkan dan efektif telah ada untuk meregulasi produksi dan suplai ganja (lihat Hal. 265 dan 147).
- Opini publik secara umum mendukung reformasi (menuju dukungan mayoritas atau telah mencapai dukungan mayoritas di berbagai negara) dan bergerak menuju reformasi.[29]

Di ujung spektrum lainnya, seputar penggunaan problematik opiat dan stimulan, kami memandang bahwa model peresepan rumatan medis perlu dikembangkan dan diperluas. Model-model ini akan didasarkan pada intervensi yang sudah pernah dilakukan, berfungsi baik dan efektif di beberapa negara. Dua tren yang muncul ini telah mendefinisikan sebuah proses reformasi pragmatis yang tengah berlangsung, memperhatikan wilayah-wilayah yang kebutuhan praktis-nya paling mendesak, karena terjadi efek-efek paling mengerikan dari kebijakan pelarangan napza, misalnya dalam istilah populasi (kasus ganja) dan terjadinya dampak buruk secara keseluruhan (penggunaan bermasalah/ketergantungan).

Dalam pengelompokan luas jenis-jenis napza dengan tipe serupa; stimulan, depresan atau halusinogen (lihat: *Bab 5*), kita layak berharap proyek rintisan 'ketersediaan napza legal yang teregulasi' dimulai dengan berfokus pada napza yang memiliki dampak serta biaya individual dan sosial paling kecil (lihat: *4.2 Menjajaki Dampak Buruk Napza*, Hal 99). Yang serupa, sediaan napza yang

[29] R. Newcombe, **'Attitudes to Drug Policy and Drug Laws; A Review of the International Evidence'**, Transform Drug Policy Foundation, 2004

tidak berpotensi tinggi, untuk digunakan dengan metode penggunaan berisiko rendah, dapat lebih dulu diusahakan ketersediaannya. Sehingga, sebagai contoh, *psilocybin* atau yang lebih dikenal dengan *'magic mushroom'* dapat lebih dulu diusahakan tersedia daripada LSD; opium dapat lebih dulu diusahakan tersedia daripada opiat keluaran farmasi, demikian juga stimulan oral berpotensi rendah dapat lebih dulu diusahakan tersedia daripada kokain atau metamfetamin.

4.2. Menjajaki dan Menentukan Peringkat Dampak Buruk Napza

Konsep mengukur dan menentukan peringkat dampak buruk napza memiliki dua fungsi. Pertama, peringkat dampak buruk napza harus menjadi pertimbangan penentu kebijakan, sehingga mereka dapat mengembangkan respon kebijakan efektif, menyasar target yang tepat serta proposional terhadap berbagai tingkatan dampak buruk napza, yang dengan demikian dapat dikelola dan diminimalkan. Ini adalah elemen yang paling dasar dari mengembangkan kerangka regulasi efektif dan pasti membutuhkan tahapan aturan umum berbasis populasi. Kedua adalah untuk memudahkan edukasi perorangan mengenai risiko dan dampak buruk napza, sehingga memungkinkan mereka mengambil keputusan bertanggung jawab dan berdasarkan informasi yang lengkap, atas kesehatan dan kesejahteraan mereka. Hal ini memerlukan informasi yang lebih bersifat khusus menyasar individu per individu.

Dalam upaya menghadapi pertanyaan-pertanyaan tersebut membutuhkan adanya dua pembedaan penting. Pertama-tama, dampak kesehatan primer pada pengguna perorangan harus dibedakan dari dampak sosial sekunder yang dialami pihak lain terkait penggunaan napza individu tersebut. Kedua, dampak buruk terkait penggunaan napza semata-mata (baik primer maupun sekunder) harus dibedakan dari dampak yang sengaja diciptakan atau diperburuk oleh lingkungan kebijakan. Analisis umum yang memberi masukan pada kebijakan napza terkini membuat pembedaan pertama (antara dampak kesehatan dan

dampak sosial) cukup baik, tetapi secara lebih luas gagal menciptakan pembedaan kedua (antara dampak buruk napza dan dampak buruk kebijakan). Hal ini membingungkan dan mencampuradukkan keduanya, seringkali salah menghubungkan dampak buruk pelarangan napza atau pasar gelap dengan dampak buruk napza, dan merupakan percontohan yang akan digunakan para pendukung pelarangan napza untuk mempertahankan kebijakan tersebut dari analisis yang cermat.[30]

Berbagai upaya untuk memisahkan dampak buruk napza dari dampak buruk kebijakan napza telah dilakukan, walaupun ini adalah area yang membutuhkan lebih banyak pertimbangan dan analisis. Publikasi Transform tahun 2004 '*After the War on Drugs: Options for Control*' [31] menggambarkan 6 dampak buruk utama yang terjadi karena adanya pelarangan napza (masing-masing dampak buruk dijabarkan dalam sub-bab); '*terciptanya kejahatan*'; '*sebuah krisis dalam sistem pidana dan pemenjaraan*'; '*miliaran terbuang untuk pengeluaran dan kehilangan pendapatan pajak*' ; '*mengacaukan kesehatan masyarakat dan memaksimalkan dampak buruk (kesehatan)*'; '*mengacaukan negara produsen*' ; dan '*melemahkan perlindungan hak asasi manusia*'. Sejalan dengan itu, laporan Transform kemudian membuat pembedaan antara *'tujuan gerakan reformasi kebijakan napza untuk mengurangi atau menghapus dampak buruk yang secara spesifik tercipta atau diperburuk oleh kebijakan pelarangan napza dan pasar gelap'* ; dengan *'tujuan konvensional akan terbentuknya kebijakan napza yang efektif untuk mengurangi atau menghapuskan rangkaian dampak buruk langsung dan tidak langsung penggunaan dan penyalahgunaan napza'.*

---

[30] Untuk diskusi lebih terperinci tentang pemilahan napza dan dampak buruk kebijakan napza, lihat : **'A Comparison of the Cost-Effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs'**, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

[31] **'After the War on Drugs: Options for Control'**, Transform Drug Policy Foundation, 2004. Hal. 9.

Sebuah *'taksonomi dampak buruk napza'* yang lebih komprehensif telah disusun oleh MacCoun dan Reuter[32] yang memilah 46 jenis dampak buruk napza kedalam 4 kategori umum: *'kesehatan', 'fungsi sosial dan ekonomi', 'keselamatan dan ketertiban umum'*, dan *'hukum pidana'*.

Sifat alami sediaan napza, bagaimana napza digunakan, lingkungan fisik dan sosial (rekan sebaya) di mana napza digunakan juga merupakan variabel-variabel berkaitan yang sangat penting dalam menentukan risiko.

Dalam bentuk tabel mereka kemudian mengidentifikasi 6 kolom kelompok populasi (*'pengguna'*, *'pengedar'*, *'pasangan'*, *'pekerja'*, *'lingkungan sekitar'*, dan *'masyarakat'*) dan membuat catatan untuk menentukan kelompok mana dari 6 kelompok populasi ini yang *'menanggung dampak buruk/risiko'* dari setiap jenis dampak buruk yang disebutkan dalam daftar. Yang sangat penting, pada kolom yang terpisah mereka juga mengidentifikasi apa yang mereka kategorikan sebagai *'sumber primer dampak buruk'* untuk setiap populasi, dari tiga opsi: *'menggunakan'*, *'status ilegal'*, dan *'pelaksanaan'* (status ilegal dan pelaksanaan diidentifikasi dari 36 dampak buruk dalam daftar).

Pekerjaan menjajaki dan menentukan peringkat dampak buruk napza tentu saja rumit karena banyaknya variabel yang terlibat, pertukaran urutan dalam proses penyusunannya membuat usah mendeskripsikan dan menyusun kategori dampak buruk dan risiko penggunaan napza menghadapi tantangan kompleks. Menentukan kebijakan menyeluruh disusun berdasarkan pengelompokan napza ilegal ke dalam 3 dan 5 peringkat dampak buruk (sebagai contoh sistem klasifikasi A-B-C di Inggris, penggolongan I-IV di AS). Sementara sistem-sistem

[32] R. MacCoun, P. Reuter, **'Drug War Heresies'**, Cambridge University Press, 2001, Hal. 106.

ini sedikit bermanfaat, kerap kali mereka tidak konsisten dan terlalu menyederhanakan masalah. Pada tingkatan praktis, kebijakan-kebijakan ini disusun berdasarkan penyamarataan, sehingga gagal untuk menyertakan napza legal, dan keduanya campur aduk dan gagal untuk mengenali berbagai macam dampak buruk napza; sehingga secara substansi mengurangi kegunaan kebijakan itu sendiri, baik sebagai perangkat penyusunan kebijakan, dan sebagai perangkat pertolongan bagi pengguna napza secara individu yang ingin membuat keputusan terkait penggunaan napza mereka berdasarkan informasi lengkap.

Sebelum mendiskusikan isu-isu ini dan implikasi kebijakannya secara lebih rinci, perlu dicoba untuk menyusun ulang vektor-vektor utama dampak buruk penggunaan napza secara spesifik (untuk membedakan dari dampak buruk kebijakan napza) yang perlu dipertimbangkan oleh para penentu kebijakan.

4.2.1 Pemilahan Risiko Kesehatan / Dampak Buruk Napza

Risiko kesehatan / dampak buruk pribadi terkait napza tertentu paling bermanfaat ketika dipisahkan berdasarkan toksisitas dan *'potensi adiktif'* yaitu, tingkat kecenderungan napza tertentu mengakibatkan ketergantungan. Tingkatan risiko yang berhubungan dengan toksisitas bawaan napza dan kecenderungan napza untuk menimbulkan ketergantungan kemudian diperlunak dengan seperangkat variabel perilaku, dan dengan kecenderungan masing-masing pengguna napza terpengaruh oleh suatu zat. Hal ini dapat dideskripsikan dalam skala individu atau dalam skala populasi atau subpopulasi.

i **Toksisitas**

Perlu dibuat pembedaan antara toksisitas akut jangka pendek (sebagai contoh, kematian karena gagal nafas dalam kasus overdosis heroin) dengan efek toksik kronis jangka panjang (sebagai contoh, kematian karena sirosis hati setelah puluhan tahun mengkonsumsi alkohol dalam jumlah besar).

Toksisitas akut napza berhubungan dengan besaran selisih antara batas aktif, dosis ketika efek napza (efek napza yang diinginkan) dicapai oleh si pengguna, dan dosis ketika reaksi toksik tertentu, atau overdosis terjadi. Reaksi toksik semacam itu dapat muncul dalam bentuk efek samping sementara belaka, seperti muntah, pusing, pingsan, tertekan dan lain-lain, atau bentangan episode-episode akut yang lebih serius, berbagai tingkatan kerusakan jaringan, atau kematian.

Terminologi yang dapat dibandingkan dengan napza medis adalah *'indeks teraupetik'* yang merupakan perbandingan antara dosis teraupetik dengan dosis toksik. Pada kasus napza non-medis, toksisitas akut napza tertentu diperhitungkan dengan menjajaki perbandingan atara dosis mematikan terhadap dosis sehari-hari atau dosis aktif. Semakin kecil kesenjangan antara dosis aktif dan toksik, maka napza tersebut dianggap lebih toksik. Metode lain untuk menghitung toksisitas, seperti efek toksik yang tidak terlalu mematikan, juga ada; semua jelas dan cukup sederhana.

Ketika memetakan peringkat napza, bagaimanapun, masalah toksisitas akut napza cukup rumit karena berbagai variabel perilaku, yang paling nyata adalah cara mengkonsumsi napza, dan penggunaan bermacam-macam jenis napza dalam waktu bersamaan. Perkembangan toleransi individu adalah faktor rumit lainnya.

Secara berlawanan, toksisitas napza akut jangka panjang pada hakekatnya lebih sulit untuk dihitung, terutama ketika muncul napza jenis baru atau napza yang meningkat popularitasnya. Sulit untuk menentukan kausalitas efek individu dalam konteks bentangan variabel gaya hidup, dan penggunaan berbagai jenis napza. Bahkan ketika metode perkiraan atau pengukuran yang terpercaya dapat ditentukan dalam jangka panjang, timbul masalah bahwa menentukan peringkat napza berdasarkan efek toksik akut dan kronik tidak harus sesuai.

Jadi, napza tidak perlu harus dikelompokkan menjadi satu. Contohnya, sulit untuk membandingkan menghisap rokok, yang berisiko rendah akut tetapi berisiko kronis tinggi, dengan penggunaan opiat, yang berisiko akut tinggi tetapi berisiko kronis rendah.

ii **Adiksi / Ketergantungan**

Secara historis, wacana politis tentang dampak buruk napza telah didominasi oleh konsep adiksi. Awalnya penggolongan napza dibuat dalam Konvensi Tunggal PBB tentang Napza tahun 1961, model bagi sebagian besar sistem penggolongan napza di tingkat domestik, sebagian besar didasrkan atas pengertian tentang adiksi[33] pada masa disusunnya konvensi tersebut, yaitu pada sekitar tahun 1940 hingga 1950-an.

Adiksi napza atau ketergantungan napza seperti yang dideskripsikan secara umum saat ini adalah konsep yang sulit untuk didefinisikan secara tepat, atau untuk dapat dipahami bersama. Kriteria yang dijabarkan dalam DSM (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) yang digunakan *World Health Organization* dan *American Psychiatric Association* kemungkinan adalah yang paling mendekati, tetapi subjek adiksi masih menjadi sumber kontroversi tiada akhir, tidak sedikit fakta menunjukkan bahwa adiksi adalah masalah kesehatan mental. Tetapi, muncul lebih banyak kesepakatan pada komponen fisiologis ketergantungan napza, dideskripsikan dalam istilah kimia otak (neurotransmiter, reseptor, dll). Komponen-komponen fisiologis telah dijelaskan dengan baik pada literatur-literatur medis abad ini (setidaknya untuk napza yang telah ada, tidak sebaik penjelasan yang ada mengenai napza-napza jenis baru), dan kini dipahami dengan baik.

[33] Pembukaan yang membingkai Konvensi 1961 adalah seperti berikut ini: *'Menyadari bahwa adiksi napza merupakan bagian kejahatan serius bagi masyarakat dan diikuti dengan dampak buruk sosial - ekonomi pada umat manusia.'*

Adalah mungkin dan bermanfaat untuk menghitung dan kemudian menentukan peringkat derajat toleransi dan gejala putus obat pada tiap-tiap napza. Sebuah aspek fisiologis tambahan tentang kerja napza yang mempengaruhi ketergantungan adalah waktu paruhnya, yang menentukan berapa lama efek napza berlangsung. Napza dengan masa aktif pendek, cenderung membawa pada penggunaan berulang yang intensif. Sifat kualitatif pengalaman awal mabuk napza, atau *'rush'*, dan pengalaman setelah *'rush'*, kenikmatan subjektif yang dihubungkan dengan penggunaan napza juga merupakan variabel penting. Tetapi variabel-variabel tersebut bagaimanapun, lebih sulit untuk dihitung secara objektif, dan juga bergantung pada perluasan signifikan bahan napza, dosis dan cara penggunaan napza.

Tetapi, selama elemen-elemen fisiologis kerja napza ketika berhubungan dengan ketergantungan dapat dijajaki dan ditentukan peringkatnya, masalah ketergantungan napza pada adalah rumit dan dramatis pada tiap-tiap pengguna napza secara individu, demikian juga dengan bentangan faktor-faktor psikososial yang berpotongan dengan proses-proses fisiologis. Interaksi ini menghasilkan perilaku yang terkait dengan ketergantungan napza, yang memerlukan perhatian penentu kebijakan dan penyelenggara layanan. Pengaruh-pengaruh psikososial terhadap napza tertentu, dan komponen-komponen ketergantungan yang berhubungan dengan napza tertentu lebih sulit dihitung dan ditentukan peringkatnya, serta lebih memicu perdebatan dalam literatur. Sebagai contoh, ketergantungan psikologis: *'adiksi'* saat ini juga diasosiasikan dengan hubungan seks, belanja, berjudi, internet dan lain-lain.[34]

Tetapi komponen-komponen psikososial tersebut, bisa jadi tidak kalah pentingnya dalam kerangka menentukan perilaku. Beberapa jenis napza yang memiliki efek ketergantungan fisiologis yang relatif sedang atau

[34] Terdapat diskusi yang bermanfaat tentang bagaimana penyusunan konsep adiksi dalam B.Alexander, **'The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit'**, Oxford University Press, 2008.

rendah tetap saja kerap dikaitkan dengan ketergantungan psikologis yang kuat, kokain adalah contoh paling nyata. Apakah ketergantungan fisiologis maupun psikologis perlu dikumpulkan dalam satu wadah dalam menetapkan peringkat masih menjadi topik pembahasan; demikian juga pertanyaan tentang apakah *'adiksi'* masih menjadi istilah yang berguna, dibandingkan istilah *'penggunaan napza disfungsional'*, *'penggunaan napza problematik'* atau *'ketergantungan napza'*.

iii. **Kecenderungan Individu**

Walaupun berbagai vektor dampak buruk napza yang dideskripsikan di atas dapat dihitung dan ditentukan peringkatnya secara berarti, dalam kerangka masyarakat umum, tetap akan ada kerumitan. Secara khusus, penjajakan risiko menjadi lebih sulit oleh variasi luas dalam susunan fisiologis dan psikologis pengguna napza. Varibel-variabel kunci termasuk termasuk kesehatan fisik dan mental secara umum, dan usia (muda dan tua lebih rentan). Kondisi kesehatan mental dan fisik dapat menimbulkan pengaruh besar dalam risiko individu, dan faktor-faktor farmakogenetika juga dapat menyebabkan kerentanan terhadap dampak buruk napza tertentu pada individu tertentu.

iv. **Sediaan napza, metode penggunaan, perilaku penggunaan**

Pada semua jenis napza, ada relasi yang jelas antara risiko dan dosis. Secara luas hal ini tidak diperhitungkan dalam penyamarataan kategori dan peringkat dampak buruk napza. Jelasnya, sejumlah kecil napza kelas A atau golongan 1 akan lebih kecil risikonya dibandingkan sejumlah besar napza dari kelas atau golongan yang lebih rendah.

Potensi napza juga merupakan faktor risiko. Tetapi, dalam pasar teregulasi, dengan produk yang ditentukan standarnya dan dengan informasi tertera pada produk, risiko spesifik potensi yang tidak diketahui (khususnya, potensi tinggi tak terduga) akan ditiadakan secara luas. Masalah risiko

terkait potensi relatif mungkin telah terlalu sering diungkap bahwa para pengguna napza, bila memiliki informasi mengenai dosis yang dibutuhkan, akan secara rasional mengendalikan dosis untuk mengatur keterpaparan diri mereka terhadap risiko, atau melakukan titrasi, untuk mencapai tingkat intoksikasi yang mereka inginkan.

Sifat sediaan napza, cara penggunaan napza, dan lingkungan fisik dan sosial/rekan sebaya di mana konsumsi napza dilakukan adalah variabel terkait yang sangat penting dalam menentukan risiko. Hal ini digambarkan dengan baik dengan contoh napza berbasis koka, dari daun koka yang dikunyah, sampai dengan minuman koka, bubuk kokain yang dihirup, hingga kokain *'crack'* yang dihisap (lihat: Hal. 162). Semua terlibat dalam penggunaan kokain tetapi berada dalam tingkatan risiko yang sangat jauh berbeda.

Ringkasan Vektor Risiko Berdasarkan Cara Penggunaan Napza[35]

Menyuntik

Salah satu bentuk penggunaan paling berisiko, bukan hanya karena pengguna secara cepat terpapar pada totalitas dosis napza yang dikonsumsi, sehingga berisiko overdosis, tetapi juga karena menyuntikkan napza sendiri melibatkan risiko perlukaan dan infeksi.

Menghisap/ Inhalasi

Memaparkan pengguna pada efek napza dengan lebih lambat daripada penyuntikkan tetapi memungkinkan adanya tingkatan kontrol yang lebih besar terhadap risiko overdosis dan mabuk; sehingga tingkat risiko overdosis rendah. Tetapi, menghisap menimbulkan risiko

[35] Cara penggunaan lainnya yang kurang lazim termasuk plester transdermal (digunakan, sebagai contoh, dalam administrasi medis terapi pengganti nikotin, dan metilfenidat dengan pelepasan lambat), dan metode penggunaan napza melalui rongga tubuh seperti anus, vagina atau uretra; juga digunakan, biasanya hampir semuanya eksklusif untuk keperluan medis.

tambahan kerusakan kronis paru-paru. Perlu dicatat bahwa risiko kerusakan paru-paru dapat dikurangi secara signifikan bila napza dihirup dalam bentuk uap,[36] daripada dihisap dari sebuah proses pembakaran.

Menghirup (melalui hidung)

Napza dalam bentuk bubuk dapat dihirup dan diserap melalui selaput lendir hidung dalam waktu beberapa menit. Berlawanan dengan beberapa detik yang diperlukan dalam penyuntikkan napza, penggunaan dengan cara menghirup berintensitas lebih rendah dan memberikan derajat pengendalian tertentu pada dosis. Terdapat risiko sedang terjadinya kerusakan kronis pada selaput lendir hidung.

Konsumsi Oral

Napza diserap dalam waktu yang lebih lama (satu jam atau lebih) melalui lambung, yang relatif lebih diperlengkapi untuk memproses substansi asing.[37] Napza dengan pelepasan lambat yang dikonsumsi secara oral akan berefek lebih rendah dibandingkan napza sejenis dengan pelepasan cepat, ketika tingkat keberadaan zat dalam darah pada waktu tertentu dikurangi – walaupun waktu keberadaan zat atau intoksikasi diperpanjang. Beberapa jenis napza, seperti tembakau dan daun koka dikulum dalam mulut dan diserap melalui gusi.

[36] Obat-obatan hirup yang diresepkan adalah contoh yang cukup dikenal tentang bagaimana napza dapat diserap melalui paru-paru tanpa risiko kerusakan yang diasosiasikan dengan asap/uap. 'Vaporisers' atau alat penguap juga lazim digunakan dalam konsumsi ganja.

[37] Termasuk mekanisme menahan muntah.

4.2.2 Risiko / Dampak Buruk Sosial Sekunder

Pemisahan Dampak Buruk Napza dan Dampak Buruk Kebijakan Napza

Pertimbangan risiko/dampak buruk sekunder adalah, seperti penjajakan risiko/dampak buruk kesehatan, diperumit oleh pengaruh lingkungan kebijakan. Posisi reformasi secara substantif didasarkan pada observasi bahwa risiko/dampak buruk kesehatan dan sosial sekunder meningkat dalam konteks produksi dan suplai napza ilegal, dan lingkungan penggunaan napza ilegal. Sementara ada banyak kompleksitas dalam memilah risiko-risiko/dampak buruk yang saling berhubungan, penekanan lebih luas digambarkan dengan sederhana dalam contoh-contoh di dunia nyata.

Bandingkan dua pengguna heroin suntik, pengguna heroin pertama melakukan kriminalitas dan kerja-kerja seks komersial untuk membiayai penggunaan napza ilegalnya. Mereka menggunakan heroin 'jalanan' (heroin yang tidak diketahui kekuatan dan kemurniaannya) menggunakan jarum tidak steril, yang kerapkali digunakan bergantian dalam lingkungan penggunaan yang tidak aman. Peralatan suntik mereka dibeli dari infrastruktur peredaran gelap napza yang dapat dilacak berasal dari produksi ilegal di Afganistan. Mereka terinfeksi HIV, Hepatitis C, dan memiliki catatan kriminal yang panjang dan terus bertambah.

Pengguna heroin kedua menggunakan heroin farmasi yang diproduksi secara legal dan diresepkan dengan kekuatan dan kemurnian yang diketahui, dalam lingkugan klinik yang diawasi, menggunakan peralatan suntik steril. Tidak ada kriminalitas, pengambilan untung atau kekerasan terjadi dalam tiap tahapan produksi, suplai, maupun penggunaan napza, tidak ada transmisi penyakit melalui darah, hampir tidak ada risiko kematian karena overdosis, dan tidak ada pelanggaran hukum yang dilakukan untuk membiayai penggunaan napza.

Secara signifikan, dengan contoh ini tidak diperlukan pemodelan spekulatif, dua individu ini terdapat di banyak negara, yang menyediakan terapi rumatan heroin legal bersamaan dengan perdagangan ilegal napza. Perbandingan serupa, walaupun tidak terlalu dramatis, dapat diterapkan pada berbagai jenis napza pada umumnya.

Sementara upaya-upaya untuk memisahkan risiko/dampak buruk napza dari risiko/dampak buruk kebijakan napza adalah sangat penting dalam wacana kebijakan ke depan, bahwa ada risiko-risiko/dampak buruk sosial dan sekunder yang terjadi berkaitan dengan penggunaan napza. Hal ini mengalir secara spesifik dari sifat alami berbagai efek napza tertentu, dan berkaitan dengan perilaku mabuk, tendensi ketergantungan, dan dampak buruk yang dihasilkan oleh perilaku ketergantungan napza. *The UK Academy of Medical Science* telah mengidentifikasi potensi risiko/dampak buruk napza berikut : [38]

- Pengingkaran dan keberagaman keluarga yang terjadi karena masalah pengangguran/kehilangan pendapatan, kehilangan hari-hari kerja, penolakan keluarga atau wali dan risiko pelecehan.
- Kriminalitas yang berkaitan dengan penggunaan napza, termasuk pelanggaran ketertiban masyarakat, masalah karena memiliki catatan kriminal, dan beban sistem penegakan hukum (termasuk penjara).
- Beban perawatan napza dan layanan sosial.

Risiko/dampak buruk yang berkaitan dengan mengemudi, mengoperasikan mesin atau masalah serupa ketika kemampuan individu terganggu oleh penggunaan napza harus diikutsertakan.

4.2.3 Menyelaraskan Respon dan Komunikasi Kebijakan

Menyamaratakan dampak buruk napza tertentu pada populasi adalah sesuatu yang sangat penting; sebagai contoh, hal ini dapat mendefinisikan prioritas kebijakan yang luas. Tetapi, tidak selalu tepat untuk menyelaraskan respon kebijakan untuk sub-populasi tertentu atau individu.

Seperti yang terjadi saat ini, penjajakan dampak buruk dan penentuan peringkat napza dapat menolong dengan adanya penyamarataan tersebut. Tetapi, penyamarataan menjadi kurang efekti ketika berhadapan dengan respon-respon khusus. Kami telah mencoba mengangkat beberapa faktor yang dapat

[38] **'Brain Science, Addiction and Drugs'**, UK Academy of Medical Sciences, 2008, Hal. 88.

mendukung penyelarasan tersebut, hal ini tidak dapat didemonstrasikan dalam sistem tiga atau empat lapis yang disamaratakan, seperti yang saat ini diberlakukan.

Sistem semacam ini secara berkala terlalu dipermudah, dan keduanya tidak menyadari dan tidak tanggap terhadap keterkaitan isu napza terhadap perilaku masyarakat sub-kultur. Sistem tersebut juga menggabungkan sejumlah vektor dampak buruk yang peringkatnya berbeda secara mencolok. Hal ini mengarah pada konstruksi kebijakan yang didasarkan atas kesadaran bahwa ' napza A lebih berisiko daripada napza B', walaupun penilaian kerap tak berarti ketika diterjemahkan ke dalam perilaku dunia nyata dan pengalaman masing-masing pengguna napza.

Dalam istilah kebijakan masyarakat, pengguna napza aktif, mantan pengguna, dan orang yang berpotensi menggunakan, demikian juga individu yang tidak menggunakan napza, memerlukan informasi yang disesuaikan dengan risiko dan potensi dampak buruk napza yang mereka hadapi sebagai individu. Informasi semacam ini harus responsif terhadap perbedaan kebutuhan pada individu-individu yang berbea, sebagai contoh, seorang berumur 18 tahun bertanya-tanya tentang ekstasi, seorang berusia 26 tahun dengan riwayat psikotik menggunakan ganja, seorang berusia 36 tahun yang menderita diabetes tertarik mengetahui hal-hal tentang kokain, atau seorang berusia 66 tahun dengan riwayat hipertensi mempertimbangkan perilaku penggunaan alkoholnya.

Setiap dan semua pengguna perlu memahami risiko yang mereka masing-masing hadapi ketika menggunakan napza jenis tertentu pada dosis tertentu, dengan frekuensi tertentu, digunakan dengan cara tertentu, dalam situasi tertentu. [39] Hal ini merupakan hal yang penting; dan bukan merupakan sesuatu yang mustahil; tantangan bagi para pendidik, baik yang berada di sekolah-

[39] Mereka juga perlu untuk mendapatkan informasi mengenai tanda-tanda bahaya ketika penggunaan napza mereka, atau kawan-kawan mereka, telah berada pada tahap, atau sedang menuju ke tahap bermasalah, dan perlu adanya prosedur penanganan, termasuk akses terhadap layanan dukungan dan perawatan napza.

sekolah dan universitas, untuk menyediakan website dan selebaran, atau merancang papan promosi dan acara TV.

Para pendidik perlu menemukan cara-cara untuk membuat kompleksitas yang disebutka di atas menjadi lebih dipahami dan dapat diakses populasi yang lebih luas. Secara khusus, mereka perlu memperhatikan kelompok paling rentan pada dampak buruk napza, sekaligus paling sulit untuk dijangkau.

Rincian terbaik tentang bagaimana tantangan ini teratasi berada diluar jangkauan buku ini, tetapi dari diskusi yang terjadi nampak jelas bahwa variabel-variabel kunci, atau vektor dampak buruk napza, perlu untuk dipisahkan, dihitung dan ditentungkan peringkatnya secara independen. Hal ini termasuk: toksisitas akut dan kronik, serta kecenderungan ketergantungan (baik fisiologis dan psikologis), isu-isu terkait dosis, potensi, frekuensi penggunaan, bahan dasar napza dan cara-cara penggunaan, faktor-faktor risiko individu termasuk kesehatan fisik dan mental, usia dan farmakogenetik, dan faktor-faktor perilaku termasuk lingkungan tempat penggunaan napza, dan penggunaan bermacam-macam jenis napza secara bersamaan.

4.3. Menyusun Undang-Undang Global, Nasional, dan Lokal

Argumen-argumen yang dibuat di atas menunjukkan sebuah kebutuhan untuk membuat bentangan yang lebih luas terkait keputusan-keputusan dan hukum kebijakan napza. Penting untuk memahami dalam tingkat politis manakah pilihan-pilihan dan penyusunan undang-undang tersebut harus dilakukan. Pada prinsipnya, proses-proses tersebut tidak berbeda secara signifikan dari isu-isu serupa pada ranah kebijakan sosial dan hukum yang berkaitan dengan napza medis legal dan napza non-medis. Berdasarkan hal ini, kami menyarankan bagaimana penyusunan undang-undang dan pengelolaan napza yang baru dapat dipadukan dan dikelola oleh berbagai badan politik, dari tingkat internasional sampai dengan tingkat lokal.

- Berbagai badan PBB akan tetap bertanggungjawab atas isu hak asasi manusia dan perdagangan internasional. Badan-badan tersebut akan menyediakan dasar-dasar, aturan-aturan pokok dan parameter yang akan diterapkan tiap-tiap negara bagian atau provinsi, demikian juga dengan menawarkan panduan dan menyediakan pusat informasi riset-riset napza dan pengumpulan data berskala internasional. Peran PBB akan meliputi pengawasan dan panduan tentang hak-hak negara-negara berdaulat, demikian juga tanggungjawab pada negara-negara tetangga dan komunitas internasional yang lebih luas. Perluasan peran tambahan akan meliputi pengawasan pada isu-isu perdagangan napza non-medis, yang akan beroperasi secara paralel dengan peran pengawasan produksi napza medis yang sudah ada, berdampingan dengan kesepakatan badan-badan perdagangan seperti *World Trade Organization* (WTO) maupun badan lain yang berkaitan.

- Negara-negara bagian akan dapat menentukan secara demokratis kebijakan napza dan kerangka hukum mereka masing-masing. Penentuan semacam ini dengan sendirinya akan berada dalam parameter hukum internasional, sesuai dengan hak dan kewajiban yang ditetapkan PBB, dan oleh badan internasional lain, maupun pemerintah regional di mana negara bagian tersebut berada. Hal ini akan menentukan patokan-patokan baku tentang keadilan dan hak asasi manusia yang akan memiliki implikasi pada penggunaan sanksi penghukuman terhadap pengguna napza, walaupun patokan-patokan tersebut tidak akan memunculkan maupun menghindarkan munculnya masalah-masalah seputar akses atau suplai legal napza, maupun masalah masalah internal perdagangan napza domestik.

- Pemerintah lokal dan kota dapat menentukan rincian isu-isu hukum yang tidak terlalu penting seputar regulasi, pemberian lisensi dan penegakan hukum, bersamaan dengan penyediaan layanan napza/kesehatan. Semua ini akan berada di dalam parameter dan target-target yang ditentukan oleh

pemerintah negara, dan karenanya juga harus sesuai dengan hukum internasional yang lebih luas. Kerangka-kerangka serupa telah ditetapkan di beberapa negara dengan mengacu pada proses pemberian lisensi penjualan alkohol. Di Inggris, contohnya, setiap otoritas pemberi lisensi harus menelaah ulang lisensi pusat-pusat hiburan setiap tiga tahun sekali dan berkonsultasi dengan kepala kepolisian, otoritas pemadam kebakaran, perwakilan pemegang lisensi, dan perwakilan dari pebisnis dan penduduk lokal. Di AS, kebijakan alkohol dikelola luas oleh negara-negara bagian secara mandiri, yang mengendalikan produksi, distribusi dan penjualan dalam wilayah kekuasaan mereka. Sementara pemerintah federal mengatur tata cara impor dan tranportasi antar negara bagian. Hampir sama, tiap-tiap negara bagian di AS dan Australia memiliki pendekatan berbeda dalam mengatur penggunaan ganja individu, berkisar dari dekriminalisasi *de facto* (atau sanksi perdata) hingga sanksi pidana.[40] Dinamika kekuasaan federal/negara bagian secara umum memandang tanggungjawab menangani kejahatan-kejahatan paling serius berada di tangan pemerintah federal dengan kelenturan pada kejahatan-kejahatan yang tidak terlampau serius dan tuntutan perdata menjadi tanggungjawab kekuasaan negara bagian.

4.4 Riset Efektif untuk Kebijakan Efektif

Selama lima dekade terakhir, pelarangan napza telah menjadi kebijakan politis yang penting bagi pemerintah negara-negara di seluruh dunia. Pentingnya kebijakan pelarangan napza didorong oleh keinginan untuk bertindak tegas pada sesuatu yang dipahami sebagai 'kejahatan', dan untuk dapat dinilai melakukan ketegasan tersebut, dan bukan didasarkan atas keinginan untuk terlibat langsung memahami isu-isu kesehatan dan sosial yang sangat menantang dan kompleks. Kebutuhan untuk membenarkan kebijakan pelarangan napza kemudian mempengaruhi arah agenda riset napza. Secara

[40] Tetapi hukum federal dan internasional, saat ini mencegah eksplorasi opsi-opsi regulasi legal suplai napza non-medis.

langsung atau tidak langsung, kebutuhan pembenaran mendorong riset dibelokkan untuk menunjukkan dampak buruk napza semata-mata, untuk mendukung dan menguatkan respon penghukuman terhadap *'ancaman napza'*. Fokus semacam ini pada riset yang mendukung aksi tegas dan menghukum telah berdampak pada ketiadaan kebijakan riset yang secara berarti mengevaluasi dan mengkritisi keluaran-keluaran nyata kebijakan pelarangan napza.

Karenanya, ada kebutuhan nyata pergeseran agenda riset menjauh dari pembelokan historis menuju pada riset medis toksisitas napza dan adiksi, dan menuju kebijakan riset yang bermakna. Tentu, sangat penting untuk menelaah dan memahami sepenuhnya dampak buruk napza di bidang kesehatan. Tetapi pemahaman semacam ini perlu digabungkan dengan evaluasi yang cermat mengenai kebijakan-kebijakan yang ditujukan untuk mengurangi dampak buruk kesehatan terkait penggunaan napza. Secara khusus, keluaran-keluaran kebijakan dan alternatif kebijakan harus dievaluasi dan ditelaah secara cermat.

Tanggungjawab atas hal ini secara historis telah jatuh ke tangan sektor non pemerintah secara luas. Sumbangsih dan dukungan pemerintah pada area kebijakan riset akan mendukung baik pengembangan kebijakan baru pengelolaan napza dan modifikasi kebijakan napza yang sudah ada. Hal ini akan memastikan dibatasinya dampak buruk napza di tingkat lokal, nasional dan internasional, dalam jangka pendek maupun panjang.

Dua program riset kunci yang perlu dimulai:

- Kritikus pelarangan napza dapat dan terus menerus mempertanyakan atas dasar fakta-fakta bahwa terdapat kegagalan secara menyeluruh terhadap pendekatan pelarangan napza dan sifat-sifat kontraproduktif yang dihasilkan kebijakan tersebut. Agar perkembangan politik dapat mengambil alih, kritik dan analisis perlu didasarkan secara kuat pada badan internasional (PBB) yang komprehensif dan riset pemerintah negara bagian, yang mengevaluasi secara terbukt seluruh keluaran kebijakan dan

akurat secara terus menerus dengan patokan yang telah disetujui tentang indikator/perangkat pengukuran kebijakan. Kita masih beberapa langkah lagi dari mencapai sesuatu yang sedikit mendekati hal ini.[41] Minimnya data dan analisis yang mencukupi terkait kebijakan napza terkini adalah halangan signifikan untuk memahami dampak kebijakan tersebut, demikian juga kesempatan untuk dapat memodifikasi atau mengembangkannya untuk memaksimalkan keberhasilan.

- Sejalan dengan evaluasi dan pelibatan kritis yang lebih bermakna terkait kebijakan napza terkini, diperlukan adanya investasi substansial pada pendekatan penjelajahan kebijakan alternatif. Riset semacam ini dapat menggunakan perangkat-perangkat analitik yang sudah ada yang memiliki sifat dasar lebih spekulatif, seperti analisis biaya-keuntungan komparatif dan penjajakan dampak kebijakan.[42] Hal ini dapat menambah riset-riset perintis yang tengah berjalan serta memperluas riset-riset tersebut untuk menelaah model-model produksi dan suplai teregulasi. Badan-badan riset independen yang mengawasi agenda riset dan menyebarluaskan temuan pada para pemangku kebijakan dapat beroperasi di tingkat negara dan PBB.

4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas

Produksi dan perdagangan napza ilegal memiliki bentangan konsekuensi yang mendalam pada perkembangan sosial, politik dan ekonomi negara produsen kunci dan negara transit. Dampak transisi menuju produksi napza teregulasi dalam pasar global akan sejalan secara siginifikan bagi negara-negara tersebut. Konsekuensi perkembangan kebijakan pelarangan global, dan dampak setiap pergeseran menuju perubahan, perlu diangkat menjadi isu sentral dalam wacanan reformasi kebijakan napza, yang telah cenderung untuk berfokus pada

---

41 Untuk diskusi lebih lanjut, lihat: M. Trace, M. Robrts, A. Klein, '**Assessing Drug Policy: Principles and Practice'**, Beckley Foundation, 2004.

42 Untuk diskusi lebih lanjut, lihat: **'A Comparison of the Cost-Effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs'**, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

kepentingan domestik negara-negara maju konsumen napza. Konsekuensi seperti ini seharusnya juga ditampilkan secara jauh lebih mencolok pada wacana pengembangan yang lebih luas.

Banyak negara maupun wilayah yang terlibat dalam produksi dan transit napza memiliki aturan dan infrastruktur negara yang lemah dan kacau – contoh terkini yang paling menonjol adalah Afganistan, Guinea Bissau, dan wilayah Kolombia. Pelarangan pada komoditi yang sangat diminati secara tak terbantahkan menciptakan peluang terjadinya kejahatan, memaksakan produksi, suplai dan konsumsi ke dalam ekonomi paralel ilegal. Kegiatan-kegiatan ilegal seperti ini lentur dan oportunis, secara umum mencari lokasi-lokasi di mana mereka dapat beroperasi dengan biaya dan gangguan minimum; demikianlah daya tarik sebuah wilayah yang rapuh, terpinggirkan secara geografis, maupun negara yang dalam situasi kacau atau telah lumpuh. Kegiatan ilegal berskala luas dapat menyumbangkan penurunan dalam spiral pembangunan. Dalam spiral semacam ini, masalah-masalah yang ada menjadi kian buruk dan mendorong kerusakan lebih jauh melalui korupsi dan kekerasan endemis, ciri tak terelakkan dari pasar napza ilegal adalah bahwa pasar tersebut sepenuhnya dikendalikan oleh organisasi kriminal penangguk keuntungan.

Kebanyakan produsen napza tidak memenuhi gambaran umum penjahat kartel yang duduk di puncak piramida perdagangan napza ilegal. Petani dan pekerja yang mendominasi tenaga kerja ilegal perdagangan napza kerap kali hidup dalam lingkungan yang miskin, tertinggal dan tidak aman.

Kebanyakan produsen napza tidak memenuhi gambaran umum penjahat kartel yang duduk di puncak piramida perdagangan napza ilegal, menumpuk mayoritas kekayaan yang didapatkan. Petani dan pekerja yang mendominasi

tenaga kerja ilegal perdagangan napza kerap kali hidup dalam lingkungan yang miskin, tertinggal dan tidak aman. Keterlibatan mereka dalam perdagangan napza ilegal sebagian besar disebabkan oleh *'kebutuhan bukan ketamakan'*, serta *'migrasi menuju hal-hal diluar hukum'* [43] yang secara umum menggambarkan kemiskinan dan pilihan-pilihan yang terbatas. Sebagai contoh, UNODC telah mengakui bahwa, di Myanmar *'kultivasi opium merupakan pertanda kemiskinan, bukan kemakmuran'*.[44]

Diskusi-diskusi ini menuntut kita menitikberatkan dampak buruk yang secara spesifik merupakan hasil dari, atau diperburuk oleh, sifat terlarang perdagangan napza. Tentunya, sifat terlarang itu sendiri tidak terelakkan dan menjadi konsekuensi langsung dari memilih pendekatan pelarangan secara ekslusif dalam pengendalian napza.

Pada 2009, Komisi Napza dan Demokrasi Amerika Latin (*Latin American Commission on Drugs and Democracy*)[45] telah mengidentifikasi lima masalah utama yang disebabkan oleh kebijakan pelarangan napza, proses pelaksanaannya, dan perdagangan ilegal yang diciptakannya:

- *Perkembangan kekuatan-kekuatan paralel dalam area-area rentan di sebuah negara (kecamatan yang miskin dalam sebuah kota besar serta daerah-daerah sekelilingnya; wilayah yang jauh dari pemerintah pusat; area-area rintisan; wilayah Amazon);*
- *Kriminalisasi konflik-konflik politik;*
- *Korupsi kehidupan publik (diluar polisi, sistem peradilan dan penjara)*
- *Pengasingan generasi muda, terutama generasi muda yang miskin*

---

[43] M. Jelsma, **'Vicious Circle: The Chemical and Biological War on Drugs'**, Transnational Institute, 2001, Hal. 26.

[44] **'Life in the Wa Hills: Towards Sustainable Development'**, UNODC Myanmar Country Office, 2006, Hal. 26.

[45] **'Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift',** Latin American Commission on Drugs & Democracy, 2009, Hal. 25

- *Pemindahan lokasi petani (lebih dari dua juta petani telah dipindahkan dari lokasi asal, lebih dari ribuan merupakan pengungsi korban perang napza di Kolombia) dan stigmatisasi budaya tradisional (stigma yang disematkan pada kultivasi koka, tanaman pokok masyarakat adat pegunungan Andes di Bolivia dan Peru).*

Dalam daftar ini dapat juga ditambahkan:

- *'Pergeseran kebijakan'*[46] ketika situasi politik (bukannya bukti-bukti keberhasilan) membelokkan fokus kebijakan dan sumber daya secara dramatis menuju upaya pelaksanaan dan pemusnahan napza yang kontraproduktif, dengan memboroskan sumberdaya yang seharusnya dapat dipergunakan untuk pengembangan sosial dan ekonomi. Isu-isu kesehatan masyarakat di tingkat lokal, termasuk penggunaan napza yang bermasalah, serta masalah HIV/AIDS yang berhubungan dengan penggunaan napza, justru terpinggirkan.
- Intervensi pembangunan, di mana pun terjadi, menjadi menyimpang karena tujuan-tujuan perang napza, yang berarti intervensi-intervensi pembangunan menjadi tidak mencukupi dalam jumlah dan tidak efektif dalam proses perancangan dan pelaksanaan.
- Perusakan lingkungan, sebagai contoh penebangan hutan di Kolombia[47] dalam kasus kultivasi koka ilegal (diperburuk oleh pengalihan dari pemusnahan) dan polusi dari pengolahan koka tanpa regulasi.
- Secara langsung memicu konflik dengan menyediakan sumber pendapatan bagi kelompok pemberontak, kelompok teror, milisi dan pemerintahan korup yang mendukung mereka, sembari mereka mengejar tujuan-tujuan militer tertentu.

---

[46] Sebuah konsep yang diperkenalkan oleh Direktur Eksekutif UNODC sebagai salah satu 'konsekuensi tak diinginkan' dari sistem pengendalian napza. Lihat: **"Making Drug Control 'Fit for the Purpose': Building on the UNGASS Decade"**, UNODC, 2008.

[47] Kolombia adalah salah satu negara yang memiliki keanekaragaman hayati tertinggi di dunia.

Tentu, sumber daya alam bernilai tinggi, baik itu legal atau ilegal, dapat memicu konflik, sebagai contoh termasuk minyak, berlian dan coltan.[48] Tetapi nilai benda-benda tersebut tetap tinggi secara konsisten, apapun kerangka hukum internasional yang melingkupinya. Bertolak belakang, tanaman napza seperti opium dan koka pada dasarnya justru bernilai rendah. Tanaman-tanaman tersebut menjadi komoditi bernilai tinggi sebagai akibat adanya kerangka legal pelarangan napza, yang mendorong terbentuknya perdagangan gelap yang dikendalikan oleh pelaku kriminal. Dan ketika komoditi ini mencapai pengguna napza di negara maju, terjadilah apa yang disebut keajaiban pelarangan napza, yang mengubah komoditi napza yang bernilai rendah menjadi bernilai lebih tinggi dari emas, dalam berat yang sama.

Sebaliknya, produksi legal opium dan koka (lihat: *Lampiran 2*, Hal. 251) dihubungkan dengan sedikit, itupun sangat jarang, masalah-masalah yang disebutkan di atas. Dalam konteks legal, napza pada dasarnya berfungsi sebagai komoditi pertanian biasa, seperti kopi, teh atah bahan dasar farmasi berbasis tanaman lainnya.

Dalam tatalaksana produksi legal, tanaman napza akan menjadi bagian dari wacana pembangunan yang lebih luas. Sementara kegiatan-kegiatan pertanian semacam itu menunjukkan sejumlah besar tantangan serius dan mendesak baik pada komunitas loka dan internasional; sebagai contoh, mengatasi kecenderungan pasar kapitalis global dan buruknya infrastruktur perdagangan yang adil secara umum; berurusan dengan isu ini dalam kerangka pasar yang teregulasi secara legal berarti tanaman napza tidak lagi mengalami konsekuensi negatif kebijakan pelarangan napza, dan kerajaan kriminal yang diciptakan kebijakan tersebut.

Peran potensial negara-negara yang saat ini memproduksi napza ilegal dalam perdagangan pasca kebijakan pelarangan, dan proses transisi yang tak

[48] Kombinasi mineral yang ditemukan di Kongo, yang kemudian menghasilkan Tantalum; sejenis mineral yang dibutuhkan dalam pembuatan telefon selular. Lihat: B. Todd, **'Congo, Coltan, Conflict'**, The Heinz Journal, Vol 3, Issue 1, 2006.

terelakkan, menimbulkan sekumpulan pertanyaan yang membutuhkan pertimbangan lebih rinci oleh lembaga-lembaga kunci, organisasi non pemerintah dan akademisi.

Ada peluang bagi kultivasi koka legal dan semi legal yang telah lama terbentuk di wilayah Andes untuk terus berlanjut atau memperluas diri di bawah kerangka baru teregulasi. Seperti kopi, produksi koka dapat menjadi subjek prinsip-prinsip perdagangan adil, dan untuk produk-produk koka non-farmasi, beberapa bentuk perlindungan yang sejalan dengan sistem-sistem: Asal Barang Tertentu yang Diproteksi (*'Protected Designation of Origin'*-PDO), Indikasi Geografis yang Diproteksi (*'Protected Geographical Indication'*-PGI) atau Jaminan Kekhususan Tradisional (*'Traditional Speciality Guaranteed'*-TSG) yang berlaku di Uni Eropa.[49] Tak dapat dipungkiri, tak ada yang dapat menghentikan kultivasi koka untuk pasar legal yang akan merebak di berbagai tempat di masa depan, kecuali bila konvensi napza PBB, berdasarkan perjanjian, disesuaikan untuk mengendalikan produksi (demikian juga pada produksi opium saat ini), atau dibentuk perjanjian dagang internasional yang baru untuk memenuhi peran serupa.

Di wilayah Andes, transisi dari produksi koka ilegal tak diragukan lagi akan membawa banyak keuntungan. Tetapi, hal ini juga memiliki dampak negatif potensial, dalam bentuk penurunan produk domestik bruto dan penurunan kesempatan-kesempatan ekonomi bagi populasi yang telah terpinggirkan dan masih berjuang. Konsekuensi-konsekuensi negatif ini tidak dapat dinafikan, dan perlu juga dipertimbangkan dalam setiap analisis dan perencanaan pembangunan yang dilakukan oleh badan-badan domestik dan internasional.

Adalah sangat mendesak untuk mengelola pengaruh setiap korporasi multinasional dalam perdagangan napza. Kolombia memiliki pengalaman buruk dengan perusahaan seperti Coca Cola. Pada kasus ekstrem, keanggotaan pada organisasi-organisasi perdagangan dapat memicu penganiayaan, penculikan

[49] Lihat perincian Uni Eropa yang berkaitan di sini: **www.ec.europa.eu/agriculture/quality/**

dan pembunuhan. Perluasan atau peninjauan ulang peran pengatur atau pemegang monopoli pasar koka milik negara yang selama ini telah ada, bekerjasama lebih erat dengan badan napza PBB dan badan perdagangan internasional, menunjukkan pilihan-pilihan yang lebih menarik.

Masa depan perdagangan opium di Afganistan, dan untuk produksi berskala lebih kecil di Asia Tengah dan Asia Timur, akan menjadi lebih bermasalah. Opium telah diproduksi di seluruh dunia; produksi legal untuk manfaat medis yang telah ada dapat dengan relatif mudah dikembangkan menjadi produksi non-medis (lihat: *Lampiran 2*, Hal. 251). Kultivasi poppy akan menjadi kurang menarik bagi petani Afganistan, ketika dukungan harga yang dipicu oleh pelarangan napza global terkikis secara progresif. Tanpa sistem perdagangan adil yang diatur secara internasional, serta harga minimum yang dijamin secara spesifik, para petani poppy tidak akan mampu berkompetisi dalam sistem produksi internasional berskala industri.

Dapat saja terjadi bahwa permintaan pasar ilegal yang memiliki persamaan dengan skema *'Poppy (Opium) untuk Pengobatan'* [50] yang bermaksud baik tetapi buruk dalam pelaksanaan, memainkan peran yang berguna. Produksi ilegal yang telah ada dapat juga bermigrasi secara progresif ke dalam skema perdagangan adil yang legal untuk keperluan ekspor, diawasi dengan cara sama seperti produksi obat-obatan medis yang telah ada (contoh paling nyata adalah produksi di India) oleh berbagai badan napza PBB.

Setiap kemerosotan skenario pasar gelap akan, memiliki dinamika yang berbeda dibandingkan produksi ilegal terkini. Skenario-skenario ini akan beroperasi dalam skala lebih kecl dan, seperti koka di negara-negara Andes, akan memiliki implikasi sosial dan ekonomi. Dampak positif dari kemerosotan aksi ambil untung oleh para pelaku kriminal, konflik dan ketidakstabilan, akan ditimbang dalam hal pengurangan kesempatan ekonomi dan produk domestik bruto jangka pendek hingga medium.

[50] Lihat: **www.poppyformedicine.net**

Intervensi pengembangan yang lebih konvensional akan diperlukan untuk produsen koka dan opium yang berposisi pada dasar piramida produksi ilegal, yaitu mereka yang telah terdampak secara saling berlawanan oleh kemerosotan progresif peluang perdagangan ilegal, dan bagi mereka yang tidak dapat secara praktis memanfaatkan atau dapat meraih penghidupan dari transisi ke perdagangan legal pasca pelarangan napza. Ada pelajaran yang dapat diambil dari pengalaman ekstensif Pengembangan Alternatif *(Alternative Development-AD),* sebuah konsep yang telah gagal mencapai tujuan mengurangi produksi napza ilegal secara keseluruhan, tetapi telah menunjukkan bagaimana petani napza dapat beralih kepada penanaman non-napza; ketika konsep ini dijalankan dengan baik. Poin-poin penting untuk dipertimbangkan di sini termasuk:

- Pengembangan Alternatif perlu direncanakan dengan baik dan memperhatikan realita yang terjadi di lapangan. Di masa lalu, konsep ini telah dilaksanakan dari atas sebagai bagian dari strategi pemusnahan napza/penegakan hukum napza; partisipasi lokal dalam proyek pengembangan serta rasa kepemilikan pada program ini penting untuk diperhatikan.
- Kerapkali Pengembangan Alternatif dipandang sebagai program terpisah yang berbeda dari strategi pengentasan kemiskinan dan program-program pembangunan negara lainnya, sedangkan sebenarnya program-program ini tidak dapat dipisahkan satu sama lain.[51]
- Pengembangan Alternatif harus didanai dengan baik termasuk program keuangan mikro bagi para petani napza. Program harus berfokus pada tanaman yang bernilai ekonomi dan pasar yang menjanjikan. Program Pengembangan Alternatif perlu mengenali pengaruh program terhadap keamanan, pembangunan dan hak asasi manusia seperti halnya dengan pengaruh terhadap edukasi, kesehatan, pemerintahan, dan peluang ekonomi.

[51] J. Buxton, **'Alternative Development in Counter Narcotics Strategy: An Opportunity Lost?'**, (publikasi tertunda), 2009.

Tetapi ada perhatian nyata, bahwa ketika prioritas pengendalian dan pemusnahan napza yang diprakarsai oleh kebijakan pelarangan napza telah usai, demikian juga tingkat perhatian, dan sumber daya pengembangan yang dicurahkan untuk memiskinkan produsen napza tidak akan ada lagi.[52] Para produsen napza akan menjadi bagian besar dari masyarakat terpinggirkan yang kerapkali dinafikan atau dirugikan oleh upaya-upaya pengembangan internasional. Sebagian tanggung jawab seharusnya dipikul oleh negara konsumen napza, di saat proses transisi ini berlangsung. Barangkali tanggung jawab ini dapat dicurahkan melalui semacam *'Marshall Plan'* pasca perang napza. Di bawah perencanaan semacam itu, sebuah proporsi pengeluaran penegakan hukum pada sisi suplai akan direalokasikan pada wilayah-wilayah ekonomi produsen napza, yang kemudian telah dihancurkan. Pendanaan tersebut akan membantu pengembangan mata pencaharian alternatif, dan membangun pemerintahan dan infrastruktur negara yang memadai. Pendanaan dapat berasal dari *'dividen damai'* yang akan terkumpul di akhir perang napza, kemungkinan didukung oleh penerimaan pajak napza yang sah.

Dalam ranah pembangunan secara keseluruhan, baik pemerintah maupun organisasi non-pemerintah, telah secara nyata gagal mengatasi masalah-masalah yang ditimbulkan pelarangan napza terhadap pembangunan. Diskusi mengenai alternatif terhadap pelarangan napza hampir tidak ada. Kalaupun ada upaya-upaya yang dilakukan, hal tersebut kebanyakan simtomatis (upaya-upaya lokal untuk mengurangi pasar gelap napza dan dampak buruk akibat penegakan hukum perang napza; resolusi konflik, menitikberatkan pada respon-respon berlebihan atau penegakan hukum yang melibatkan pihak militer, dll). Upaya-upaya tersebut secara konsisten telah gagal mengatasi akar permasalahan yang berkaitan dengan napza.

Prinsip dasar dan struktur legal pelarangan napza itu sendiri hampir tidak pernah dipertanyakan sama sekali. Mereka dipandang sebagai seperangkat

[52] Keprihatinan yang serupa telah diekspresikan mengenai prioritas dan sumber daya yang dicurahkan terhadap perawatan (rehabilitasi) napza pasca pelarangan napza, seiring dengan agenda pengurangan tindak pidana napza menjadi kian tidak relevan.

struktur legal/politik yang absolut dan tak tergoyahkan, bukan sebagai sebuah pilihan kebijakan khusus yang dapat diubah-ubah. Pihak yang ikut bersalah atas kegagalan ini adalah gerakan reformasi napza dan keterlibatan domestik mereka yang kurang berperspektif global, tetapi secara umum, kurangnya keterlibatan para reformis napza pada skala lebih luas disebabkan oleh rasa takut. Membicarakan alternatif terhadap pelarangan napza masih dipandang sebagai hal tabu pada berbagai arena kebijakan tingkat tinggi, khususnya bagi sebagian besar badan-badan pembangunan yang dibiayai negara atau beroperasi mengikuti pola-pola dan panduan PBB.

Setiap gerakan reformasi pada isu napza harus dimulai dengan upaya berarti oleh badan –badan internasional, organisasi non-pemerintah, dan PBB; untuk menghitung biaya pembangunan sosial dan ekonomi pada komitmen global pelarangan napza, serta *'konsekuensi tak diinginkan'*, sebuah istilah yang dengan fasih ditekankan oleh UNODC.[53]

Evaluasi-evaluasi semacam itu akan mendorong dan mendukung dialog untuk menemukan langkah-langkah baru yang lebih efektif untuk melakukan reformasi kebijakan. Evolusi tersebut harus memicu ranah pengembangan lebih luas, yang pada akhirnya memiliki kesempatan untuk memperhatikan isu besar dan mendesak ini, dan untuk menciptakan kesempatan pengembangan yang lebih efektif dan lebih konstruktif daripada kebijakan sebelumnya.

4.5.1 Konsekuensi Lebih Luas dari Kelompok Kriminal Terorganisir

Pemikiran yang kerap diungkapkan seputar gerakan menuju regulasi pasar napza legal berfokus pada pertanyaan sederhana: *'apa yang akan dilakukan para pedagang napza di pasar gelap ketika keuntungan ekonomi yang dimungkinkan oleh pelarangan napza suatu hari nanti akan dihapuskan oleh perubahan kebijakan' ?* Nampak nyata bahwa gerakan menuju regulasi

[53] A. Costa, **'Making a Drug Control "Fit for Purpose": Building on the UNGASS Decade'**, UNODC, 2008.

legal pasar napza akan membuahkan dampak berbeda pada berbagai tingkat infrastruktur organisasi kriminal dan lingkungan tempat mereka beroperasi. Karena reformasi akan dilakukan secara bertahap dalam beberapa tahun dan tidak terjadi dalam semalam, infrastruktur organisasi kriminal pedagang napza akan mengalami periode kemerosotan kesempatan menangguk keuntungan yang berlangsung dalam waktu lama.

Tak diragukan lagi, beberapa pelaku kriminal akan mencari area aktivitas ilegal baru dan adalah realistis untuk memperkirakan adanya peningkatan pada area-area lain, seperti kejahatan dunia maya, pemerasan atau perdagangan ilegal lainnya. Bagaimanapun, dunia kriminal bagi sebagian besar kelompok adalah sebuah kesempatan, dan tidak mungkin untuk membayangkan adanya cukup kesempatan tak terlacak di dunia kriminal untuk menyerap sumber daya manusia yang saat ini beroperasi di pasar gelap napza dengan perputaran uang di sebuah wilayah sejumlah US$320 milyar per tahun di seluruh dunia. Walaupun ada pengalihan ke aktivitas kriminal lainnya, gambaran besar menunjukkan kemerosotan signifikan pada aktivitas kriminal jangka panjang. Meninggalkan pasar napza ilegal berarti mengurangi *kesempatan* terjadinya tindak kriminal.

Pemikiran ini, bagi sebagian orang, dapat digunakan sebagai dasar argumen menentang reformasi napza, karena nampaknya, ketika dipertimbangkan lebih dalam, seakan-akan mengadvokasi pelarangan napza sebagai jalan mempertahankan 'kerajaan perdagangan napza ilegal', sehingga kelompok kriminal terorganisir tidak perlu beralih pekerjaan. Kebalikannya, dari perspektif reformasi napza, argumen tersebut bermaksud untuk mengenyahkan kesempatan tindak kriminal terbesar di dunia, bukan saja memangkas pelaku kriminal saat ini, tetapi juga mencegah generasi berikut untuk terlibat dalam kejahatan napza. Mengakhiri pelarangan napza memiliki prospek mengalihkan jutaan anak-anak muda yang berpotensi terlibat menjadi produsen, penyelundup, dan pengedar napza, dari keterlibatan di dunia kriminal.

Bagi banyak orang yang terlibat di lapisan bawah ekonomi napza ilegal di negara-negara maju, seperti halnya lapisan bawah produksi napza di negara-negara berkembang, penyusutan perdagangan napza ilegal kemungkinan memiliki konsekuensi-konsekuensi negatif, memunculkan kesulitan ekonomi dalam jangka waktu singkat sampai menengah. Di luar berbagai dampak buruk sosial yang diciptakan oleh pasar ilegal, pasar napza ilegal menciptakan aktivitas ekonomi yang nyata dan menawarkan pekerjaan bagi banyak individu yang terpinggirkan dan tidak memiliki akses sosial, serta populasi yang memiliki keterbatasan pilihan ekonomi, khususnya di pusat-pusat kota besar. Dampak lebih luas dari proses reformasi kebijakan napza pada kelompok-kelompok tersebut perlu untuk dicantumkan sebagai faktor yang mempengaruhi wacana kebijakan sosial, ketika transisi meninggalkan pelarangan napza berlangsung.

"Para pengusaha ilegal secara umum merespon dekriminalisasi dan penyusutan pasar ilegal dengan satu di antara empat cara berikut :

- Sebagian di antara mereka berhasil melakukan transisi menuju perdagangan legal di bidang yang sama.

- Sebagian lagi mencoba bertahan dalam bisnis napza ilegal, baik dengan cara memasok produk dan layanan melalui kompetisi dengan pasar legal atau dengan mempekerjakan pelaku kriminal untuk mengambil kesempatan yang masih mungkin tersisa dalam era pasar legal napza. Sebagai contoh, setelah berakhirnya Pelarangan Alkohol, sebagian produsen alkohol ilegal terus memasarkan produk-produk mereka dengan menempa stempel pajak minuman beralkohol, mempekerjakan bartender bersenjata berat untuk membawa minuman beralkohol hasil impor ilegal, sembari berusaha untuk tetap bersaing dengan distribusi alkohol legal. Sebagian berusaha bertahan dengan memasok para penggemar setia *'corn whiskey'* sebelum dan sesudah Pelarangan Alkohol

- Respon ketiga para pengusaha alkohol dan napza ilegal, adalah dengan meninggalkan bisnis mereka yang sudah berjalan dan beralih pada aktivitas kriminal lain; baik bisnis ilegal maupun jenis kejahatan lainnya. Sesungguhnya, satu potensi konsekuensi negatif dekriminalisasi adalah

ketika banyak pelaku kriminal akan beradaptasi atas hilangnya penghasilan dari perdagangan napza dengan mengalihkan energi mereka pada kejahatan pencurian, di lain pihak akan ada pengurangan tindak kriminal yang dilakukan oleh orang dengan ketergantungan napza, karena mereka tidak lagi membutuhkan uang dalam jumlah besar untuk membeli napza ilegal dengan harga yang tidak masuk akal.

- Respon keempat, seseorang yang telah dan akan menjadi daya tarik bagi pengedar napza di masa lalu, masa kini dan para calon pengedar napza, akan secara bersama-sama melakukan aktivitas kriminal.

"Relatif sedikit bidang usaha kriminal yang dapat dibandingkan dalam hal pembayaran yang baik, tidak membutuhkan ketrampilan khusus, dapat dijangkau dengan mudah oleh pendatang baru, dan memiliki keuntungan kapitalis yang menarik bagi kaum miskin dengan edukasi rendah dan anak-anak muda di pusat-pusat kota besar. Selama masa Pelarangan Alkohol, puluhan bahkan ratusan ribu warga AS yang tadinya tidak berminat terlibat dalam kehidupan kriminal, kemudian terseret ke dalam bisnis ilegal memproduksi dan mendistribusikan alkohol; setelah penghapusan Pelarangan Alkohol, kebanyakan dari mereka kehilangan pekerjaan di ranah kriminal secara bersamaan. Banyak alasan kuat untuk memperhitungkan, bahwa dekriminalisasi napza akan memiliki dampak yang sama bagi sebagian besar individu yang terlibat dalam bisnis peredaran napza, yang terjun ke bisnis tersebut bukan karena sengaja terjun ke dunia kriminal, tetapi karena terpukau oleh daya tarik istimewa bisnis napza ilegal. Merupakan tantangan bagi para periset, tentunya, untuk memperkirakan proporsi relatif pengedar napza saat ini dan orang-orang yang berpotensi mengedarkan napza; yang akan merespon dengan satu dari empat pilihan respon yang sudah dipaparkan di atas. Tantangan yang lebih besar adalah untuk menentukan jenis-jenis kebijakan publik yang akan memaksimalkan proporsi respon yang akan meninggalkan aktivitas kriminal secara keseluruhan."

E. Nadelmann, **'Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition'**, Daedalus, 1994, 121, Hal. 87-132

Bacaan Lanjutan

Menjajaki Dampak Buruk Napza:

- Nutt *et al*., **'Development of A Rational Scale to Assess the Harms of Drugs of Potential Misuse'**, The Lancet, Vol. 369, Issue 9566, Hal. 1047-1053, 2007
- **'Brain Science, Addiction and Drugs'**, The Academy of Medical Sciences (UK), Chapter 5.3: **'Measuring the Harm Associated with the Use of Illegal Drugs'**, 2008
- Dokumen analisis resmi yang diserahkan Transform ke *Parliamentary Science and Technology Select Committee*: **'Scientific Advice, Risk and Evidence: How the Government Handles Them – Case Study on the Classification of Illegal Drugs'**, 2006
- M. Roberts, D. Bewley-Taylor, M. Trace, **'Monitoring Drug Policy Outcomes: The Measurement of Drug Related Harm'**, 2006

Riset-riset Efektif

- M. Trace, M. Roberts, A. Klein, **'Assessing Drug Policy: Principles and Practice'**, 2004

Perkembangan Sosial dan Ekonomi

- **'Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift'**, Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2009
- Transnational Institute Drugs and Democracy Programme. Kunjungi: **www.tni.org**

Pasar Napza Teregulasi dalam Praktik

5. Pasar Napza Teregulasi dalam Praktik

Setiap diskusi mengenai regulasi pasar napza legal tentu perlu untuk melibatkan ulasan pengalaman dan berbagai pembelajaran dari berbagai pendekatan terhadap napza yang saat ini legal, dan secara khusus, terhadap alkohol dan tembakau. Sementara berbagai kesalahan telah dibuat dalam penyusunan kebijakan alkohol dan tembakau pada abad yang lalu, respon-respon yang lebih tepat dan efektif kini telah dikembangkan, walaupun belum diterapkan secara universal.

Perlu dipahami bahwa status historis, kultural dan legal dari alkohol dan tembakau yang unik; efek dan pola penggunaan yang sangat berbeda dari kedua substansi ini; menyebabkan pada tingkatan tertentu, dibutuhkan realisme pragmatis dan kelenturan. Tetapi, walaupun telah ada hal-hal ideal di atas, tidak ada alasan tertentu untuk tidak mengembangkan pengelolaan kebijakan

alkohol dan tembakau berdasarkan atas tujuan-tujuan dan prinsip-prinsip kerja yang menjadi garis besar pemikiran dalam buku ini. Menu perangkat regulasi yang sama telah tersedia; keluaran-keluaran kebijakan yang sama telah diusahakan untuk dicapai. Karenanya, adalah selaras dan perlu untuk menggabungkan gerakan-gerakan menuju regulasi legal untuk napza yang kini masih ilegal; dengan seruan untuk memperbaiki regulasi napza yang sudah legal seperti alkohol dan tembakau.

Dalam kedua kasus tersebut, ada pengakuan bahwa status unik napza psikoaktif sebagai komoditas memerlukan perhatian khusus, dan tujuan umum pergeseran menuju model regulasi optimum dapat digunakan bersama, walau berbagai gerakan dimulai dari tempat-tempat yang berbeda dalam serangkaian kesatuan kebijakan dan menunjukkan adanya berbagai perangkat tantangan yang berbeda-beda. Demikian juga, tiap-tiap kasus di atas tengah berusaha mencapai tujuan-tujuan bersama dalam mengurangi dampak buruk pribadi dan sosial yang berkaitan dengan produksi, suplai dan penggunaan napza; dan promosi lebih luas tentang kesehatan dan kesejahteraan.

Bagaimanapun, masih ada satu perbedaan utama antara mengelola napza legal dan ilegal. Proses perbaikan pengelolaan alkohol dan tembakau telah dapat dipertanyakan, dan dalam derajat tertentu telah terjawab, pertanyaan-pertanyaan mengenai bentuk regulasi apa yang paling efektif. Pertanyaan-pertanyaan yang sangat penting; kerangka pemikiran legal terkini untuk mayoritas napza lain; menafikan kesempatan masyarakat untuk melakukan eksplorasi dalam konteks napza tersebut, eksplorasi dengan penuh kedalaman dan ketelitian yang memang patut dan harus dilakukan pada berbagai jenis napza di luar alkohol dan tembakau.

Pendekatan konsisten terhadap kebijakan semua jenis napza akan menolong membalikkan kesenjangan riset. Karenanya, pendekatan tersebut membawa harapan adanya perbaikan dramatis; bukan saja pada kebijakan seputar napza ilegal, tetapi juga pada kebijakan alkohol dan tembakau.

5.1 Alkohol

Agar kebijakan alkohol memiliki masa depan efektif, jelas bahwa keputusan-keputusan tidak populer harus ditetapkan, yaitu termasuk meningkatkan regulasi dan pembatasan ketat pada semua aspek pemasaran dan promosi.

Kebijakan alkohol menyediakan berbagai fakta tak ternilai untuk mendukung pengembangan model-model regulasi legal yang efektif bagi napza ilegal di masa depan. Ada berbagai kumpulan riset, publikasi, dan pengetahuan dalam ranah alkohol yang diterbitkan oleh pemerintah berbagai negara, organisasi non-pemerintah, akademisi, dan berbagai badan PBB termasuk, yang paling menonjol, yaitu Organisasi Kesehatan Dunia *(World Health Organization-WHO).* Sebagian dari riset-riset tersebut telah disebutkan dalam buku ini; lebih dari sekadar mengunjungi ulang analisis-analisis yang telah tersusun dengan baik, diskusi singkat ini akan lebih berfokus pada beberapa tema luas yang muncul dari isu alkohol, dan implikasinya terhadap napza lain.

Alkohol adalah napza psikoaktif yang memiliki efek toksik dan potensi menyebabkan ketergantungan. Karenanya, penting untuk mengetahui perbedaan alkohol dengan napza lain. Perbedaan-perbedaan ini bukan sekadar berkaitan dengan status hukum belaka.

Alkohol bersifat unik di antara berbagai jenis napza karena ia dapat berupa makanan/minuman. Alkohol sendiri, dapat dipecah menjadi gula, yang memiliki kandungan kalori. Kandungan kalori ini ditambahkan ke berbagai minuman, dan kadang kala makanan, yang dicampur dengan alkohol dan dikonsumsi. Di luar semuanya ini, kebanyakan minuman beralkohol memiliki peran dan kepentingan kultural tersendiri yang tidak secara langsung berhubungan dengan efek-efek intoksikasi alkohol. Sebagai contoh, alkohol telah lama digunakan dalam kegiatan memasak, atau sebagai komponen upacara

keagamaan. Diakui, bahwa dengan adanya ahli mencicipi anggur misalnya, minuman beralkohol tidak secara eksklusif dikonsumsi untuk menjadi mabuk.

Alkohol memiliki sejarah setua peradaban manusia, penggunaannya telah berakar dalam pada konteks sosial berskala luas dan upacara-upacara kultural, dalam mayoritas signifikan masyarakat dunia. Di luar kafein, alkohol adalah napza psikoaktif non-medis yang paling banyak digunakan di seluruh dunia. WHO memperkirakan, ada *'sekitar 2 miliar manusia di seluruh dunia mengkonsumsi minuman beralkohol, dan 76,3 juta di antaranya didiagnosa mengalami gangguan karena penggunaan alkohol'*. Skala penggunaan alkohol dan penetrasi kultural global-nya menolong menerangkan mengapa dampak kesehatan masyarakat pada alkohol hanya dapat dikalahkan oleh tembakau.

Bila ada sisi positif dari hal ini adalah, bahwa telah ada spektrum luas pendekatan kebijakan untuk mengendalikan alkohol yang telah dicoba diterapkan, dalam konteks sosial yang berbeda-beda, termasuk pasar bebas tanpa regulasi, berbagai formulasi penjualan berlisensi, monopoli negara, dan pelarangan total. Berbagai percobaan telah dilakukan di seluruh dunia dan sepanjang sejarah. Dari sudut pandang berbagai pengalaman ini, Laporan WHO berjudul Status Global Kebijakan Alkohol 2004 *(Global Status of Alcohol Policy 2004)* menyimpulkan bahwa:

> *Gabungan kebijakan yang menggunakan sistem pengenaan pajak dan pengendalian akses fisik, mendukung aksi pengurangan dampak buruk mengemudi dalam keadaan mabuk, dan yang berinvestasi secara luas dalam perawatan gangguan kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan alkohol dan secara khusus dalam perawatan kesehatan dasar, pembatasan pengiklanan dan kampanye kepedulian masyarakat, semuanya didasarkan atas fakta-fakta riset, cenderung untuk mencapai kesuksesan dalam negurangi masalah yang berkaitan dengan tingkat penggunaan*

> *alkohol (Edward et al., 1994). Jadi, untuk menjadi efektif, sebuah kebijakan alkohol yang komprehensif seharusnya tidak hanya menyertakan instrumen-instrumen untuk mengedukasi masyarakat tentang bahaya penggunaan alkohol berisiko, atau intervensi yang berfokus utama pada merawat atau menghukum mereka yang membahayakan kesehatan dan keselamatan diri sendiri atau orang lain, tetapi juga harus menetapkan regulasi dan dukungan lingkungan lainnya yang mempromosikan kesehatan seluruh populasi secara keseluruhan.*

Laporan ini menyarankan bahwa, dengan beberapa penyesuaian dan variasi yang diperlukan, dengan jelas menggambarkan pendekatan terhadap kebijakan dan regulasi napza yang diadvokasi secara lebih luas di sini. Jadi, kerap terjadi pengalaman yang membuka mata ketika membaca teks-teks yang dikeluarkan pihak berwenang tentang kebijakan pengendalian alkohol, mengubah kata *'alkohol'* menjadi *'napza'*, dan kata *'minum'* menjadi *'penggunaan napza'*.[54]

Konflik fundamental antara kebijakan kesehatan masyarakat, dan penjualan-konsumsi alkohol sebagai aktivitas yang didorong kepentingan komersial, adalah isu kunci, muncul berulangkali dalam literatur-literatur kebijakan alkohol. Isu ini memicu serangkaian kepedulian penting terhadap agenda kebijakan napza dan reformasi hukum yang lebih luas. Konflik ini lebih banyak dijelaskan secara diplomatis, sebagai contoh, dalam Kerangka Pemikiran Kebijakan Alkohol di WHO Wilayah Eropa *(Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region)*[55] yang mencatat bahwa:

> *Selain memiliki kandungan psikoaktif, minuman beralkohol juga diperhitungkan sebagai komoditas. Produksi dan penjualan minuman beralkohol, bersama dengan industri-industri*

[54] Untuk contoh serupa lihat: **'After the War on Drugs: Tools for the Debate'**, Transform Drug Policy Foundation, Hal. 16, 2006.

[55] Lihat: **www.euro.who.int/document/e88335.pdf**

pendukungnya, adalah bagian penting bagi ekonomi di banyak negara Eropa, menyediakan pekerjaan untuk banyak orang, pendapatan ekspor dari perusahaan produsen minuman beralkohol dan pemasukan pajak bagi pemerintah. Daya tarik ekonomi dan fiskal kerap menjadi penentu penting kebijakan yang dapat dilihat sebagai penghambat terhadap inisiatif-inisiatif kesehatan masyarakat. Diseminasi riset kesehatan masyarakat yang dapat menyeimbangkan daya tarik ekonomi dan fiskal merupakan hal terpenting.

Produsen dan pemasok alkohol memandang alkohol dari perspektif komersial, lebih daripada perspektif kesehatan masyarakat. Mereka tidak menanggung biaya sekunder dari penggunaan alkohol bermasalah; secara alami, motivasi utama mereka ada untuk mendapatkan keuntungan setinggi mungkin. Hal ini secara logis dapat dicapai dengan memaksimalkan konsumsi, baik pada populasi total maupun dalam istilah *per kapita.* Isu-isu kesehatan masyarakat hanya menjadi perhatian ketika mereka telah menjadi ancaman dalam proses meraih keuntungan, dan akan selalu menjadi hal sekunder dalam upaya memaksimalkan keuntungan.

Industri alkohol[56] secara historis telah berjuang untuk sesedikit mungkin dikendalikan oleh pemerintah. Industri alkohol mencapai hal ini dengan menggelar menu lobi tingkat tinggi yang kini lazim dilakukan, menciptakan kemarahan yang direkayasa dan sikap populis yang dibuat-buat ('pemerintahan yang terlalu protektif 'melawan 'hak seseorang untuk minum alkohol setelah bekerja', dll), ilmu pengetahuan yang meragukan (menciptakan kesan palsu bahwa ada perdebatan atau kontroversi nyata mengenai isu-isu seperti efektivitas pengendalian harga dan pemasaran), serta penyusunan kebijakan yang seakan-akan memperhatikan banyak aspek, padahal sebenarnya tidak.

[56] 'Industri minuman' atau 'industri alkohol' mengacu pada perwakilan perusahaan, dan badan-badan profesional, agen-agen pelobi dan hubungan kemasyarakatan yang didanai oleh pabrik minuman beralkohol atau pemasok alkohol untuk mewakili kepentingan mereka.

Di banyak negara, upaya-upaya industri alkohol ini telah terbukti sangat efektif untuk memecah perhatian, atau menunda, setiap penyusunan regulasi yang berarti. Sebagai tambahan, mereka kerap berhasil menyimpan informasi mengenai regulasi apa yang telah disahkan pada taraf sukarela, dengan tujuan agar regulasi tersebut dapat dinafikan atau disingkirkan sejauh mungkin hingga hampir tidak berdampak sama sekali.

Industri alkohol secara keseluruhan tidak akan pernah secara sukarela menuruti setiap kebijakan yang memuat regulasi lebih ketat, yang memungkinkan terjadinya penyusutan konsumsi dan keuntungan. Sedangkan regulasi adalah perangkat yang dibutuhkan untuk menangani isu khusus tentang perilaku minum berlebihan dan bermasalah, dan untuk mendukung evolusi umum menuju *'budaya minum secukupnya dan bertanggung jawab'*. Penting untuk mengingat bahwa perilaku minum berlebihan dan bermasalah menyumbangkan proporsi signifikan dalam keuntungan industri alkohol; perilaku semacam itu, secara sederhana, merupakan perilaku konsumen yang membawa keuntungan besar bagi industri alkohol. Perhatian terhadap isu ini telah mendorong pemberlakuan model pengendalian monopoli pemerintah dalam urusan suplai alkohol di beberapa negara. Beberapa contoh termasuk sistem *Systembolaget* di Swedia,[57] yaitu negara mengendalikan seluruh proses impor dan suplai; dan pemerintah provinsi mengendalikan alkohol yang dijual di *off-licence* (toko yang mempunyai lisensi menjual alkohol untuk dibawa pulang) di beberap provinsi di Kanada (Ontario dan Quebec). Model-model ini memiliki beberapa persamaan dengan Model Pasar Teregulasi yang diajukan untuk mengendalikan tembakau (Lihat: Hal.47).

Ada sebuah masalah yang berkaitan dengan politik di sini. Seperti yang digarisbawahi dalam laporan yang diterbitkan WHO Wilayah Eropa, pemerintah negara-negara sendiri menarik pemasukan pajak dari penjualan alkohol. Lebih jauh, industri alkohol secara signifikan mempekerjakan para pemilih potensial.

[57] Pada 2007, Uni Eropa mengumumkan bahwa sistem Swedia melanggar perjanjian perdangan bebas, memicu pertanyaan-pertanyaan serius mengenai peran pengendalian napza negara dalam kerangka pemikiran lebih luas perdagangan bebas internasional.

Faktor-faktor ini dikombinasikan dengan kekuatan lobi berskala luas dari badan-badan industri allkohol, dan tidak populernya isu pengetatan penjualan dan kenaikan harga alkohol di mata masyarakat, menciptakan penghalang-penghalang politik yang masif dalam mencapai reformasi efektif. Inilah masalah yang terjadi, walau pengetahuan mengenai hal-hal yang berhasil dari perspektif kesehatan masyarakat telah jelas (yaitu, mendorong pengurangan konsumsi atau mendorong konsumsi dalam tingkat sedang). Efeknya, banyak pemerintah berbagai negara telah terlibat dalam pertumbuhan krisis kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan alkohol.

Karena kebijakan alkohol memiliki masa depan efektif, adalah jelas bahwa keputusan-keputusan yang berpotensi tidak populer akan harus dibuat, yaitu peningkatan regulasi dan pembatasan ketat pada seluruh aspek pemasaran dan promosi. Bagaimana bentuk reformasi tersebut dikembangkan, digabungkan dengan keberhasilan-keberhasilan historis dan kegagalan dalam pengendalian alkohol, akan terus menerus menyediakan sumber-sumber pengetahuan yang kaya di masa depan , yaitu pasar yang teregulasi secara legal; yang dapat menjadi sumber pembelajaran.

Bacaan Lanjutan

- **'Global Status Report: Alcohol Policy'**, World Health Organization, 2004 (dampak alkohol terhadap kesehatan masyarakat di seluruh dunia).
- **'The Global Alcohol Status Report'**, World Health Organization, 2004 (pendekatan kebijakan yang berbeda di seluruh dunia, beserta efektivitas mereka)
- **'Working Document for Developing a Draft Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol'**, World Health Organization, 2009
- **'50 Best Collection: Alcohol Harm Reduction'**, International Harm Reduction Association, 2008

5.2. Tembakau

Tembakau adalah napza psikoaktif yang paling banyak dkonsumsi setelah kafein dan alkohol. Tembakau, dihubungkan dengan dampak buruk kesehatan dalam tingkat yang tidak proporsional, dengan skala yang melampaui gabungan seluruh jenis napza. Seluruh dampak buruk kesehatan masyarakat ini secara dominan dihubungkan dengan perilaku menghisap tembakau; berkaitan dengan kecenderungan tembakau yang tinggi untuk mengakibatkan ketergantungan,[58] di samping fakta bahwa tembakau tidak mengakibatkan intoksikasi ke tingkat yang secara signifikan menghambat fungsi tubuh. Kombinasi ini memicu pola penggunaan dengan frekuensi ketergantungan yang tinggi. Banyak perokok mengkonsumsi nikotin lebih dari 20 kali sehari, untuk jangka waktu lama, biasanya selama beberapa tahun.

Di samping risiko tinggi yang dimiliki oleh perilaku merokok (sekitar setengah jumlah perokok akan meninggal prematur sebagai akibat dari penggunaan mereka), tingkat intoksikasi rendah yang dihasilkan nikotin secara historis tidak menarik kecaman moral yang memicu gerakan kemarahan dan membentuk banyak pemikiran pelarangan yang menghukum pada napza lain. Hanya saja, tembakau telah mengasumsikan sebuah peran unik dalam masyarakat, pola ketergantungan napza yang sangat terlihat diasosiasikan dengan dampak kesehatan kronis berisiko tinggi, di banyak tempat di dunia, satu dampak yang sampai saat ini telah dikomersialisasikan dengan sangat agresif dan diterima secara sosial diterima di semua lingkungan masyarakat.

Bencana kesehatan masyarakat yang dihubungkan dengan merokok tembakau, pada akhirnya menuju pada munculnya serangkaian respon kesehatan masyarakat dan respon regulasi yang lebih pragmatis di beberapa negara. Seperti alkohol, rangkaian lengkap berbagai respon kebijakan tembakau dapat diobservasi dan dipelajari, dan ada sekumpulan penting pengetahuan berkaitan

[58] Efek awal tembakau muncul secara cepat, waktu paruh yang pendek, dihubungkan dengan perkembangan toleransi dan pemisahan efek-efek gejala putus obat dan keinginan kuat untuk menggunakan, sebagai efek-efek psikologis utama yang dihubungkan dengan habituasi terhadap berbagai ritual konsumsipribadi dan kultural.

yang dapat dijadikan referensi. Sekarang ini, ada konsensus nyata seputar tipe-tipe intervensi dan regulasi pasar yang nampaknya mampu menghasilkan keluaran-keluaran kebijakan yang lebih baik. WHO mendukung Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau (*Framework Convention on Tobacco Control)*, yang menghasilkan kesimpulan seperti berikut:

Penetapan Kebijakan Kunci Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau (Framework Convention on Tobacco Control-FCTC)[59]

- Meningkatkan pajak tembakau
- Melindungi warga negara dari paparan asap tembakau di tempat kerja, sarana transportasi publik dan ruang publik yang tertutup
- Memberlakukan pelarangan komprehensif pada pengiklanan, promosi dan upaya sokongan dari perusahaan tembakau.
- Meregulasi kemasan dan pelabelan produk-produk tembakau untuk mencegah penggunaan istilah-istilah yang menyesatkan dan memperdaya seperti *'light'* dan *'mild'*
- Meregulasi kemasan dan pelabelan produk-produk tembakau untuk memastikan bahwa peringatan produk yang tepat telah disampaikan ke konsumen, sebagai contoh, kewajiban menempatkan peringatan kesehatan di seputar kemasan rokok yang mencakup setidaknya 30% (tetapi idealnya adalah 50% atau lebih) dari area pajang utama dan dapat termasuk gambar-gambar atau piktogram.
- Meregulasi pengujian dan pengungkapan isi dan emisi produk-produk tembakau
- Mempromosikan kesadaran publik mengenai isu-isu pengendalian tembakau dengan memastikan akses luas terhadap program-program

[59] Lihat versi lengkap Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau PBB, disini : **www.who.int/fctc/en/**

kesadaran publik dan edukasi komprehensif mengenai risiko kesehatan penggunaan tembakau dan pemaparan pada asap tembakau

- Mempromosikan dan melaksanakan program-program efektif yang bertujuan mempromosikan penghentian penggunaan tembakau
- Memerangi penyelundupan, termasuk pencantuman penandaan tujuan akhir produk pada kemasan.
- Melaksanakan legislasi dan program-program untuk melarang penjualan produk-produk tembakau pada anak-anak di bawah umur
- Melaksanakan kebijakan-kebijakan untuk mendukung sumber-sumber pendapatan alternatif yang mungkin dikembangkan secara ekonomis, untuk pekerja di bisnis tembakau, petani tembakau, serta penjual individu

Menariknya, Konvensi Pengendalian Tembakau ini memiliki 168 penandatangan, menunjukkan adanya konsensus internasional yang kuat di balik kerangka kerja legal yang secara spesifik mengembangkan regulasi efektif pasar napza non-medis. Tingkatan konsensus ini lebih ekuivalen terhadap konsensus yang pernah ada ; dan mendukung 3 perjanjian internasional PBB tentang napza, yang mendefinisikan sistem paralel yang berlawanan dengan pelarangan absolut pada hampir semua pasar napza non-medis. (Lihat: *Lampiran 1*, Hal. 217)

Benar-benar berlawanan dengan napza yang dilarang, di negara-negara berkembang, tembakau, menjadi kian berkurang popularitasnya, bukan menjadi kian populer ; penggunaan tembakau telah jauh menurun sejak tahun 1970-an. Hal ini ada kaitannya dengan kombinasi edukasi kesehatan masyarakat, yang meningkatkan kesadaran tentang risiko-risiko kesehatan yang sebelumnya kurang dipahami, serta meluasnya penggunaan pengendalian pasar seperti yang ditekankan oleh WHO, yang akhir-akhir ini dikombinasikan dengan pelarangan konsumsi tembakau pada ruang publik tertutup. Pengekangan pemasaran komersial yang tak terkendali yang memicu ledakan penggunaan

tembakau (khususnya sigaret) pada paruh awal abad lalu adalah hal yang sangat penting.

Tetapi yang mengkhawatirkan, pola ini bukan universal. Konsumsi tembakau menjadi makin populer dalam jumlah besar di negara-negara berkembang dan negara industri baru. Pada area-area ini, tembakau dipasarkan secara agresif, seringkali sebagai produk yang menggambarkan gaya hidup kebarat-baratan, yang merupakan hal ironis, mengingat popularitas tembakau di negara-negara barat justru tengah memudar. Pemegang kendali di balik pengiklanan tembakau yang telah secara efektif membelokkan prioritas kebijakan di masa lalu belum kehilangan kekuatan potensial mereka. Keberadaan mereka menyuarakan peringatan yang jelas tentang adanya sifat koruptif dalam motivasi mengeruk keuntungan pada pasar napza.

(Lihat: *Model Pasar Tembakau Teregulasi*, Bab 2, Hal. 47)

Pengurangan Dampak Buruk Tembakau: Tembakau Tak Berasap

Dampak buruk tembakau pada dasarnya berkaitan dengan penghirupan asap, bukan sekedar konsumsi nikotin semata-mata. Sama dengan tema gradasi regulasi atau gradasi dampak buruk yang dieksplorasi pada bab sebelumnya, ada keuntungan-keuntungan kesehatan masyarakat yang dapat diraih dari mengeksplorasi dan mengembangkan pasar untuk; dan penggunaan produk-produk tembakau atau nikotin tanpa asap yang lebih aman sebagai alternatif terhadap rokok.

Peningkatan penggunaan berbagai sistem penghantar nikotin, [seperti alat hirup *(inhaler),* permen karet, dan plester nikotin *(patch)*] sebagai alat bantu berhenti merokok adalah sebuah perkembangan yang disambut baik, telah menyebarluas, dan sudah seharusnya didukung keberadaannya secara aktif. Bentuk dukungan dapat termasuk peningkatan akses, demikian juga penurunan harga (disubsidi bila diperlukan) sehingga orang-orang yang mengalami

ketergantungan nikotin dalam tingkatan terberat, khususnya, mereka yang berpendapatan rendah, dapat membeli produk-produk tersebut.

Tetapi penggunaan berbagai sistem penghantar nikotin sebagai alat bantu berhenti merokok berada dalam model medis yang secara spesifik bertujuan mencapai abstinensia atau berhenti menggunakan secara total. Hal ini adalah respon kesehatan masyarakat terhadap tembakau yang penting dan telah terbukti; tetapi, penggunaan berbagai alat bantu berhenti merokok bukanlah hal yang dibutuhkan oleh orang-orang yang ingin tetap mengkonsumsi nikotin, atau akan tetap melanjutkan mengkonsumsi nikotin apa pun intervensi yang dilakukan pada mereka. Produk-produk oral tembakau tanpa asap (termasuk *'Snus'* dan *'Bandits'*) menawarkan sediaan tembakau alternatif atau metode konsumsi tembakau yang potensial, yang diperkirakan 90% lebih aman daripada rokok.[60]

Bagaimanapun, penggunaan produk-produk tersebut hanya dapat terjadi bila ada kesempatan memilih produk dengan informasi yang cukup, dan hanya akan bermanfaat sebagai pijakan aman di kalangan konsumen rokok terkini bila produk-produk tersebut pada taraf tertentu dipromosikan sebagai sebuah alternatif. Di berbagai tempat, alat bantu berhenti merokok tidak tersedia secara luas; produk-produk ini, sebagai contoh, secara efektif dilarang dijual pada kebanyakan negara anggota Uni Eropa.

Semetara pelarangan ini, seperti halnya pelarangan napza jenis lain, dilakukan dengan serius, maka hasil yang didapat adalah; produk tembakau yang pada dasarnya lebih aman dari rokok saat ini tidak tersedia sebagai alternatif rokok.

Produk tembakau oral *'Snus'* sangat populer di Swedia, memiliki pengecualian terhadap larangan penjualan yang diberlakukan Uni Eropa. Kebijakan ini merupakan kebalikan dari kebijakan pelarangan tembakau di Swedia yang merupakan salah satu yang paling ketat di Eropa. Telah dipaparkan dengan meyakinkan bahwa tingginya tingkat penggunaan tembakau oral di Swedia berkorelasi dengan fakta bahwa negara ini memiliki tingkat perokok terendah di antara negara-negara maju. Terdapat penurunan besar dalam jumlah perokok

[60] C. Bates *et al.*, **'European Union Policy on Smokeless Tobacco: A Statement in Favour of Evidence Based Regulation for Public Health',** Tobacco Control, 2003, Vol. 12, Hal. 360-367.

di Swedia, khususnya dalam populasi laki-laki, dari 40% pada 1976 menjadi 15% pada 2002, sebagian dikaitkan dengan peningkatan penggunaan *Snus* dalam waktu yang hampir bersamaan.[61]

Tentu, banyak ahli perawatan kesehatan dan legislator yang dapat dimaklumi, tidak antusias untuk secara aktif mempromosikan penggunaan bentuk tembakau tanpa asap, dibandingkan dengan terapi substitusi nikotin atau program berhenti merokok secara langsung. Tetapi, banyak banyak bukti dari model Swedia yang menyarankan bahwa *Snus* dan produk-produk serupa lainnya dapat menolong konsumen untuk berhenti merokok, dan juga menyediakan alternatif tembakau yang lebih aman.

Terdapat pertanyaan-pertanyaan etis dan praktis yang cukup sulit dijawab mengenai bagaimana produk-produk tersebut dapat diperkenalkan ke pasar, dan kemudian diregulasi dan dipromosikan secara bertanggung jawab; sehingga, dapat meyakinkan para perokok untuk berhenti atau bergeser dari konsumsi rokok, dan juga tidak mendorong perilaku konsumsi tembakau segar pada konsumen baru tembakau. Tetapi, tantangan-tantangan ini bukanlah tidak dapat teratasi. Potensi keuntungan besar di bidang kesehatan masyarakat adalah ketika badan-badan berwenang berdasarkan dasar-dasar kesehatan masyarakat semata-mata, dengan serius mempertimbangkan opsi reformasi undang-undang yang sepatutnya. Riset dan studi-studi perintis harus dilakukan, seperti yang sepatutnya, untuk mengeksplorasi langkah-langkah ke depan yang potensial.

Bacaan Lanjutan

- **'50 Best Collection: Tobacco Harm Reduction'**, International Harm Reduction Association, 2008
- R. Cunningham, **'Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War'**, IDRC, 1996

[61] J. Foulds *et al.*, **'Effect of Smokeless Tobacco (Snus) on Smoking and Public Health in Sweden'**, Tobacco Control, 2003;12, Hal. 349-359.

Model-Model Diskusi yang Diajukan untuk Napza Ilegal

Pertama-tama, sangat penting untuk mengulang-ulang bahwa model-model yang diajukan di bawah ini hanyalah: proposal yang bertujuan untuk memicu diskusi lebih lanjut. Perlu diketahui juga bahwa model-model yang diajukan di sini merefleksikan latar belakang para penyusun buku yang berasal dari belahan bumi 'barat'. Lingkungan-lingkungan lainnya, dan populasi pengguna lainnya, akan memerlukan cara berpikir berbeda, yang cocok secara regional. Karenanya, kami telah membangun derajat keterbukaan dan kelenturan ke dalam proposal-proposal ini. Secara khusus, kami telah menekankan potensi-potensi untuk regulasi , penegakan hukum dan/atau penempatan pengendalian tambahan yang berskala lebih besar atau lebih kecil.

5.3. Ganja

(Lihat juga: *3.1.1. Produksi Ganja Legal*, Hal. 54 dan *Lampiran 2*, Hal.251)

Berbagai sumber bahan bacaan, riset dan pengalaman nyata di dunia; dapat digunakan untuk membantu analisis perencanaan model-model legal suplai dan penggunaan ganja. Faktanya, untuk napza yang diatur dalam konvensi-konvensi napza PBB, ganja telah secara unik terbentang sepanjang spektrum pengendalian napza, dengan contoh-contoh hampir semua pendekatan regulasi berbasis bukti di seluruh dunia. Kebijakan-kebijakan ganja bervariasi dari pelarangan ekstrem hingga suplai dan penggunaan semi-teregulasi secara legal

Relevansi tertentu adalah pengalaman Belanda dengan sistem *'kedai kopi'* nya yang unik, sebuah sistem lisensi legal *de facto* untuk suplai dan penggunaan ganja, yang telah berlangsung sejak 1976. Pada tingkatan tertentu, sistem ini memiliki berbagai masalah. Isu utama adalah yang dikenal dengan '*masalah pintu belakang'* atau '*back door problem'*; yaitu, fakta bahwa sementara

kepemilikan dan suplai ganja oleh *'kedai kopi'* ditoleransi; kepemiikan ganja menjadi legal secara efektif dan suplai ganja dari *'kedai kopi'* mendapatkan lisensi, tetapi produksi ganja justru tetap berstatus ilegal.

Artinya *'kedai kopi'* dipaksa untuk mendapatkan pasokan ganja dari pasar ilegal. Situasi paradoks ini berkaitan erat dengan pembatasan oleh konvensi-konvensi napza PBB, karena Belanda merupakan salah satu penanda tangan.

Fakta bahwa sistem suplai legal *de facto* Belanda adalah unik di kalangan negara-negara dengan wilayah geografis yang berdekatan telah menyebabkan masalah *'turisme ganja'* di wilayah-wilayah perbatasan, dengan sejumlah besar pembeli yang memasuki Belanda semata-mata hanya untuk membeli ganja. Pendekatan pragmatis Belanda juga telah membuat mereka menjadi target serangan politik terpadu dan target kritik dari para penentang reformasi kebijakan napza di tingkat internasional.

Meskipun demikian, model-model lisensi untuk *'kedai kopi'* pada dasarnya telah terbangun dengan baik. Terbukti, model-model tersebut berfungsi efektif tanpa adanya masalah-masalah signifikan. Ketika muncul masalah spesifik, kebijakan kemudian disesuaikan, regulasi-regulasi diperkenalkan atau diperketat, dan beberapa *'kedai kopi'* yang tidak mematuhi aturan telah ditutup. Tentu, kemajuan-kemajuan ini tidak dapat dicapai tanpa kontroversi. Tetapi, kesuksesan pendekatan ini secara keseluruhan sejak diperkenalkan pada pertengahan 70-an, membawa pada meningkatnya dukungan dari tokoh-tokoh kunci di masyarakat termasuk polisi, legislator dan badan-badan kesehatan masyarakat, serta masyarakat Belanda pada umumnya.

Perbandingan-perbandingan internasional dipenuhi dengan berbagai masalah metodologis, meski demikian, adalah nyata bahwa Belanda tidak mencatat adanya kenaikan tingkat penggunaan ganja dibandingkan dengan negara-negara tetangganya, yang tidak menggunakan pendekatan toleran seperti Belanda dan gerai-gerai berlisensi, meremehkan opini sederhana bahwa ketersediaan legal adalah faktor kunci dalam menetapkan prevalensi

penggunaan. Yang pasti, *'skenario mimpi buruk'* yang kerap diramalkan oleh para penentang regulasi legal telah gagal terwujud.

Baru-baru ini, California dan negara-negara bagian AS lainnya telah mengembangkan model suplai ganja medis. Skema-skema ini secara luas kerap tidak dapat dibedakan dari model suplai teregulasi non-medis yang diajukan dalam buku ini. Sesungguhnya, walau sedikit kontroversial, sebuah proporsi suplai *'medis'* telah secara nyata menjadi infrastruktur suplai non-medis *de facto*. [62]

Analisis risiko kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan ganja, secara historis telah dikacaukan dengan, dan dibelokkan oleh debat politis tentang status legal ganja itu sendiri. Tetatpi, bila dipandang secara objektif, risiko yang berhubungan dengan penggunaan ganja telah dipahami dengan baik dan telah dicatat secara mendalam. Terdapat risiko-risiko tertentu yang dihubungkan dengan penggunaan rutin dalam jumlah besar (terutama penggunaan varietas ganja yang lebih kuat potensinya), penggunaan oleh individu pra dewasa, penggunaan oleh individu yang memiliki masalah kesehatan jiwa, dan kerusakan paru-paru karena merokok ganja, terutama ketika dicampur dengan tembakau.

Toksisitas akut dan kronis, serta kecenderungan munculnya ketergantungan relatif rendah dibandingkan dengan napza lain yang kerap digunakan, termasuk tembakau dan alkohol. Kebanyakan penggunaan ganja adalah pada tingkatan sedang, penggunaan pada waktu-waktu tertentu saja dan tidak memiliki dampak buruk yang signifikan, mengingat bahwa, seperti di berbagai tempat lain, perhatian regulator dan legislator perlu memfokuskan sumber daya pada pengguna dari golongan minoritas yang mengalami atau cenderung mengalami masalah yang sebenarnya.

[62] Hal ini lebih merupakan sebuah observasi, bukan seubah anjuran langkah kebijakan; beberapa waktu lalu, Transform telah menuliskan tentang perlunya memisahkan isu ganja medis dan non-medis.

Di luar berbagai perbedaan nyata, sifat alami dan meluasnya penggunaan ganja berarti bahwa, lebih dari napza ilegal lainnya, ganja menyesuaikan diri melalui pembelajaran yang didapat dari pengalaman pengendalian alkohol dan tembakau. Dalam kapasitasnya, Konvensi Kerangka Kerja Pengendalian Tembakau WHO (yang nyaris dapat diadaptasi untuk ganja hanya dengan semata-mata mengganti kata-kata, lihat Hal. 142), dan panduan WHO tentang regulasi alkohol, menyediakan sebuah dasar yang kuat bagi model-model regulasi ganja.

Model Diskusi yang Diajukan untuk Regulasi Ganja

MODEL-MODEL REGULASI DASAR

- Model-model dasar akan melibatkan berbagai bentuk penjualan berlisensi, untuk konsumsi di tempat atau untuk dibawa pulang, hal ini akan bergantung pada pengendalian-pengendalian yang disebutkan di bawah ini, dan tidak mengecualikan model penjualan apotek yang potensial.
- Model pasar teregulasi (lihat: halaman 47) bisa menjadi sebuah langkah maju yang tepat ketika infrastruktur suplai legal dan gerai-gerai diawali. Tugas utama setiap badan regulasi adalah untuk mengelola suplai untuk mencegah munculnya produk-produk bermerk dan membatasi semua bentuk pemasaran dan promosi yang bertujuan menarik keuntungan.
- Dibebaskan dari pengaruh yang membelokkan dalam debat penggunaan non-medis, model peresepan ganja mendukung penggunaan medis ganja, atau derivat-derivatnya, dapat dikembangkan berdasarkan bukti. Model-model ini akan memperkirakan tingkat penggunaan yang jauh lebih rendah di masa mendatang daripada kasus penggunaan saat ini.

PENGENDALIAN TERHADAP PRODUK

Dosis dan Sediaan:

- Pengendalian dapat mengelola kekuatan/potensi herbal atau bentuk resin dari ganja, berdasarkan proporsi relatif zat aktif (yaitu, rasio *tetrahidydrocannabinol* [THC] terhadap *cannabidiol* [CBD]. Persentase kandungan maksimum dan minimum dapat ditentukan.
- Pengendalian dapat ditetapkan untuk mengatasi potensi keberadaan kontaminan beracun: sebagai contoh, pestisida, pupuk, atau agen-agen biologis seperti jamur.[63]
- Berbagai tipe produk ganja dari produsen yang berbeda-beda masih dapat diidentifikasi berdasarkan nama dan produsen, mungkin dengan model sertifikasi *'appelation d'origine controllee'.* Produk-produk ganja generik dapat juga diusahakan tersedia, menjadi subjek pengendalian seperti yang sudah dibahas di atas.
- Ganja yang dipersiapkan untuk konsumsi oral (contoh: kue atau brownies) akan perlu dijual dalam unit-unit terstandarisasi berlabel, berdasarkan berat dan kandungan zat aktif/kekuatan per unit produk ganja. Terdapat isu-isu tertentu seputar kesulitan dalam menentukan dosis/swa-titrasi ketika ganja dimakan.
- Di sebagian negara Eropa ada hubungan kuat antara penggunaan tembakau dan ganja yang sering digunakan bersama. Gerai-gerai legal dapat menjadi ujung tombak menangani masalah kesehatan, menolong membawa perubahan kultural dan perilaku yang akan meminimalkan penggunaan tembakau yang dicampur dengan ganja.

[63] Lihat, sebagai contoh: Netherlands Government Guidelines**: 'Guidelines for Cultivating Cannabis for Medicinal Purposes: Annex to the Regulation of the Minister of Health, Welfare and Sport of 9 January 2003'**, Hal. 60.

Pengendalian Harga

- Harga tetap per unit atau harga minimal/maksimal dapat diperinci, dengan penetapan pajak diperhitungkan per unit berat atau persentase bahan dasar.
- Sediaan yang lebih murni atau berpotensi lebih tinggi dapat ditetapkan berharga tinggi/berpajak tinggi.
- Harga cenderung sama atau sedikit lebih rendah dari napza di pasar ilegal. Harga relatif rendah, dan kebutuhan untuk menghentikan keuntungan produksi dan penjualan di pasar gelap tidak terlalu menyulitkan seperti pada napza jenis lain.

Pengendalian Pengemasan

- Kemasan anti rusak, ketika dibutuhkan.
- Wadah yang tidak mudah dibuka oleh anak-anak (botol pil medis/kotak kaleng).
- Pelabelan standar: isi (kekuatan/potensi), unit, peringatan kesehatan, tanggal kedaluwarsa dll. Perincian lisensi si pembeli seperti yang telah ditetapkan.

Penjualan untuk penggunaan di tempat tidak memerlukan persyaratan di atas.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMASOK / GERAI SUPLAI

Pengiklanan / Promosi

- Penggunaan ganja melekat pada kebanyakan budaya populer. Produk-produk ganja dan ikonografi produk secara umum adalah tidak bermerek dan generik., jadi pelarangan total hal-hal yang termasuk promosi atau pengiklanan ganja akan menjadi tidak praktis. Pengendalian yang masuk akal terhadap pemaparan ganja pada anak dan anak muda kemungkinan lebih mudah diterapkan,

tetapi akan tetap sulit untuk didefinisikan dan ditegakkan secara global. Tetapi, praktik baik dan bukti-bukti dari pengendalian ganja terkini telah secara luas diaplikasikan pada berbagai jenis napza; legal dan ilegal; pengendalian melalui media anak muda dan pengiklanan akan dapat diaplikasikan lebih luas.

- Pembelajaran yang nyata dapat dipelajari dari pengalaman pembatasan promosi dan pemasaran alkohol dan tembakau. Area pengendalian pengiklanan ganja yang lebih realistis mencakup:
  - Pengiklanan lokasi penjualan komersial dapat dibatasi baik dalam isi dan cakupan, sebagai contoh, hanya diperbolehkan pada publikasi tertentu, atau tempat-tempat khusus dewasa. Pelarangan total pada pengiklanan yang mempromosikan tempat tidaklah realistis. *'Kedai kopi'* di Belanda tidak diperkenankan untuk beriklan tetapi pada skala tertentu, praktik pelarangan berfungsi untuk memastikan agar penggunaan ganja berada pada tingkat sedang, bukan benar-benar pelarangan total.
  - Pembatasan dapat ditetapkan pada papan penanda tempat/ gerai. Di Belanda, *'kedai kopi* 'diperbolehkan membuat referensi eksternal terhadap ganja atau menggunakan penggambaran yang berhubungan dengan ganja. Penggambaran rastafari, gambar daun palem, dan kata-kata *'coffee shop'* atau '*kedai kopi'* telah menjadi penanda yang umum digunakan.
  - Pembatasan dapat ditetapkan pada pengiklanan tipe-tipe tertentu alat-alat yang sudah dikenal digunakan untuk menggunakan napza jenis tertentu.

Lokasi / Kerapatan Antar Gerai

- Pengendalian zona dapat diberlakukan oleh otoritas lokal pemberi lisensi dengan cara yang sama dengan memberi lisensi gerai penjualan alkohol. Pengendalian dapat juga diberlakukan terhadap ukuran dan tipe gerai. Kasus ini terjadi di Belanda ketika, sebagai contoh, beberapa pemerintah kota tidak mengizinkan keberadaan *'kedai kopi'* ganja (karena terjadinya *'turisme ganja'* domestik), dan beberapa pemerintah kota lainnya, menutup *'kedai kopi'* yang berada di sekitar sekolah. Hal terakhir nampaknya terlalu berlebihan dalam situasi hunian kota yang padat, dan kemungkinan lebih didorong oleh dipengaruhi oleh motivasi politis, pengendalian serupa yang telah digunakan untuk mengelola bar/off licenses (gerai penjualan ganja untuk dibawa pulang) sudah cukup memadai dalam kasus-kasus tersebut.

Pemberian Lisensi pada Pemasok , Secara Umum

- Secara luas serupa dengan pemberian lisensi pada pemasok alkohol komersial.
- Persyaratan tambahan yaitu pelatihan kesehatan dan keselamatan bagi para pemasok, contohnya, membatasi penjualan pada individu yang sudah dalam keadaan mabuk, menawarkan saran-saran yang berkaitan dengan layanan, dll.
- Pembagian tanggung jawab, contohnya: gangguan publik di lingkungan terdekat, sampah, biaya keamanan lokal.
- Di awal, gerai akan dibatasi untuk menjual atau menyediakan tempat konsumsi hanya untuk ganja saja. Di Belanda, pelarangan penjualan napza jenis lain, termasuk alkohol, adalah persyaratan lisensi yang tidak bisa ditawar-tawar.

- Semua pemasok akan disyaratkan untuk mempromosikan cara-cara penggunaan ganja yang aman, dan menyediakan informasi napza secara jelas, demikian juga informasi tentang layanan napza yang berkaitan.
- Gerai yang juga menawarkan makanan atau pertunjukan musik akan dikenakan persyaratan yang sama di bawah infrastruktur regulasi lokal.
- Waktu beroperasi yang diizinkan akan ditetapkan oleh otoritas lokal pemberi lisensi.
- *'Kedai kopi'* di Belanda dibatasi untuk hanya menyimpan persediaan ganja sebesar kurang dari 300 gram setiap kalinya. Hal ini dirancang untuk mengendalikan suplai *'pintu belakang'* ilegal; pembatasan ini mungkin tidak diperlukan untuk gerai berlisensi di bawah skenario produksi yang teregulasi secara legal.

Penjualan dalam Jumlah Besar / Pengendalian Pendistribusian

- Pembatasan penjualan dalam jumlah besar dapat ditetapkan, menentukan ambang batas masuk akal untuk penggunaan pribadi. Batas 5 gram berlaku di Belanda. Tidak ada yang bisa menghalangi pembelian berganda dari gerai yang berbeda-beda; tetapi kemudahan mendapatkan ganja membuat isu pembelian berganda tidak terlalu penting untuk dibahas.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMBELI / PENGGUNA

Pengendalian Akses Berdasarkan Usia

- Pemasok akan disyaratkan untuk memberlakukan pembatasan usia berdasarkan sistem identifikasi, akses berdasarkan usia tertentu akan ditentukan secara lokal tetapi cenderung untuk sejalan dengan pembatasan akses berdasarkan usia pada alkohol dan tembakau. Di

Belanda, batas usia individu yang diizinkan membeli dari *'kedai kopi'* adalah 18 tahun.

Derajat Intoksikasi Pembeli

- Pemasok akan disyaratkan untuk menolak menjual pada individu yang nampak jelas sedang berada dalam keadaan mabuk, sesuai dengan seperangkat panduan yang jelas. Keadaan mabuk akan menjadi perhatian paling utama.

LISENSI UNTUK PEMBELI / PENGGUNA

- Pengalaman Belanda mengajarkan bahwa lisensi membeli kemungkinan tidak diperlukan. Tetapi dapat tetap diberlakukan dalam skenario-skenario tertentu, baik sebagai bagian dari proses perkenalan produk, atau ketika masalah-masalah tertentu timbul. Sebagai contoh, di beberapa lokasi di Belanda diberlakukan aturan yang membatasi penjualan ganja hanya untuk warga Belanda, untuk mengatasi masalah perdagangan ganja antar perbatasan negara, dan baru-baru ini ada juga pembahasan wacana membatasi *'kedai kopi'* hanya untuk anggota saja.

Pembatasan pada Lokasi-Lokasi yang Mengizinkan Konsumsi di Tempat

- Undang-undang zonasi yang biasa digunakan dalam pengendalian alkohol dapat menandai ruang-ruang publik, atau area-area dengan potensi isu gangguan ketertiban umum, seperti area bebas asap rokok. Undang-undang semacam ini mendukung dan membangun peraturan lokal mengenai mabuk di ruang publik atau tuntutan pidana atas perilaku tersebut.

- Pembatasan merokok di ruang publik tertutup seperti yang sudah diberlakukan pada pengendalian tembakau juga akan dapat diaplikasikan dalam pengendalian perilaku merokok ganja.[64] Seperti halnya tembakau, merokok di ruang pulbik hanya dapat dilakukan pada teras terbuka atau yang serupa. Pelarangan semacam ini, melibatkan sanksi perdata atau administratif, bukan sanksi pidana, yang dapat mendorong bentuk konsumsi ganja yang tidak terlalu membahayakan. Vaporiser atau alat penguap yang tidak menghasilkan asap dan tidak dihubungkan dengan risiko spesifik penggunaan ganja dengan cara merokok, dapat dikecualikan dari alat-alat yang dilarang dalam peraturan pelarangan merokok.[65]

Bacaan Lanjutan

- R. Room *et al.,* '**The Global Cannabis Commission Report'**, The Beckley Foundation, 2007
- **'Cannabis Policy, Implementation and Outcomes',** RAND Europe, 2003
- M. Aoyagi, '**Beyond Punitive Prohibition: Liberalizing the Dialogue on International Drug Policy'**, (termasuk diskusi terperinci tentang kebijakan dan undang-undang ganja Belanda), 2006
- **'Cannabis'**, profil napza EMCDDA

5.4. Stimulan

Sub-bab ini berfokus pada 3 tipe stimulan yang saat ini masih berstatus ilegal; yang paling sering digunakan; amfetamin, kokain dan MDMA (ekstasi).

---

[64] Sebuan situasi yang mengusik rasa ingin tahu terjadi di Belanda ketika peraturan anti rokok berbenturan dengan pemberian lisensi 'kedai kopi'. Ini berarti bahwa merokok ganja adalah legal sementara merokok tembakau menjadi ilegal, merujuk pada kejadian unik ketika penegak hukum lokal memeriksa batang rokok yang sedang dihisap untuk memeriksa keberadaan kandungan tembakau yang dilarang.

[65] Vancouver, Kanada, memiliki 'vaporiser lounge', di lokasi tersebut tidak diperkenankan merokok.

Model-model regulasi stimulan yang potensial perlu merespon secara tepat; risiko-risiko yang ditimbulkan oleh kelompok napza ini. Karenanya, penting untuk mengetahui bahwa perilaku menggunakan napza mencakup spektrum luas motivasi, lingkungan dan sediaan produk. Ini semua dihubungkan bentangan luas berbagai risiko dan dampak buruk, yang kesemuanya memiliki tantangan regulasi yang sangat berbeda. Tetapi , perilaku-perilaku tersebut dapat dibagi menjadi 3 kategori luas:

- **Fungsional :** kadang-kadang beralih menjadi penggunaan medis, dan mungkin lebih dikenal dengan sebutan 'napza gaya hidup'. Sebagai contoh, pengguna mungkin mencari cara mengurangi rasa lelah, atau membantu konsentrasi.

- **Rekreasional:** pengguna mencari stimulasi dan kesenangan dalam bentangan luas konteks sosial.

- **Problematik:** bagi minoritas kecil pengguna napza fungsional atau rekreasional, penggunaan stimulan berkembang menjadi penggunaan problematik atau penggunaan dengan ketergantungan. Isu-isu semacam ini kerap dihubungkan dengan sediaan dengan kemurnian tinggi (sebagai contoh, kokain *crack,* metamfetamin) dan/atau pola lebih berisiko berupa konsumsi napza reaksi cepat, yaitu dengan merokok atau menyuntik, berlawanan dengan penggunaan oral atau menghirup.

Perlu juga dicatat bahwa sebagian besar kultur dan masyarakat kontemporer sangat kental dikelilingi oleh penggunaan stimulan. Stimulan produksi perusahaan farmasi diresepkan secara luas dan dikonsumsi dalam jumlah besar (termasuk , yang kontroversial, oleh anak-anak [66]). Sebagai tambahan, 2 substansi psikoaktif favorit dunia; yaitu nikotin dan kafein, adalah stimulan-stimulan fungsional; mereka membanjiri sebagian besar kultur kontemporer dan digunakan di mana-mana.

[66] Lihat: N. Gibbs, **'The Age of Ritalin'**, TIME Magazine, June 24, 2001

Kafein, dalam urutan pertama, paling sering dikonsumsi dalam bentuk kopi, minuman kola dan cokelat. Minuman energi berbahan dasar kafein juga menjadi kian populer. Minuman-minuman ini secara agresif dipasarkan khusus berdasarkan kandungan stimulan dalam bahan dasarnya, hampir seperti yang biasa terjadi pada tembakau dan amfetamin. Minuman-minuman semacam itu adalah sebuah indikator yang sangat jelas mengenai faktor utama konsumsi kafein. Minuman-minuman tersebut dinilai terutama berdasarkan kandungan stimulan fungsional-nya, bukan berdasarkan faktor kenikmatan atau rekreasi semata-mata. Minuman-minuman ini menempati posisi rendah dalam penjajakan dampak buruk napza rasional, tetapi tentu saja bukan tanpa risiko. Sayangnya konsumsi minuman berkafein, secara luas tidak memiliki regulasi.

Konsumsi meluas kafein yang tak berbahaya, serta lebih banyak bermanfaat, dicerminkan dalam penggunaan luas sediaan kokain berpotensi rendah; contohnya pengunyahan daun koka dan teh koka di wilayah Andes Amerika Selatan. Perlu dicatat bahaw legalitas tanaman koka masih menjadi perdebatan dalam kerangka hukum internasional (lihat: Hal. 54). Pola penggunaan stimulan lokal yangserupa ada di banyak tempat, termasuk penggunaan khat di wilayah Afrika yang berbahasa Somalia, dan penggunaan daun sirih di Asia Selatan dan Pasifik. Keduanya dihubungkan dengan masalah-masalah kesehatan masyarakat yang terdokumentasi dengan lebih jelas daripada minuman koka atau minuman berkafein, tetapi keduanya tetap legal di lingkungan asalnya.

Terdapat sekumpulan perilaku siginifikan, termasuk penggunaan stimulan rekreasional dalam konteks-konteks sosial. Perilaku ini didorong oleh kenikmatan stimulan itu sendiri, atau sebagai tambahan semi fungsional dalam sebuah perilaku sosial. Motivasi fungsional seperti ini termasuk untuk tetap terjaga hingga larut malam, meningkatkan kepercayaan diri dan kewaspadaan dalam interaksi sosial, memberi energi untuk berdansa lebih lama, dan lain sebagainya. Tak terbantahkan, hal ini melibatkan dosis konsumsi yang lebih tinggi, walau secara umum tidak terlalu sering dilakukan, bukan penggunaan fungsional atau gaya hidup. Karenanya, perilaku ini menimbulkan sekumpulan

risiko dan tantangan yang berbeda, bukan saja karena populasi pengguna stimulan mayoritas adalah anak muda.

Di antara populasi-populasi ini terdapat kelenturan yang dapat dipertimbangkan dalam perilaku penggunaan stimulan. Stimulan dapat dengan mudah dipertukarkan berdasarkan rasa atau ketersediaan, dan kerap digunakan dalam kombinasi. Walau pola penggunaan semacam ini memiliki tingkat risiko yang kian meningkat, sebagian besar dari pola tersebut tidak dihubungkan dengan dampak perorangan atau sosial yang signifikan.[67] Penggunaan secara umum adalah sesekali, dalam jumlah yang sedang dan dilingkupi oleh norma-norma sosial yang muncul di antara kelompok yang memakai napza dan tidak memakai napza dalam sebuah konteks sosial. Norma-norma ini lebih jauh dipengaruhi oleh pengendalian pribadi, didasarkan baik oleh pengalaman maupun pemahaman yang didukung oleh informasi lengka risiko-risiko penggunaan napza.

Tantangan-tantangan utama regulasi bagi populasi pengguna stimulan rekreasional akan termasuk pengurangan risiko dan mencegah perkembangan kategori penggunaan menjadi penggunaan problematik /penggunaan dengan ketergantungan. Gerakan menuju produk-produk dan sedian-sediaan berisiko lebih rendah (dosis lebih rendah, pelepasan lebih lambat, dikonsumsi secara oral), perilaku penggunaan yang lebih didasarkan atas informasi yang cukup dan risiko lebih rendah (mempertahankan tingkat penggunaan sedang, termasuk abstinensia, menghindari penggunaan kombinasi berbagai jenis napza dalam sekali waktu, mendukung sesama pengguna napza, dll), dan penggunaan stimulan pada lingkungan yang lebih aman harus didorong.

Pada akhirnya, sebagian dari para pengguna di atas yang akan berkembang menjadi pengguna stimulan yang mengalami kekacauan , ketergantungan atau problematik. Perilaku semacam ini kerap terjadi bersamaan dengan penggunaan problematik napza non-stimulan jenis lain, biasanya termasuk napza jenis opiat maupun alkohol. Bagi populasi ini, respon paling efektif

[67] Lebih dari itu, tentunya, dampak buruk yang berhubungan dengan perdagangan napza itu sendiri.

adalah respon yang lebih berorientasi medis. Secara khusus, populasi dengan penggunaan napza yang problematik membutuhkan model-model suplai teregulasi untuk berfokus pada pengurangan dampak buruk (pada dasarnya seperti yang dideskripsikan di atas), dikombinasikan dengan penyediaan layanan-layanan perawatan/pemulihan yang layak, dan dukungan sosial holistik yang relevan.

5.4.1. **Kokain / Produk-Produk Koka**

Koka/napza berbahan dasar kokain secara alami sangat bervariasi, karenanya berada dalam tingkat yang membahayakan. Sediaan-sediaan yang berbeda mulai dari daun koka dan teh koka yang dikonsumsi secara oral dengan risiko yang sangat kecil, meningkat ke sediaan berisiko sedang yaitu bubuk kokain yang digunakan dengan cara dihirup (garam kokain; kokain hidroklorida), hingga sediaan berisiko tinggi yaitu *crack* kokain *(cocaine base)* yang digunakan dengan cara dibakar dan dihisap asapnya. Sediaan-sediaan ini didiskusikan di bawah dengan urutan risiko yang lebih tinggi terlebih dulu:

Risiko dan dampak buruk penggunaan kokain ditentukan secara signifikan oleh perilaku menggunakan. Studi global terperinci mengenai penggunaan kokain dilakukan oleh WHO dan Institut Riset Kejahatan dan Keadilan Inter-Regional PBB *(UN Inter-regional Crime and Justice Research Institute -UNICRI)* pada 1995[68] mencatat bahwa:

> *Tidak mungkin untuk mendeskripsikan seorang 'pengguna kokain tingkat sedang'. Sejumlah besar variasi ditemukan dalam tipe-tipe orang yang menggunakan kokain, jumlah kokain yang digunakan, frekuensi penggunaan, durasi dan intensitas penggunaan, alasan*

[68] LaporanWHO/UNICRI, **'The Cocaine Project'** sempat dilarang terbit menggarisbawahi karena tekanan dari Amerika Serikat, tetpai kemudian dibocorkan ke ranah publik; hal ini merupakan contoh lain adanya intervensi politik pada agenda riset napza dan kebijakan napza (lihat: Lampiran 2, Hal. 217 , untuk diskusi lebih lanjut). Publikasi tersedia secara *online* di sini: **www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf**

penggunaan dan tiap-tiap masalah berkaitan dengan kokain yang mereka alami. (halaman 1)

Laporan tersebut menggambarkan sebuah siklus berkelanjutan dari perilaku menggunakan napza:

- penggunaan eksperimental
- penggunaan sesekali (rekreasional)
- penggunaan pada situasi khusus
- penggunaan intensif
- penggunaan kompulsif/disfungsional

Penggunaan eksperimental dan sesekali, sampai saat ini merupakan tipe penggunaan yang paling umum, dan penggunaan kompulsif / disfungsional lebih jarang terjadi. (halaman 28)

Dan mencatat bahwa:

Masalah-masalah kesehatan berkaitan dengan penggunaan substansi legal, khususnya alkohol dan tembakau, lebih tinggi dari masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh penggunaan kokain. Beberapa ahli menggambarkan kokain sebagai substansi yang selalu membahayakan kesehatan. Masalah-masalah yang berkaitan dengan kokain dipahami secara luas lebih kerap lebih parah terjadi pada pengguna kokain intensif yang menggunakan dosis tinggi, sebaliknya jarang dan tidak terlalu parah masalah yang dialami oleh pengguna kokain sesekali yang menggunakan dosis rendah. (halaman 6)

Kokain *'Crack'*

Pertanyaan *'tetapi bagaimana dengan crack*?' tidak pernah berhenti ketika regulasi legal kokain didiskusikan. Adalah sebuah poin penting dan beralasan untuk ditelaah. Pengguna *crack* bermasalah berada di penghujung penggunaan napza yang menimbulkan kekacauan, dan menyebabkan dampak buruk sekunder terhadap masyarakat dalam porsi yang tidak proporsional. Mengingat hal ini, bagaimana kita mengelola atau berusaha meregulasi napza sejenis kokain *crack* yang paling banyak dihubungkan dengan penggunaan tak terkendali, kekacauan dan bahaya? Jawabannya, seperti halnya di tempat-tempat lain, adalah dengan bergerak menjauhi solusi-solusi yang terlalu disederhanakan, yang selama bertahun-tahun telah terbukti gagal memproduksi keluaran-keluaran efektif.

Di luar upaya-upaya terbaik yang dilakukan para penegak hukum, dan pihak-pihak lain yang terlibat dalam pencegahan napza konvensional, ketergantungan *crack* adalah sebuah masalah yang tidak berhasil dihapuskan. Karenanya, kita perlu menerima realitas bahwa beberapa orang akan tetap menginginkan dan akan terus menggunakan *crack,* walau sepahit apapun penerimaan lingkungan sekitarnya. Kemudian, kita perlu mempertimbangkan semua bukti yang tersedia. Ini akan menolong kita memahami intervensi semacam apa yang paling efektif dalam mengurangi dampak buruk penggunaan *crack*, baik bagi orang yang menggunakannya, maupun masyarakat luas. Upaya pengurangan dampak buruk tentunya harus melibatkan baik pengurangan jangka panjang penggunaan *crack* secara keseluruhan, juga besaran populasi yang menggunakan *crack* di masyarakat.

Kita harus menyadari bahwa crack merupakan salah satu tantangan paling sulit bagi para pendukung model regulasi legal napza. Tetapi, realitas pragmatis adalah bila seseorang memang telah menyukai menggunakan crack, mereka akan tetap menggunakannya. Pemikiran logis yang mendasari adalah, daripada mendapatkan *crack* di pasar gelap, dengan segala risiko dan dampak buruk

yang mengikutinya, pengguna *crack* harus memiliki akses legal terhadap suplai *crack* yang diketahui secara jelas kekuatan dan kemurniannya. Akses legal semacam ini akan memastikan bahwa pengguna *crack* tidak harus melakukan tindak pidana di masyarakat, atau melacurkan diri, sebagai upaya mendapatkan *crack.*

Mengingat fakta tersebut, nampaknya pendekatan-pendekatan di masa mendatang harus dimulai dengan kerangka pemikiran bahwa tidak ada keuntungan terus menerus mengkriminalkan dan menyematkan label jahat pada pengguna crack. Sebaliknya, respon yang terencana dari sektor kesehatan masyarakat, dikombinasikan dengan dukungan sosial yang layak, nampaknya akan menjadi respon yang lebih produktif terhadap sebuah isu yang sejauh ini tidak mudah dikelola. Sementara regulasi memilik peran penting dalam mengurangi dampak buruk, telah jelas bahwa memperhatikan kondisi-kondisi sosial dan kesejahteraan taraf rendah yang melatarbelakangi sebagian besar penggunaan problematik *crack*, dan napza lainnya, adalah kunci untuk mengurangi perilaku berbahaya dalam jangka panjang.

Respon-respon kesehatan masyarakat terhadap *crack* lebih sulit dan kurang tertata dibandingkan dengan respon terhadap heroin. Sementara pengguna heroin yang paling bermasalah akan merespon peresepan obat secara teratur yang dapat memenuhi kebutuhan mereka, pengguna *crack* akan menggunakan dengan sangat sering dan tak terkendali. Sementara pengguna heroin dapat menerima peresepan substitusi heroin seperti metadon, tidak ada alternatif yang tersedia bagi pengguna *crack*. Riset berlanjut ke bentangan berbagai kemungkinan, termasuk peresepan substitusi untuk stimulan [69] seperti amfetamin dan *Modafinil*, atau penggunaan sediaan kokain yang berpotensi

[69] Sebuah ringkasan yang berguna: Kampman, **'The Search for Medications to Treat Stimulant Dependence'**, Addiction Science and Clinical Practice, 4(2), 2008, Hal. 28-35.

rendah.[70] Hal ini jelas merupakan area riset yang secara mendasar memerlukan lebih banyak perhatian dan investasi.

Kebutuhan terhadap riset semacam ini menjadi semakin mendesak karena pertumbuhan pengguna *crack* dan heroin dalam waktu bersamaan membuat pengelolaan isu *crack* menjadi kian sulit. Bisa jadi, perkembangan penggunaan *crack* adalah bentuk lain *'konsekuensi tak diinginkan'* dari pelarangan napza. Perkembangan penggunaan crack dipicu oleh infrastruktur suplai dan kultur bawah tanah seputar pasar gelap opiat; pasar gelap dan kultur bawah tanah ini dapat secara aktif dan langsung dilenyapkan melalui legalisasi dan regulasi konsekuen.

Crack tentu saja dapat dilarang, tetapi kerangka regulasi harus memahami bahwa bubuk kokain selalu tersedia, baik yang dijual secara legal atau ilegal, atau diresepkan, dengan sendirinya *crack* menjadi tersedia secara efektif juga. Membuat *crack* dari bubuk kokain adalah prosedur sederhana yang bisa dilakukan di dapur, dan tentu saja tidak mungkin dicegah. Walaupun crack tidak secara langsung tersedia, pengguna yang telah telanjur menyukai crack yang dulu mau memasuki pasar gelap yang kotor dan berbahaya untuk membelinya, tidak akan kehabisan motivasi untuk memproduksi *crack* sendiri menggunakan suplai bubuk kokain legal.

Positifnya, metode-metode dasar pengurangan dampak buruk penggunaan crack telah secara masuk akal dikembangkan dengan baik. Sebagai contoh, Vancouver adalah salah satu lokasi yang mendistribusikan peralatan pengurangan dampak buruk penggunaan crack, dan beberapa eksperimen tentatif telah dimulai dengan menyediakan *'tempat konsumsi napza yang diawasi'* untuk para pengguna *crack.*[71] Intervensi-intervensi ini merujuk pada sebuah model yang memperhatikan kebutuhan pengguna *crack*, walaupun *crack* tidak tersedia secara langsung di pasar, tetapi penyediaan sarana

[70] WHO/UNICRI, **'The Cocaine Project'** Report, 1995, Hal. 16.

[71] **'Distributing Safer Crack Use Kits in Canada'**, Canadian HIV Legal Network, 2008.

pengurangan dampak buruk akan dikembangkan bagi mereka yang tetap meneruskan membeli dan menggunakan *crack*, baik melalui jalur ilegal atau semi legal.

'Model lokasi konsumsi bubuk kokain atau crack yang diawasi' yang dapat diakses secara legal; menciptakan potensi nyata pengurangan dampak buruk pribadi dan sosial akibat pasar gelap *crack* saat ini. Pengurangan dampak buruk ini memiliki besaran yang cukup untuk melampaui potensi peningkatan dampak kesehatan yang dapat terjadi karena sebagian pengguna memiliki biaya terbatas untuk mendapatkan *crack*. Perlu juga dicatat bahwa, bagi pengguna yang paling bermasalah sekalipun, penggunaan crack tetap tidak terbatas. Penggunaan *crack* hanya dibatasai oleh faktor-faktor psikologis, demikian juga keterbatasan biaya.

Terdapat juga pembelajaran yang jelas dari penyedian heroin, peresepan napza jenis opiat, dan penyediaan layanan pengurangan dampak buruk napza seperti lokasi penyuntikan yang diawasi. Pelajaran yan didapat dari pengalaman-pengalaman ini menyarankan bahwa keterlibatan langsung dan konstruktif dengan kebutuhan langsung pengguna, melalui penyediaan layanan pengurangan dampak buruk dan layanan-layanan lainnya, memiliki dampak positif yang dapat didefinisikan dengan sangat jelas. Secara khusus, layanan pengurangan dampak buruk meningkatkan kecenderungan pengguna untuk menggunakan napza dengan lebih aman dan dalam jumlah sedang, serta menggunakannya dalam lingkungan kawan sebaya yang aman, tetapi mereka juga akan menjalin kontak dengan, dan lebih cenderung untuk menggunakan berbagai jenis layanan yang ditawarkan.

Pertanyaan *'bagaimana dengan crack?'* adalah satu pertanyaan yang menekankan peran pelarangan napza dalam kemunculan *'epidemi crack'* . Pelarangan napza menciptakan pasar gelap tanpa regulasi, dikendalikan oleh

proses-proses ekonomi yang dengan sangat jelas dapat didefinisikan.[72] Salah satu efek dari pelarangan napza adalah mendorong kemunculan dan penggunaan napza yang lebih berpotensi atau sediaan napza yang lebih pekat, yang lebih menguntungkan dalam hitungan per unit berat. Hal ini dapat diperbandingkan secara langsung dengan era pelarangan alkohol, kesulitan mendapatkan bir dan anggur *(wine)* mendorong terbentuknya pasar *'spirits'* yang berkandungan alkohol lebih tinggi, lebih berbahaya dan lebih menguntungkan untuk dijual. Pola yang sama telah diobservasi selama abad sebelumnya pada berbagai variasi pasar gelap napza yang berbeda-beda. Sebagai contoh, pada pasar opiat, opium (baik yang dirokok atau disediakan dalam bentuk yang dapat diminum) telah digantikan oleh heroin yang disuntikkan. Baru-baru ini, pasar ilegal ganja telah kian dibanjiri dengan varietas ganja berpotensi lebih kuat, yang ditumbuhkan di ruang tertutup.

Pada produk-produk berbahan dasar koka, telah terjadi transformasi dramatis. Sebelum ada pelarangan, bentuk terpopuler penggunaan kokain adalah mengunyah daun koka yang memiliki risiko rendah, serta meminum teh dan *wine* berbahan dasar koka. Bubuk kokain yang dihirup pertama kali diperkenalkan di jalanan karena adanya permintaan di pasar gelap yang dipicu kemunculannya oleh pelarangan napza. Tekanan pasar yang sama akhirnya mendorong perkembangan dan kemunculan *crack* yang digunakan dengan dihisap asapnya, yang memiliki risiko tinggi.

Perlu dicatat bahwa pasar kokain (di luar wilayah Andes) kini didefinisikan oleh fakta bahwa hanya napza dalam bentuk-bentuk yang lebih pekat dan berisiko paling tinggi yang tersedia. Bila sediaan yang kurang pekat tersedia, maka permintaan pasar mungkin akan bergeser untuk meninggalkan sediaan yang lebih berisiko, seperti pola penggunaan alkohol kembali bergeser kepada bir dan *wine* ketika pelarangan alkohol di AS berakhir. Inilah yang terjadi bila gradien regulasi yang digambarkan di Bab 3, Hal. 60, diaplikasikan dengan tujuan spesifik.

[72] Lihat: J. Miron, **'Drug War Crimes'**, The Independent Institute, 2004, Hal. 16.

Dalam kasus kokain *crack* di Inggris, pasar heroin ilegal yang telah lama terbentuk menciptakan jaringan distribusi siap edar dan kumpulan pengguna yang siap menerima produk baru. Pasar heroin dan *crack* telah melebur dalam waktu yang singkat bila dibandingkan, kebanyakan pengguna *crack* juga menggunakan heroin. Bila jaringan ilegal ini dilucuti melalui perkenalan sistem suplai teregulasi, *'epidemi'* napza terbaru berikutnya akan jauh lebih mudah ditangani.

Model Diskusi yang Diajukan untuk Regulasi Bubuk Kokain

MODEL-MODEL REGULASI DASAR

- Bubuk kokain hidroklorida akan tersedia bagi pengguna berlisensi di bawah model apoteker spesialis, atau di bawah beberapa situasi terbatas, peresepan medis.
- Suplai akan sepenuhnya dikendalikan oleh negar atau via entitas yang diberi lisensi oleh negara melalui lelang (lihat: *Model Pasar Teregulasi*, Hal. 47).

PENGENDALIAN TERHADAP PRODUK

Dosis dan Sediaan

- Bubuk akan diatur menjadi produk dengan kualitas perusahaan farmasi (subjek pengendalian yang sama dengan obat-obatan).
- Berdasarkan pengetahuan bahwa kokain murni hampir tidak didapati di pasar gelap, produk legal dapat dikurangi ke tingkat kemurnian di bawah 100%, melalui penggunaan bahan pemotong kemurnian yang tidak beracun.

- *Microtaggants* dapat diikutsertakan di bawah skenario tertentu (lihat di bawah).

Pengendalian Harga

- Harga tetap per unit atau harga minimal/maksimal dapat diperinci, dengan penetapan pajak berpotensi diperhitungkan per unit berat atau persentase bahan dasar.
- Tingkat harga tertentu akan bervariasi berdasarkan eksperimen yang berhati-hati dan pemantauan ketat atas keluaran-keluaran kunci dari waktu ke waktu (contoh: tingkat penggunaan dan respon-respon pasar gelap, lihat; diskusi penetapan harga napza, Hal. 53).
- Pada awalnya, harga akan ditetapkan pada titik sedikit di bawah harga pasar gelap (Haden[73] telah menyarankan sekitar 70% harga pasar gelap sebagai titik awal penetapan harga stimulan legal).
- Di bawah model pengguna berlisensi/pelacak pembelian, harga dapat berpotensi meningkat seiring dengan volume pembelian sebagai mekanisme pengendalian atas penggunaan berlebihan.

Pengendalian Pengemasan

- Pengemasan polos tanpa merek, seperti obat-obatan medis.
- Bubuk akan dikemas dalam kantung kecil (sachet) bersegel dengan ukuran tetap yang akan disediakan dalam wadah sekunder bersegel.
- Wadah harus anti rusak dan dan tidak mudah dibuka oleh anak-anak.

[73] Mark Haden, **'Controlling Illegal Stimulants: A Regulated Market Model'**, Harm Reduction Journal, 2008, 5:1.

- Pelabelan standar: isi (kekuatan/potensi), unit, peringatan kesehatan, tanggal kedaluwarsa dll. Ringkasan informasi dan peringatan yang mudah terlihat pada wadah dan *sachet* akan diperbesar dengan informasi lebih terperinci yang dicetak dan diselipkan ke dalam wadah.
- Perincian pembeli berlisensi dapat ditempatkan baik pada wadah dan *sachet* seperti yang telah ditetapkan.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMASOK / GERAI SUPLAI

Pemberian Lisensi pada Pemasok, Secara Umum

- Lihat: *2.4. Model Apotek*, Hal. 42, untuk diskusi lebih lanjut.
- Jam beroperasi yang diizinkan, kerapatan antar gerai/lokasi gerai akan ditetapkan oleh otoritas lokal pemberi lisensi.

Pengiklanan / Promosi

- Pelarangan total terhadap pengiklanan dan promosi, termasuk pengendalian ketat terhadap papan penanda gerai.

Penjualan dalam Jumlah Besar / Pengendalian Pendistribusian

- Perlu ada penerimaan realistis bahwa akan terjadi proses berbagi kokain dari pembeli berlisensi kepada orang lain pada situasi tertentu dalam sebuah lingkungan sosial, bahkan bila volume penjualan dibatasi hanya untuk penggunaan pribadi. Volume penjualan per pembeli (per hari/minggu/bulan) akan secara selaras memiliki batas atas yang ditentukan (dan/atau struktur eskalasi harga/volume).
- Potensi pembeli individu untuk mendapatkan lisensi, membutuhkan kartu identitas yang berhubungan dengan pusat data pelacakan pembeli untuk menegakkan pengendalian distribusi.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMBELI/ PENGGUNA

Pengendalian Akses Berdasarkan Usia

- Pengendalian akses berdasarkan kartu identitas, berpotensi dihubungkan ke sistem pendataan pembeli berlisensi.

Derajat Intoksikasi Pembeli

- Pemasok akan disyaratkan untuk menolak menjual pada individu yang nampak jelas sedang berada dalam keadaan mabuk, sesuai dengan seperangkat panduan yang jelas.

Lisensi untuk Pembeli / Pengguna

- Pada kesempatan awal setidaknya (pada skema percontohan) sebuah sistem akan ditetapkan untuk mengatur hanya individu berlisensi yang diperbolehkan membeli hanya untuk keperluan pribadi. Sistem dapat dihubungkan dengan sistem pelacak pembeli berdasarkan kartu identitas. Lisensi dapat dicabut bila terdapat pelanggaran-pelanggaran tertentu (contoh: menjual kepada orang lain).
- Pembeli dapat dicantumkan namanya secara terperinci pada kemasan menggunakan kode pembeli (atau melalui penggunaan *microtaggants*).

Pembatasan pada Lokasi-Lokasi yang Mengizinkan Konsumsi di Tempat

- Konsumsi di ruang publik dapat menjadi subjek denda di banyak lokasi.
- Perhatian tertentu harus diberikan untuk mengatasi risiko yang dihubungkan dengan konsumsi kokain bersamaan dengan alkohol.

Model-Model Potensial untuk Regulasi Sediaan Kokain yang Berkekuatan Lebih Rendah

Seperti yang telah ditekankan sebelumnya, teh koka memilik riwayat penggunaan dan manfaat kesehatan masyarakat di wilayah Andes, serupa dengan kopi dan teh di berbagai wilayah di seluruh dunia. Tidak ada alasan mengapa teh koka tidak dapat dibuat tersedia lebih luas seperti teh dan kopi, bagi mereka yang menyukainya.[74] Penggunaan teh koka dalam jangka pendek hingga menengah nampaknya akan tetap dilakukan dalam lingkup kultur asalnya. Di tingkat internasional, kemungkinan teh koka akan menemukan pangsa pasar utama dalam pasar teh spesial. Tidak ada alasan tertentu untuk berpikir teh koka akan menggantikan atau secara serius melampaui pasar kopi dan teh yang sudah terbentuk selama ini.

Ada kecenderungan bahwa para pengusaha akan mencari cara mengembangkan minuman energi berbahan dasar koka untuk berkompetisi dengan pasar minuman ringan berbahan dasar kafein. Pola paling nyata untuk minuman sejenis adalah minuman kola yang ada saat ini. Teh koka juga dapat berkompetisi dalam pasar minuman energi yang menyediakan kandungan kafein berdosis lebih tinggi yang kian bertumbuh, dapat saja berbagi tempat di rak tempat penjualan *Red Bull.* Sementara teh koka memiliki batas alami kandungan aktif, minuman yang diproses tidak memiliki batas. Karenanya minuman-minuman tersebut harus menjadi subjek poin-poin regulasi tambahan, sehingga kandungan aktif dalam minuman dapat dikendalikan dan dibatasi, informasi yang sepatutnya dicantumkan pada label dan kemasan, dan pengendalian lainnya yang berhubungan dengan pengiklanan/promosi ditetapkan.

Minuman berbahan dasar koka kemungkinan akan (tergantung pada tingkat kandungan aktif dan penjajakan risiko yang berkaitan) diatur ketersediaanya di bawah model penjualan berlisensi serupa dengan lisensi yang mengatur penjualan alkohol. Sebagai alternatif, minuman energi dapat diatur

[74] Dalam realitas, teh koka tersedia secara luas, tetapi pasar internasional tetap kecil.

ketersediaanya hanya pada rak kategori obat bebas di apotek-apotek, seperti yang diatur pada *Red Bull* di negara-negara Eropa tertentu. Tentu, regulasi semacam ini tidak hanya ditujukan untuk minuman berbahan dasar koka; ada juga desakan untuk meregulasi dengan lebih ketat pengemasan, promosi dan ketersediaan minuman energi berbahan dasar kafein.[75]

Minuman berbahan dasar koka berpotensi menyerap permintaan bubuk kokain dari sebagian pengguna. Banyak konsumen rekreasional, bila diberikan pilihan, akan memilih minuman stimulan yang memiliki efek pelepasan lebih lambat daripada bubuk yang dihirup. Kecenderungan ini dapat didorong lebih lanjut dengan menggunakan penetapan harga dan pengendalian ketersediaan untuk membuat minuman energi berbahan dasar koka menjadi lebih menarik daripada bubuk kokain yang dihirup.

Perkembangan ini dapat menjadi bentuk menguntukan dari pengurangan risiko, dan memiliki potensi berkontribusi terhadap kultur konsumsi stimulan yang berada dalam tingkat sedang dan bertanggung jawab; sebuah kultur yang pada beberapa abad terakhir bergerak ke arah yang berlawanan. Regulator akan perlu memperhatikan risiko-risiko khusus ketika produk-produk minuman berbahan dasar koka dikonsumsi bersamaan dengan napza lain, terutama alkohol. Regulator harus menyadari, sebagai contoh, bagaimana penggunaan kokain telah dihubungkan dengan pola minum alkohol yang bermasalah.

Menggambarkan masalah potensial ini adalah meningkatnya ketersediaan minuman energi berbahan dasar kafein / *koktail alkohol-spirit* di sebagian pasar. *Red Bull* dan *koktail vodka* yang sangat populer mungkin adalah contoh paling terlihat dari isu ini. Produk minuman yang yang populer digunakan sebagai campuran dalam tren kombinasi minuman kafein/alkohol, juga meraih keuntungan. Kombinasi minuman semacam ini bermasalah, karena efek stimulan/depresan dalam komponen napza mereka, pada derajat tertentu, akan

[75] Seruan ini telah kian banyak dikemukakan oleh berbagai otoritas medis. Lihat: C.Reissig. E. Strain, R. Griffiths, **'Caffeinated Energy Drinks – A Growing Problem'**, Drug and Alcohol Dependence, January 1, 2009.

saling berlawanan. Perilaku ini mendorong konsumsi berlebihan, sehingga akan meningkatkan risiko. Kekhawatiran tambahan seputar potensi *koktail koka-alkohol* adalah penggabungan kokain dan alkohol akan memicu pembentukan *cocaethylene* dalam tubuh. *Cocaethylene* adalah jenis napza yang memiliki kandungan serupa dengan kokain; tetapi substansi ini ditengarai memiliki toksisitas kardiovaskular dan liver yang lebih tinggi.

Model-model regulasi dapat merespon berbagai kekhawatiran dengan kombinasi ketersediaan pembatasan dan edukasi risiko. Pembatasan bisa diberlakukan pada penjualan minuman berbahan dasar koka pada ambang batas konsentrasi tertentu di gerai-gerai yang menjual alkohol untuk dibawa pulang dan bar-bar, membatasi minuman sejenis ini untuk hanya dijual pada rak obat bebas di apotek, melarang penjualan minuman yang biasa digunakan sebagai campuran atau koktail, memberikan peringatan spesifik pada kemasan, dan menempatkan pengendalian yang tepat pada pengiklanan, promosi dan penempatan merek.

Produk-Produk Koka / Kokain Lainnya

Menurut studi WHO/UNICRI tahun 1995, konsumsi tradisional daun koka, dikunyah dengan sejumlah kecil jeruk nipis untuk melepaskan kandungan aktifnya:

> *.....nampaknya tidak memiliki efek buruk terhadap kesehatan, sebaliknya memiliki khasiat obat, fungsi sakral dan sosial bagi populasi asli Andes.*

Banyak penggunaan fungsional dan penggunaan bermanfaat dari daun koka pada komunitas asli Andes benar-benar spesifik pada wilayah dan kultur mereka. Sebagai contoh, daun koka menghilangkan gejala mabuk ketinggian, dan memiliki kandungan gizi yang menguntungkan bagi masyarakat setempat. Karenanya, diperkirakan tidak akan ada pasar yang kuat bagi pengunyahan daun koka ala masyarakat Andes di pasar dunia yang lebih luas, walaupun tak

ada lagi hambatan legal terhadap produksi dan ekspor daun koka. Stimulan lain yang spesifik secara kultur/regional seperti khat dan sirih, tidak akan menemukan pasar lebih luas yang signifikan.

Tetapi, karena kokain diserap dengan lebih efisien melalui langit-langit daripada melalui lambung, ada potensi pengembangan produk-produk berbahan dasar koka yang lebih ramah konsumen. Ini dapat dibandingkan dengan produk-produk tembakau oral, seperti *'Bandits'*. Sejumlah daun koka, dengan tambahan alkali, dapat dikemas dalam semacam kantung teh berpori, yang dapat dikulum dalam mulut. Produk-produk berbahan dasar koka dapat juga diproduksi dalam bentuk pil atau permen karet, untuk dikonsumsi seperti produk-produk substitusi nikotin. Produk-produk semacam ini akan membutuhkan tingkatan-tingkatan regulasi yang sepatutnya sesuai dengan tingkat risiko yang mereka miliki. Risiko-risiko tersebut diasumsikan sebagai relatif rendah, produk-produk semacam ini kemungkinan akan membutuhkan tingkatan regulasi setara dengan produk-produk substitusi nikotin.

Bila produk-produk tersebut muncul, mereka akan ditempatkan dalam arena fungsional/bermanfaat/gaya hidup dari perilaku penggunaan stimulan. Produk-produk tersebut nampaknya tidak akan memiliki dampak signifikan pada pola penggunaan rekreasional atau problematik[76], sebaliknya, justru bisa jadi, akan menolong membentuk kultur penggunaan tingkat sedang, yang lebih menggunakan akal sehat. Seperti halnya dengan produk-produk tembakau tanpa asap, regulator dan pejabat di bidang kesehatan masyarakat sering berjuang untuk menyesuaikan promosi aktif produk-produk baru semacam ini dengan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat, yang menekankan pengurangan tingkat penggunaan (lihat: *Pengurangan Dampak Buruk Tembakau*, Hal. 144). Dapat dinyatakan secara terbuka bahwa produk-produk tembakau oral adalah substitusi yang lebih aman daripada tembakau dalam bentuk rokok. Tetapi, perluasan substitusi serupa untuk produk-produk kokain belum dilakukan.

[76] Laporan WHO/UNICRI tahun 1995 **'The Cocaine Project'**, tidak menyebutkan kemungkinan penggunaan teh koka untuk orang dengan ketergantungan kokain dengan beberapa keluaran positif (Hal. 16)

Memperkenalkan produk-produk koka dengan potensi rendah yang secara kreatif dapat menciptakan celah pasar dan perilaku baru yang sebelumnya tidak ada.

Di sisi lain, produk-produk semacam itu nampaknya muncul dalam beberapa bentuk di bawah rezim legal, dan karenanya memerlukan pemikiran mendalam. Sebagai tambahan, kemunculan produk-produk ini dapat melayani perluasan pilihan konsumen di antara berbagai produk, seperti tembakau/nikotin atau kopi, yang memiliki fungsi serupa dan peran kultural.

5.4.2. **Amfetamin (Amphetamines)**

Ada banyak napza yang berada di bawah kelompok amfetamin. Amfetamin sendiri (namanya berasal dari nama kimia: *alpha-methylphenethylamine*) yang merupakan senyawa induk dari sejumlah besar derivat, masing-masing dengan formasi molekular yang sedikit berbeda, yang secara keseluruhan memilki 4 tipe utama:

- *Amphetamine*; variasi rasemat; *dextroamphetamine* (*Dexedrine*).
- *Methyl-amphetamine*; variasi rasemat *dexmethmpetamine* (lebih dikenal dengan *methampehetamine* [metamfetamin] saja).
- *Ketoamphetamines*; *cathine* dan *cathinone* (senyawa aktif dalam khat).
- *Pseudo-amphetamines*: *methylphenidate* (*Ritalin*) dll.

MDMA (ekstasi) adalah senyawa yang berkaitan dengan amfetamin, dibicarakan secara terpisah di bawah ini:

Di seluruh dunia, amfetamin adalah napza ilegal terpopuler kedua setelah ganja.[77] Seperti halnya kokain, amfetamin dikaitkan dengan dengan spektrum perilaku penggunaan yang terbentang dari fungsional/medis, ke rekreasional,

[77] **World Drugs Report 2008**, UNODC, 2008, Hal. 9.

hingga problematik. Perilaku-perilaku ini selaras bila dihubungkan dengan spektrum luas risiko dan tantangan-tantangan regulasi amfetamin.

Seperti dengan pengelompokan napza lainnya. Ada desakan menyeimbangkan kebutuhan jangka pendek untuk mengurangi dampak buruk penggunaan amfetamin yang serampangan atau penggunaan bentuk-bentuk berbahaya dari amfetamin dengan tujuan jangka panjang; yaitu pergeseran progresif menuju penggunaan produk-produk, perilaku penggunaan dan lingkungan penggunaan yang lebih aman. Pergeseran ini bisa termasuk penyediaan sediaan amfetamin yang lebih berisiko, seperti bentuk bubuk atau bentuk siap suntik, hanya saja perlu dipadukan dengan seperangkat peraturan yang membatasi.

Tablet Dexedrine yang diresepkan (dexamphetamine sulphate)
Foto: Flickr/FGMB

Manfaat amfetamin untuk berbagai aplikasi medis, mulai dari obat bebas dekongestan dan obat demam, [78] hingga pengobatan hiperaktif *(attention deficit hyperactivity disorder-ADHD)* dan narkolepsi, artinya, tidak seperti kokain, kebanyakan jenis amfetamin berada dalam sirkulasi legal dalam berbagai bentuk. Ini berarti, baik amfetamin maupun kokain lebih banyak diakses (termasuk diversi/konversi ke penggunaan non-medis), dan risiko, penggunaan dan penyalahgunaan kedua senyawa ini bisa jadi lebih dipahami dan diterima, baik secara medis maupun secara sosial.

[78] Yang kadang mengandung *levomethamphetamine* dan *pseudoephedrine*.

Model Diskusi yang Diajukan untuk Regulasi Amfetamin

MODEL-MODEL REGULASI DASAR

- Dexamphetamine (dan jenis-jenis amfetamin potensial lainnya) akan tersedia dalam bentuk pil dan hanya disediakan menggunakan model apotek saja, pada awal program sebaiknya menggunakan model pembeli berlisensi.
- Bentuk amfetamin bubuk dapat disediakan dalam beberapa skenario, dengan pengendalian ketersediaan yang lebih ketat.
- Sediaan dengan potensi lebih rendah, termasuk larutan oral, dapat dijual bebas atau diatur di bawah sistem penjualan berlisensi, merupakan subjek pembatasan volume penjualan.
- Model peresepan medis akan muncul secara paralel dengan suplai eceran berlisensi.

PENGENDALIAN TERHADAP PRODUK

Dosis dan Sediaan

- Amfetamin berbentuk pil dan bubuk akan diproduksi dan dijual di bawah standar pengendalian obat-obatan farmasi.
- Pil dapat diformulasikan untuk mencegah/mengurangi minat untuk menghirup/menyuntik.
- Dosis dapat distandarisasi pada tingkat yang pantas, per pil atau per kantung bubuk amfetamin (ditentukan berdasarkan pengalaman peresepan amfetamin).
- Seperti halnya kokain, setiap bentuk bubuk amfetamin untuk dihirup dapat dikurangi kemurniannya menjadi di bawah 100%, dengan penambahan senyawa pemotong kemurnian yang tidak beracun.
- Penggunaan plester yang ditempel di permukaan kulit yang melepaskan amfetamin secara perlahan *(slow release dermal patches)*, telah digunakan pada *methylphenidate* (*Ritalin*)

Pengendalian Harga

- Harga tetap per unit atau harga minimal/maksimal dapat diperinci, dengan penetapan pajak diperhitungkan per unit berat atau persentase bahan dasar.
- Gradien peningkatan harga/pajak dapat diperkenalkan, dari sediaan amfetamin dosis lebih rendah dengan pelepasan lambat, hingga sediaan amfetamin dosis lebih tinggi dengan pelepasan cepat.
- Harga cenderung untuk sama atau sedikit di bawah harga pasar gelap. Secara umum, harga amfetamin relatif lebih rendah, yang berhubungan dengan keputusan konsumen untuk tidak terlalu sering menggunakan. Pengurangan harga dapat berfungsi untuk menekan produksi dan suplai ilegal tanpa perlu mendorong penggunaan. Seperti halnya semua penetapan harga obat-obatan, perkembangan harga harus didasarkan atas eksperimen penuh kehati-hatian dan pemantauan ketat terhadap keluaran-keluaran kunci.

Pengendalian Pengemasan

- Pengemasan polos tanpa merek, seperti obat-obatan medis.
- Pil akan ditempatkan dalam botol/wadah standar medis, atau kemasan plastik bergelembung udara dalam wadah yang layak. Bubuk akan ditempatkan dalam kantung *(sachet)* atau bungkus dengan ukuran tertentu per unit, yang akan dikemas lagi dalam wadah bersegel.
- Wadah harus anti rusak dan dan tidak mudah dibuka oleh anak-anak.
- Pelabelan standar: isi (kekuatan/potensi), unit, peringatan kesehatan, tanggal kedaluwarsa dll. Ringkasan informasi dan

peringatan yang mudah terlihat pada wadah dan *sachet* akan diperbesar dengan informasi lebih terperinci yang dicetak dan diselipkan ke dalam wadah. Pelabelan akan dengan jelas menyebutkan *'bukan untuk penggunaan medis'* untuk mempertahankan pemisahan pasar antara suplai medis dan non-medis.

- Perincian pembeli berlisensi dapat ditempatkan baik pada wadah dan *sachet* per unit / kemasan plastik bergelembung udara, seperti yang telah ditetapkan.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMASOK / GERAI SUPLAI

Pengiklanan / Promosi

- Seluruh pengiklanan dan promosi akan dilarang untuk bentuk pil dan bubuk amfetamin, termasuk pengendalian ketat pada papan nama gerai.
- Sebagian upaya promosi produk-produk berpotensi rendah/produk yang dijual bebas (larutan oral berkadar rendah dan 'minuman energi') dapat diizinkan dengan persyaratan ketat, seperti yang telah diberlakukan pada produk-produk amfetamin legal.

Pemberian Lisensi pada Pemasok, Secara Umum

- Lihat: *2.4. Model Apotek*, Hal. 42, untuk diskusi lebih lanjut.
- Jam beroperasi yang diizinkan, kerapatan antar gerai/lokasi gerai akan ditentukan oleh otoritas lokal pemberi lisensi .

Penjualan dalam Jumlah Besar / Pengendalian Pendistribusian

- Volume penjualan per pembeli (per hari/minggu/bulan) akan memiliki ambang batas atas yang ditetapkan (dan/atau struktur

volume/harga bertingkat) yang akan ditentukan pada tingkatan realistis untuk penggunaan pribadi (sekali seminggu/empat kali sebulan misalnya), tetapi benar-benar jauh di bawah jumlah yang akan dipandang sebagai penggunaan tingkat/frekuensi problematik (contoh: penggunaan setiap hari). Perlu ada penerimaan realistis bahwa pada tingkatan tertentu akan terjadi perilaku berbagi yang wajar terjadi dalam lingkungan sosial, walau telah ada pembatasan penjualan, yang hanya ditujukan pada pembeli tertentu/penggunaan pribadi.

- Penggunaan pada tingkat problematik/ketergantungan akan dikelola melalui model peresepan medis.
- Pengendalian pendistribusian dapat dilaksanakan melalui pemberian lisensi pembeli individu yang dihubungkan dengan pelacakan pembeli berdasarkan kartu identitas.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMBELI/ PENGGUNA

Pengendalian Akses Berdasarkan Usia

- Pemasok akan disyaratkan untuk menerapkan pengendalian akses berdasarkan umur melalui pemeriksaan kartu identitas, yang berpotensi dihubungkan dengan sistem pembeli berlisensi.

Derajat Intoksikasi Pembeli

- Pemasok akan disyaratkan untuk menolak menjual pada individu yang nampak jelas sedang berada dalam keadaan mabuk, sesuai dengan seperangkat panduan yang jelas.

Lisensi untuk Pembeli / Pengguna

- Pada kesempatan awal setidaknya (pada skema percontohan) sebuah sistem akan ditetapkan untuk mengatur hanya individu berlisensi yang diperbolehkan membeli hanya untuk keperluan

pribadi. Sistem dapat dihubungkan dengan sistem pelacak pembeli berdasarkan kartu identitas. Lisensi dapat dicabut bila terdapat pelanggaran-pelanggaran tertentu (contoh: menjual kepada orang lain).

- Pembeli dapat dicantumkan namanya secara terperinci pada kemasan menggunakan kode pembeli (atau melalui penggunaan *microtaggants*).

Pembatasan pada Lokasi-Lokasi yang Mengizinkan Konsumsi di Tempat

- Konsumsi amfetamin dalaml bentuk pil di ruang publik tidak akan menjadi masalah, tetapi menghirup amfetamin di ruang publik dapat dikenakan sanksi administratif berupa denda di sebagian besar lokasi.
- Risiko-risiko yang berkaitan dengan mengkonsumsi amfetamin bersamaan dengan alkohol perlu diperhatikan dengan seksama.

Amfetamin Jenis Lain :

Methylphenidate (*Ritalin*)

Ritalin secara luas diresepkan untuk mengobati berbagai kondisi medis. Yang paling marak diketahui, dan yang paling kontroversial adalah penggunaan *Ritalin* untuk pengobatan sindrom hiperaktif *(attention deficit hyperactivity disorder–ADHD)* pada anak usia sekolah dan juga usia pra sekolah.[79] *Ritalin* juga secara luas dialihkan penggunaannya sebagai stimulan non-medis; prevalensi penggunaan medis pada anak-anak telah mendorong isu penyalahgunaan tertentu dalam kelompok tersebut. Pengembangan sediaan

[79] *Dexamphetamine* dan Adderal (gabungan *Ritalin* dan *dexamphetamine*) juga telah diresepkan secara meluas untuk kondisi ini.

Ritalin pelepasan lambat yang digunakan sekali sehari, serta plester yang ditempel di kulit merupakan sebagian alternatif untuk menangani masalah pengalihan penggunaan tersebut.

Tetapi, sementara masih menjadi masalah serius, isu-isu seputar pengalihan *Ritalin* yang diresepkan untuk anak-anak seharusnya tidak mempengaruhi potensi akses non-medis potensial bagi orang-orang dewasa yang menggunakan *Ritalin* dengan bertanggung jawab. Di mana terdapat akses legal terhadap penggunaan *dexamphetamine*, maka permintaan terhadap pengalihan amfetamin medis lainnya dengan profil efek serupa , seperti *Ritalin*, akan berkurang secara alami. Bila masih ada permintaan, maka suplai teregulasi *methylphenidate* non-medis dapat disediakan secara paralel, atau sebaliknya, pada *dexamphetamine*, dengan dasar serupa.

Metamfetamin *(Methamphetamine)*

Metamfetamin adalah amfetamin dengan potensi lebih tinggi dan efek penggunaan yang lebih tahan lama, walaupun pemisahan metamfetamin dari amfetamin lainnya telah ditekankan dengan tegas, perbedaan utama antara keduanya adalah: metamfetamin lebih mudah diproduksi, dan lebih mudah untuk dihisap uapnya (lihat: *4.2. Menjajaki dan Menentukan Peringkat Dampak Buruk Napza* Hal. 99). Dalam dua dekade terakhir, seiring dengan penurunan penggunaan medis metamfetamin, produksi non-medis dan penggunaan metamfetamin secara

Karena tidak ada pilihan-pilihan amfetamin atau stimulan lain yang dapat diakses secara legal, maka sekali lagi para pebisnis napza dapat mengarahkan pasar gelap untuk menyediakan produk-produk metamfetamin yang berpotensi kuat, berisiko tinggi, dan menguntungkan untuk dijual.

ilegal meningkat pesat. Penggunaan metamfetamin telah menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di berbagai wilayah dunia, terutama di Asia Tenggara, Eropa Timur, Federasi Rusia dan Amerika Utara.

Dan sebagai hasilnya, digabungkan dengan masalah-masalah dasar yang berhubungan dengan perdagangan ilegal, metamfetamin telah menjadi *'napza baru yang sangat membahayakan'*. Di AS contohnya, metamfetamin telah menggantikan posisi kokain *crack* dalam narasi perang napza. Akibatnya, kepanikan media telah memicu reaksi hiperbola akan ancaman metamfetamin. Adalah penting bahwa hiperbola semacam itu mengaburkan pengertian realistis tentang masalah-masalah serius penggunaan metamfetamin; karena pengguna metamfetamin termasuk golongan minoritas, dan juga mengaburkan fakta bahwa mayoritas penggunaan metamfetamin bukanlah penggunaan problematik. Seharusnya masyarakat mengetahui bahwa metamfetamin sangat mudah dibuat dari bahan kimia prekursor ataupun dari obat-obatan yang juga mudah didapatkan, termasuk obat-obatan yang dapat dibeli bebas (*ephedrine* dan *pseudoephedrine*). Karenanya, hampir tidak mungkin untuk mengendalikan pembuatan metamfetamin, sehingga menciptakan pasar yang menarik dan menguntungkan bagi para penangguk keuntungan. Karena tidak ada pilihan-pilihan amfetamin atau stimulan lain yang dapat diakses secara legal, maka sekali lagi para pebisnis napza dapat mengarahkan pasar gelap untuk menyediakan produk-produk metamfetamin yang berpotensi kuat, berisiko tinggi, dan menguntungkan untuk dijual.[80]

Di wilayah yang masalah utamanya adalah penggunaan metamfetamin, respon-respon terpisah tetapi paralel diperlukan untuk mengatasi tantangan-tantangan yang ditimbulkan. Dalam jangka pendek ada kebutuhan untuk menerima realitas penggunaan metamfetamin karena memang itu yang terjadi, dan untuk mengadopsi pendekatan-pendekatan berbasis kesehatan masyarakat yang mampu menurunkan risiko/dampak kesehatan pribadi maupun sosial

[80] Bertolak belakang dengan pengalaman Amerika Serikat, di Inggris, di mana *amphetamine sulphate* ilegal relatif murah dan mudah diakses, penggunaan metamfetamin tetap rendah.

penggunaan metamfetamin. Pendekatan kesehatan terhadap metamfetamin perlu bercermin pada pendekatan yang dirancang untuk kokain *crack* di atas, dengan persyaratan ketat, lokasi penggunaan yang diawasi, dan layanan perawatan/pemulihan/dukungan disediakan bagi pengguna metamfetamin yang bermasalah.

Upaya pengurangan dampak buruk tersebut dapat dikombinasikan dengan suplai peresepan untuk rumatan, yang ditujukan pada pengguna dengan kriteria tertentu. Layanan ini akan dikelola sesuai dengan model peresepan amfetamin yang sudah terbentuk. Kemungkinan ada peluang meresepkan *'amfetamin potensi lebih rendah dengan pelepasan lambat'* bagi pengguna metamfetamin bermasalah.[81] Amfetamin jenis ini dapat disediakan dalam bentuk sediaan oral dalam dosis lebih rendah dengan pelepasan lambat, yang akan mengurangi risiko tinggi perilaku menghisap atau menyuntikkan amfetamin.

Dalam jangka lebih panjang, regulasi amfetamin dan stimulan lain yang lebih luas akan membalikkan tekanan yang diciptakan oleh ekonomi pasar ilegal. Regulasi amfetamin akan bertujuan menumbuhkan hubungan pribadi yang lebih sehat dengan berbagai stimulan, serta menumbuhkan hubungan yang berdampak sosial lebih rendah. Perangkat regulasi akan bergabung dengan edukasi kesehatan masyarakat dan intervensi pengurangan dampak buruk untuk menciptakan dampak positif pada pengguna stimulan dan kultur penggunaan stimulan; yang tumbuh secara bertahap, bergerak progresif menuju napza, sediaan, perilaku dan lingkungan penggunaan yang berisiko lebih kecil.

Ephedrine

Ephedrine struktur kimia dan efek yang serupa dengan *dexamphetamine* dan *methampetamine,* walaupun *ephedrine* berpotensi lebih rendah daripada

[81] Studi menggunakan *Methylphenidate* untuk keperluan ini sedang berlangsung di beberapa negara termasuk Finlandia dan New Zealand.

keduanya. Senyawa ini secara alami terkandung dalam tanaman *ephedra*, yang telah lama digunakan dalam pengobatan tradisional China. *Ephedrine* tersedia secara legal dalam bentuk hidroklorida dan sulfat di banyak negara, termasuk AS. *Ephedrine* dijual baik sebagai obat yang diresepkan dan obat bebas keluaran farmasi, dan juga bisa digunakan sebagai stimulan fungsional oleh para profesional, pelajar dan sebagian atlet.[82] *Ephedrine* juga memiliki fungsi medis/gaya hidup lainnya, yaitu: sebagai dekongestan, penekan selera makan dan bronkodilator.

Sampai dengan baru-baru ini, ephedrine relatif jarang digunakan di antara para konsumen non-medis. Perubahan ini terjadi ketika salah satu isomer *ephedrine*, yaitu *pseudoephedrine*, ditemukan sebagai prekursor utama metamfetamin. Pada titik ini, *ephedrine* menjadi subjek pengendalian yang kian ketat. Yang menarik, bukannya memberlakukan pelarangan total, AS merespon dengan memperkenalkan sejumlah besar regulasi ketat di bawah Peraturan Memberantas Epidemi Metamfetamin tahun 2005 *(Combat Methamphetamine Epidemic Act of 2005)*,[83] yang kemudian menjadi undang-undang pada tahun 2006.

Peraturan ini berlanjut dengan amandemen Undang-Undang Amerika Serikat yang mengatur penjualan produk yang mengandung *ephedrine*. Statuta federal mengikutsertakan persyaratan bagi para pedagang yang menjual *ephedrine* atau *pseudoephedrine*:

- Sebuah catatan yang bisa dibuka kembali tentang semua pembelian yang mencatat nama dan alamat setiap pihak untuk disimpan selama 2 tahun.
- Mensyaratkan verifikasi bukti identitas semua pembeli.
- Mensyaratkan metode perlindungan dan pengungkapan dalam pengumpulan informasi pribadi.

---

[82] Keamanan *ephedrine* untuk latihan olahraga sangat dipertanyakan dan legalitasnya dalam olahraga kompetitif menjadi subjek kontroversi yang terus berlangsung.

[83] Untuk keterangan terperinci, lihat: **www.deadiversion.usdoj.gov/meth/index.html**

- Melapor kepada Jaksa Agung atas tiap-tiap pembayaran mencurigakan atau hilangnya produk-produk teregulasi.
- Dosis non-cairan produk-produk teregulasi hanya bisa dijual dalam satuan dosis kemasan plastik bergelembung *(blister pack).*
- Penjualan harian produk-produk teregulasi tidak melebihi 3,6 gram, tanpa memperhatikan jumlah transaksi.
- Penjualan bulanan tidak melebihi 9 gram bahan dasar *pseudoephedrine* dalam produk-produk teregulasi, regulasi yang sama diaplikasikan terhadap pembelian melalui pengiriman paket, kecuali batas penjualan bulanan dalam sistem paket hanyalah 7,5 gram.

Respon ini pada awalnya nampak lebih ketat daripada pengaturan obat-obatan dan pereda flu yang mengisi kebanyakan almari obat masyarakat, dan tidak memiliki efek mengurangi ketersediaan dan penggunaan metamfetamin ilegal. Maka, produksi metamfetamin dengan mudah bergeser dari produsen-pengguna skala kecil menjadi organisasi kejahatan skala besar. Tetapi, apapun yang terjadi, respon ini walau secara tidak sengaja, merujuk pada beberapa model regulasi amfetamin non-medis.

5.4.3. **Ekstasi / MDMA**

MDMA, yang juga dikenal sebagai ekstasi, adalah napza sintetis yang secara kimiawi serupa dengan amfetamin. Tetapi, properti stimulan yang terkandung di dalam MDMA dilengkapi oleh efek-efek psikologis yang sangat berbeda yang menempatkan MDMA berbeda dari stimulan lainnya. Efek-efek psikologis yang ditimbulkan MDMA digambarkan sebagai menciptakan rasa empati atau keintiman dalam situasi sosial. Dengan demikian, ekstasi telah dikategorikan sebagai *'empathogen'* atau *'entactogen'*.

Ekstasi/MDMA hingga kini adalah senyawa psikoaktif sintetis (kerap disebut juga sebagai *'designer drugs'*) yang paling populer di antara berbagai jenis

lainnya yang telah dikembangkan selama abad terakhir.[84] Napza lain (termasuk 2CB dan MDA) hanya mencapai pola penggunaan singkat atau penggunaan tingkat rendah dalam ranah penggunaan napza ilegal. Ketika diobservasi, banyak terdapat senyawa psikoaktif sintetis tersebut dijual sebagai ekstasi.

Kemunculan meluas ekstasi di kalangan anak muda pada akhir 1980-an dan awal 1990-an mengakibatkan 'kepanikan moral' yang sangat kita kenal, kepanikan yang masih terjadi secara sporadis hingga hari ini. Kepanikan ini diikuti dengan peningkatan angka riset, menjajaki risiko dan dampak buruk penggunaan ekstasi dalam berbagai variasi lingkungan. Terdapat ketidaksesuaian yang nyata antara riset ini dengan kebanyakan respon politik dan media terhadap kepanikan, yang cenderung salah menggambarkan dampak buruk di tingkat populasi dengan berfokus secara obsesif pada fatalitas individu.

Analisis sistematik independen dari bukti-bukti hasil observasi terkini dan paling komprehensif[85] dipublikasikan pada 2009. Analisis ini merupakan bagian dari analisis Inggris terhadap klasifikasi MDMA, dilakukan oleh *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD) yang ditunjuk oleh pemerintah Inggris. Laporan ACMD tahun 2009 ini merekomendasikan bahwa MDMAA harus direklasifikasi dari Kelas A menjadi Kelas B, berdasarkan undang-undang napza Inggris. Untuk mendukung pendapat ini, telah dicatat bahwa:

- Penggunaan MDMA tanpa diragukan lagi adalah berbahaya. Dosis tinggi dapat membawa kematian: karena keracunan secara langsung, dalam situasi hipertermia/dehidrasi, kelebihan pemasukan air, atau karena alasan-alasan lainnya. Tetapi, fatalitas yang terjadi relatif rendah dibandingkan luasnya penggunaan ekstasi, dan pada dasarnya lebih rendah daripada

[84] Salah satu periset paling terkenal Alexander Shulgin, yang di dalam bukunya *'PiHKAL'* mendeskripsikan proses ketika ia melakukan pengujian terhadap 200 substansi terkait, termasuk MDMA (awalnya dikembangkan oleh Merck pada 1912).

[85] G. Rogers et al., **'The Harmful Health Effects of Recreational Ecstasy: A Systematic Review of Observational Evidence'**, Health Technology Assessment, 2009; Vol. 13 (6), Hal. 1-338. Studi ini menelaah lebih dari 4.000 studi yang telah dipublikasikan, 422 di antaranya memenuhi kriteria untuk disertakan.

fatalitas yang disebabkan napza kelas A lainnya, terutama heroin dan kokain. Risiko-risiko ini dapat diminimalkan dengan mengikuti saran seperti meminum air dalam jumlah cukup, walaupun hal ini bukanlah pengganti abstinensia.

- Sebagian orang mengalami konsekuensi medis akut karena menggunakan MDMA, yang diikuti oleh perawatan di rumah sakit, kadang-kadang hingga dibutuhkan perawatan intensif. Keracunan MDMA tidak meningkat akhir-akhirn ini dan frekuensinya lebih kecil dibandingkan keracunan yang terjadi pada penggunaan kokain.

- MDMA nampaknya tidak memiliki kecenderungan tinggi mengakibatkan ketergantungan atau reaksi putus obat, walaupun sejumlah pengguna mencari pertolongan melalui layanan rehabilitasi napza.

- MDMA nampaknya memiliki efek akut yang kecil atau tidak memiliki efek berkepanjangan pada kesehatan mental para pengguna tingkat sedang; tidak seperti yang terjadi pada pengguna amfetamin dan kokain; penggunaan MDMA jarang mengakibatkan episode paranoid yang signifikan.

- Saat ini hanya terdapat sedikit bukti dampak buruk jangka panjang pada otak, baik terhadap struktur maupun fungsinya. Tetapi, terdapat bukti adanya sedikit penurunan dalam varietas domain, termasuk memori verbal, wlau dalam dosis kumulatif yang rendah. Besaran defisit ini nampaknya kecil dan relevansi klinisnya tidak jelas. Bukti menunjukkan bahwa MDMA telah disalahgunakan di UK selama 20 tahun, tetapi harus dicatat bahwa efek-efek jangka panjang belum dapat ditentukan.

- Secara keseluruhan, ACMD memutuskan bahwa dampak buruk fisik MDMA lebih mirip dengan dampak buruk amfetamin, dibandingkan dengan heroin atau kokain.

- Penggunaan MDMA namapaknya hanya memiliki sedikit efek sosial dalam arti efek intoksikasi atau gangguan sosial. Tetapi, ACMD mencata proporsi sangat kecil kasus-kasus ketika penggunaan 'ekstasi' kemudian diikuti oleh serangan seksual.

- Perilaku tidak terkendali, impulsif, kasar dan berisiko, nampaknya tidak terlihat terjadi di bawah pengaruh MDMA, tidak seperti kokain, amfetamin, heroin dan alkohol.

Kelemahan utama dalam dasar-dasar riset, tentunya harus diketahui; MDMA adalah napza yang relatif baru (dalam hal luasnya penggunaan) dibandingkan dengan, contohnya, amfetamin atau kokain, dan ilegalitas MDMA merupakan hambatan tambahan dalam riset. Tetapi, kita kini memiliki penjajakan risiko napza yang masuk akal, yang secara spesifik dapat dikaitkan dengan stimulan-stimulan lainnya.

Risiko-risiko toksik/akut MDMA relatif rendah, terutama bila saran pengurangan risiko dasar telah dilakukan; hal ini termasuk hidrasi, mengelola isu panas yang berlebihan di lingkungan klub dansa/pesta, dan menyadari risiko-risiko penggunaan berbagai jenis napza dalam waktu bersamaan *(poly-drug use).* Sementara penggunaan napza berisiko tinggi diobservasi, pola-pola ketergantungan dalam penggunaan napza sangat jarang ditemukan. Tidak seperti kokain dan amfetamin, MDMA tidak memiliki sisi penggunaan fungsional/gaya hidup, dan juga tidak memiiki isu-isu ketergantungan kronis karena penggunaan dosis tinggi denga frekuensi yang kerap.

Mengingat hal tersebut, kami mengajukan sebagai titik awal, model suplai apoteker spesialis, bersamaan dengan pendekatan yang digambarkan untuk amfetamin dan kokain. Penggunaan MDMA yang berlatar belakang musik dansa/lingkungan pesta, dapat berarti bahwa model klub berlisensi berdasarkan keanggotaan dapat dieksplorasi, setidaknya dalam tahap eksperimen. Model terakhir ini akan menjadi respon yang tepat terhadap penerimaan realitas penggunaan MDMA.; MDMA mudah didapatkan dengan harga murah di banyak

klub dan lingkungan sejenis. Faktanya, pengalaman di Inggris adalah harga pil ekstasi menurun drastis dalam dua dekade terakhir, walaupun penggunaan menurun tipis sejak puncak popularitas ekstasi di pertengahan 90-an. Dalam tataran praktis, sebuah 'gerai berlisensi untuk menggunakan napza di tempat' akan menfasilitasi pilihan berdasarkan informasi lengkap mengenai kandungan dan dosis ekstasi. Pilihan berdasrkan informasi lengkap dikorbankan dalam pasar gelap, ketika 'pil' tidak diketahui kekuatan, kandungan, dan kemurniaannya.

'Gerai berlisensi untuk menggunakan napza di tempat ' juga akan dapat mengambil peran yang sama dengan apoteker. Mereka diharapkan akan dapat membatasi penjualan berdasarkan tingkat intoksikasi, pembelian berulang dan pembatasan volume pembelian, sembari menawarkan saran-saran untuk penggunaan yang lebih aman. Gerai semacam ini sejak awal dapat diatur untuk melayani anggota yang terdaftar saja. Hal ini akan menawarkan derajat pengendalian terhadap akses, dengan sanksi pencabutan keanggotan bagi 'para pelanggar'. Pelanggaran dapat berupa penjualan pada pihak ketiga, atau memberi pasokan terhadap individu yang telah ditolak mengakses klub.

Sebagai tambahan, properti *'empathogen'/'entactogen'* pada MDMA dapat menjadi penguatan untuk menciptakan jalur akses tambahan : menyediakan MDMA untuk penggunaan terapeutik yang diawasi melalui dokter berlisensi. Penggunaan MDMA dalam lingkungan terapeutik telah menjadi subjek riset yang hingga kini tengah berlangsung dalam menolong terapi pasangan, depresi, kepanikan pada pasien kanker, dan stres pasca trauma. Tanpa mengumbar kemujaraban MDMA, riset-riset yang berpotensi bermanfaat seharusnya tidak dibatasi semata-mata karena kecemasan atas penggunaan rekreasional MDMA pada pesta-pesta yang tidak berhubungan dengan fungsi medis. Memahami potensi ini, riset-riset resmi berlisensi untuk menemukan

fungsi terapeutik MdMA telah mulai meluas di AS dan berbagai tempat lainnya.[86]

5.4.4. Kemunculan Analog MDMA dan 'Napza Analog Sintetis' Lainnya

Selama dua atau tiga dekade lalu, kemunculan MDMA, dan berbagai senyawa lainnya yang berkaitan, telah menimbulkan pertanyaan sulit tentang bagaimana badan-badan kesehatan masyarakat dan penegak hukum mengatasi kemunculan napza psikoaktif baru. Di beberapa negara, termasuk Inggris, seluruh kategori senyawa kimia yang serupa (temasuk setiap varian yang berpotensi dikembangkan di masa depan) diatur oleh undang-undang yang sama.

Adalah masuk akal untuk mengajukan napza baru yang tidak diatur dalam kerangka regulasi yang sudah ada, untuk tidak dibiarkan tersedia secara legal dengan sendirinya, seperti kerap terjadi saat ini. Pelarangan saat ini, terutama pada setiap bentuk penjualan komersal, akan nampak menjadi wacana yang lebih berhati-hati dan bertanggung jawab untuk diambil (undang-undang mengenai bahan beracun dapat juga diberlakukan untuk mencakup distribusi substansi-substansi tak dikenal, terutama bila dalam terminologi yang salah atau tanpa informasi yang lengkap). Pelarangan semacam ini akan diberlakukan sampai tiap-tiap jenis napza tersebut telah dijadikan subjek evaluasi dan rekomendasi yang layak oleh badan-badan regulasi yang berwenang.

Bagaimana sesungguhnya pelarangan akan bekerja menimbulkan serangkaian pertanyaan yang cukup rumit. Pemisahan-pemisahan harus dilakukan, dan sanksi-sanksi ditentukan, berdasarkan sifat alami napza dan motif-motif produksi dan suplai napza tersebut. Pengembangan komersial dan penjualan napza yang tidak terklasifikasi akan menjadi target pembatasan semacam itu. Tetapi, nampaknya insentif bagi ahli kimia ilegal untuk mengembangkan dan memasarkan napza baru yang tidak teregulasi akan berkurang bila napza legal

[86] Lihat sebagai contoh: **www.maps.org/mdma/**

alternatif tersedia. Aktivitas-aktivitas komersial semacam ini akan berguna bila dipisahkan dari aktivitas para *'psychonaut'*: orang-orang yang melakukan eksperimen psikis menggunakan senyawa-senyawa psikoaktif, ahli kimia napza atau orang-orang yang memiliki hobi mengeksplorasi napza. Riset tentang napza jenis baru idealnya dilakukan dalam badan akademis atau badan negara di bawah pengawasan eksternal dan pengamatan yang cermat.

Bacaan Lanjutan

- M. Haden, **'Controlling Illicit Stimulants: A Regulated Market Model'**, Harm Reduction Journal 5:1, 2008
- **'The Cocaine Project Report'**, World Health Organization, and UN Inter-regional Crime and Justice Research Institute, 1995
- **'Coca Myths'**, Transnational Institute, 2009
- C. Reinarman, H.Levine (eds.), **'Crack in America: Demon Drugs and Social Justice'**, University of California Press, 1997
- M. Jay, **'From Soft Drink to Hard Drug: A Snapshot History of Coca, Cocaine and Crack'**, Transform Drug Policy Foundation, 2005
- T.Feiling, **'The Candy Machine: How Cocaine Took Over the World', Penguin**, 2009
- P. Fleming, **'Prescribing Amphetamine to Amphetamine Users as A Harm Reduction Measure'**, International Journal of Harm Reduction, 9:5, Hal. 339-344, 1998
- Untuk latar belakang berbagai napza stimulan yang berbeda, lihat: EMCDDA 'drug profile' : **www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles**
- **'BZP: New Zealand's Experiment with Legal Regulation of a Non-Medical Stimulant'**, Transform Drug Policy Foundation, segera terbit.

5.5 Psychedelic

Kategori luas halusinogen, yaitu napza yang menimbulkan halusinasi, dapat dipisahkan menjadi 3 sub-kelompok yang berbeda, berdasarkan cara bekerja

dan efek-efek subjektif. Sub-kelompok ini adalah *dissociative*,[87] *deliriant*,[88] dan *psychedelic*. Pada bab ini, kita akan berfokus pada *psychedelic*.

Psychedelic adalah sebuah istilah yang relatif baru, pada dasarnya berarti mewujudkan pikiran (*'mind manifesting'*), digunakan untuk mendeskripsikan golongan napza yang menyebabkan perubahan subjektif pada perspektif dan kesadaran. *Psychedelic* yang paling sering digunakan dalam tataran non-medis adalah LSD (*lysergic acid diethylamide*), *psilocybin/psylocibe* (bentuk tanaman alami: *'magic' mushroom*), *mescaline* (bentuk tanaman alami: *peyote* dan *San Pedro cacti*) dan DMT (bentuk tanaman alami: *ayahuasca*).[89] Napza lain, termasuk ganja dan sebagian dari kelompok MDMA, juga memiliki efek-efek *psychedelic*; yang bukan merupakan efek dominan' dan karenanya napza-napza tersebut tidak diikutsertakan ke dalam golongan *psychedelic*.

Sementara semua napza memiiliki profil risiko tersendiri, jenis-jenis *psychedelic* ini memiliki banyak kesamaan kualitas. Mereka secara umum dianggap memiliki toksisitas dan potensi mengakibatkan overdosis yang rendah. Fatalitas yang dikaitkan dengan penggunaan *psychedelic* cukup jarang, dan bila sampai terjadi biasanya merupakan akibat penggunaan berbagai jenis napza dalam waktu bersamaan *(poly-drug use)*, atau kecelakaan terjadi di bawah pengaruh *psychedelic* karena kurangnya kemampuan menahan diri, kecerobohan, dan

---

87 *Dissociative*, termasuk *ketamine*, *phencyclidine (*PCP) dan *nitrous oxide*, cenderung menimbulkan efek kehilangan kemampuan sensorik/keluar dari tubuh/pengalaman bermimpi yang seakan sangat nyata dengan menghambat pikiran sadar dari bagian lain kesadaran (*ketamine* dan *nitrous oxide* digunakan dalam anestesi karena efek-efek ini)

88 *Deliriant,* termasuk mandrake, henbane, dan tanaman jenis datura (dan beberapa jenis obat-obatan farmasi dalam dosis tinggi seperti Benadryl) yang memiliki cara kerja spesifik pada otak dan menciptakan halusinasi mendalam. Substansi-substansi ini lebih bersifat toksik daripada halusinogen lainnya, dan kerap dihubungkan dengan efek-efek samping fisik yang tidak menyenangkan, dan biasanya tidak digunakan secara meluas untuk rekreasi (dan kebanyakan dari substansi-substansi ini tidak pernah dilarang untuk digunakan), kebanyakan hanya menarik perhatian para ahli sejarah dan sekelompok kecil *'psychonaut'*).

89 *Psychedelic* dalam bentuk tanaman digunakan dalam konteks religius atau ritual shaman, juga kadang-kadang digambarkan sebagai *'entheogen'*.

disorientasi.[90] Sebagai tambahan, berbagai jenis *psychedelic* ini tidak memiliki 'pola penggunaan dengan ketergantungan' (kecenderungan alami yang kuat dari pengalaman ini adalah pembatasan pribadi[91]) atau efek-efek putus obat, dan jarang terjadi penggunaan berfrekuensi tinggi atau penggunaan berlebihan. Bagaimanapun, harus dicatat bahwa penggunaan *psychedelic* dapat menjadi problematik dalam cara yang berbeda. Risiko-risiko kunci yang telah diidentifikasi adalah memburuknya situasi pada masalah kesehatan mental yang telah ada sebelumnya, atau kemunculan masalah kesehatan mental yang sebelumnya tidak terdeteksi, dan potensi terjadinya pengalaman negatif yang mengakibatkan trauma psikologis (sering disebut *'bad trip'*), dan kadang-kadang termasuk episode psikotik akut.

Karena *pyschedelic* memiliki toksisitas rendah dan berpotensi rendah mengakibatkan ketergantungan, kebanyakan penjajakan risiko *psychedelic* menempatkan substansi ini sebagai berisiko rendah dibandingkan dengan sebagian besar napza stimulan dan depresan.[92] Risiko-risiko yang sudah ada, yang akan menjadi sumber informasi bagi model regulasi suplai dan penggunaan yang diajukan, difokuskan pada individu-individu yang memiliki kerentanan kesehatan mental, dan isu-isu seputar perangkat yang tak layak (pemikiran/situasi emosional dan psikologis ketika mengkonsumsi *psychedelic*) dan lingkungan (lingkungan penggunaan, termasuk lingkungan fisik maupun rekan sebaya).

Penggunaan *psychedelic* mencakup seluruh bentangan perilaku. Perilaku-perilaku ini secara luas dapat dibagi untuk digunakan secara spesifik bagi efek

---

[90] Walau perbincangan yang dipercayai sebagian besar masyarakat bahwa orang yang berada dalam pengaruh *psychedelic* : *'berpikir mereka dapat terbang dan melompat keluar jendela'* adalah buah kepanikan LSD di tahun 1960-an, terdapat beberapa fakta tak terbantah bahwa beberapa kecelakan serius , bahkan beberapa di antaranya fatal, terjadi karena penggunaan *psychedelic*.

[91] Perkembangan toleransi yang sangat cepat (termasuk toleransi silang antar berbagai jenis *psychedelic*) adalah faktor yang membatasi.

[92] Lihat: Nutt *et al*., **'Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse'**, The Lancet, 369, 2007, Hal. 1047-1053. Untuk alasan-alasan historis yang dapat dilacak balik ke peristiwa kemunculan napza psychedelic sebagai bagian utama pergerakan kontra kultur tahun 1960-an, klasifikasi legal (di Amerika Serikat dan Inggris sebagai contoh) cenderung menempatkan psychedelic secara tak lazim pada kategori *'paling berbahaya'*, bersamaan dengan heroin dan kokain.

'mewujudkan pemikiran', sebagai bagian eksplorasi pribadi atau kelompok, pengalaman, atau ritual, dan digunakan lebih sebagai tambahan atau penguat dalam aktivitas rekreasional, dalam berbagai situasi sosial, seperti konser musik, pesta, klub malam, dan lain sebagainya.

Tiga dari empat *psychedelic* yang didiskusikan di sini, yaitu: *psylocybin*, *mescaline* dan DMT, terdapat dalam bentuk tanaman alami demikian juga produk farmasi yang sudah diproses. *Psychedelic* berbahan dasar tanaman ini memiliki sejarah panjang penggunaan untuk keperluan ritual/sakramen/shamanisme dalam berbagai kultur. Contohnya termasuk penggunaan kaktus *peyote* untuk keperluan sakramen pada masyarakat asli benua Amerika, penggunaan kaktus *San Pedro* pada masyarakat adat Andes, serta penggunaan *ayahuasca* pada masyarakat adat Amazon, dan penggunaan jamur *psylocybin* secara meluas, yang merefleksikan keberadaan mereka yang tersebar di mana-mana secara geografis.

Penggunaan *ayahuasca* dan kaktus *peyote/San Pedro* di luar lokasi-lokasi kultur asli ini hanya terdapat dalam skala kecil dan sebagian besar terbatas dalam konteks ritual/spiritual. Sediaan tanaman untuk konsumsi cukup sulit dan melelahkan, minuman yang diseduh untuk dikonsumsi rasanya tidak enak, dan dalam kasus *ayahuasca*, kerap terdapat efek samping termasuk muntah-muntah dan diare.[93] Karenanya, tak heran tanaman-tanaman ini tidak populer di lingkungan penggunaan rekreasional atau napza yang digunakan di klub (tidak seperti *'magic' mushroom*, lihat di bawah) dan tidak terlalu mendesak untuk diregulasi. Sejalan dengan itu, senyawa aktif dalam tanaman tersebut; seperti mescaline dan DMT dilarang, secara umum tanamannya tidak dilarang. Karenanya, kaktus *San Pedro* khususnya, secara luas ditanam sebagai ornamen.

Status legal terkini psychedelic dalam bentuk tanaman kadang-kadang bertolak belakang dan membingungkan. Hal ini merefleksikan masalah-masalah praktis

[93] Penggunaan untuk keperluan sakramen kerap dihubungkan dengan proses pembersihan fisik dan spritual.

yang nyata dalam upaya menghambat akses terhadap tanaman alami, atau menentukan kriteria tertentu untuk menjadikan pemiliki tanaman/napza sebagai subjek sanksi-sanksi pidana. Sementara Konvensi PBB tentang Psikotropika tahun 1971 mengikutsertakan *mescaline*, DMT dan *psilocine/psilosin* dalam golongan 1, komentar terhadap konvensi (panduan resmi untuk implementasi dan penggunaan) menjelaskan bahwa:

> *Kultivasi tanaman-tanaman yang menghasilkan senyawa psikotropika tidak dikendalikan oleh Konvensi Wina. (....) Tidak juga bagian mahkota (buah, mescal button [ujung kaktus yang mengandung mescaline]) dari kaktus peyote, tidak juga akar tanaman mimosa hostilis, tidak juga jamur psilocybe sendiri, yang diikutsertakan dalam Golongan 1, tetapi hanya kandungan dalam tanaman tersebut: seperti mescaline, DMT dan psilocine, psilosin.*

Pasal 32 Konvensi Psikotropika 1971 sendiri memuat pengecualian tambahan:

> *Negara yang di wilayahnya tumbuh liar tanaman-tanaman yang berisi substansi psikotropika yang berada dalam daftar Golongan 1 dan telah digunakan secara tradisional oleh sejumlah kecil kelompok tertentu dalam ritual magis maupun religius, dapat, pada saat penandatanganan, ratifikasi atau aksesi, mengajukan reservasi atas tanaman-tanaman tersebut, untuk pemenuhan ketetapan pasal 7, kecuali untuk ketetapan yang berkaitan dengan perdagangan internasional.*

Banyak pengecualian semacam ini telah dilaksanakan dan terdapat dalam undang-undang domestik, memungkinkan adanya model legal atas penggunaan ritual/sakramental *psychedelic*. Salah satu contoh yang dikenal adalah pemberian izin penggunaan kaktus *peyote/mescaline* di kalangan suku-suku asli Amerika di AS, dan tidak ada persyaratan agar

seseorang mengungkap penggunaan kaktus tersebut saat bergabung dalam kesatuan militer.

Terdapat contoh-contoh jelas untuk model-model regulasi yang lebih luas yang dipelajari dari penggunaan ritual tradisional. Penggunaan semacam ini telah lama berada dalam pengendalian sosial/kultural, memastikan bahwa penggunaannya hanya pada saat-saat tertentu, dan yang penggunaannya dipersiapkan dengan jelas melalui persiapan ritual yang berhati-hati.

Di bawah model semacam ini, pengguna memiliki informasi yang lengkap dan terorganisir; yang didukung oleh pengawasan dan panduan penduduk asli, dengan mengantisipasi pengalaman menggunakan napza yang secara alami bisa berefek sangat kuat.

Bagi pengguna yang lebih mencari pengalaman *psychedelic* eksploratif, tipe model kelompok, masyarakat, atau klub dapat didasarkan pada beberapa pelajaran dari penggunaan tradisional. Model ini akan menawarkan berbagai macam sediaan *psychedelic* (secara potensial termasuk LSD, dan sediaan farmasi DMT dan *mescaline*), dan akan menggabungkan elemen-elemen 'lokasi penggunaan berlisensi' dan 'model pemasok dengan pengguna berlisensi/sistem keanggotaan'.

Model Diskusi yang Diajukan untuk Regulasi Psychedelic

MODEL-MODEL REGULASI DASAR

- Model kelompok/klub *psychedelic* berdasarkan keanggotaan yang akan menggabungkan elemen-elemen model apoteker spesialis (pemasok terlatih dan berlisensi dengan tanggung jawab spesifik), lokasi berlisensi untuk penjualan dan konsumsi, dan pengguna berlisensi (sistem keanggotaan dengan persyaratan pelatihan, dan memenuhi kriteria kesehatan tertentu).

PENGENDALIAN TERHADAP PRODUK

Dosis dan Sediaan

- Untuk *psychedelic* berbahan dasar tanaman, mengukur dosis dalam parameter kesalahan yang dapat diterima akan didasarkan atas pengetahuan yang sudah ada mengenai kuantitas/efek-efek baik sediaan minuman atau, dalam kasus jamur *psilocybin* segar atau yang dikeringkan, ditimbang sesuai dengan potensi berbagai spesies.
- Sediaan farmasi akan ditetapkan dalam unit standar pada batasan terendah dosis aktif, dosis lebih tinggi akan ditetapkan dalam berbagai fraksi atau tambahan fraksi dari unit-unit ini.

Pengendalian Harga

- Pasar gelap yang menyediakan *psychedelic* relatif kecil, dengan harga cukup rendah, tingkat penggunaan secara umum tidak sering, karena harga bukan merupakan faktor penting dalam keputusan menggunakan substansi tertentu, sehingga manfaat pengendalian harga sebagai perangkat regulasi akan sangat kecil.

- Harga tetap per unit perlu ditentukan pada penjualan berbasis non-profit (walau elemen lain dari pengalaman ini membutuhkan biaya) untuk mengurangi setiap insentif keuntungan yang mendorong penggunaan dosis lebih tinggi, dengan potensi pajak 0% atau penetapan pajak per unit. Pengoperasian kelompok yang tidak berorientasi keuntungan semacam ini akan lebih dibutuhkan.

Pengendalian Pengemasan

- Suplai napza *psychedelic* yang digunakan di tempat berlisensi, tidak memerlukan pengendalian pengemasan spesifik.

- Bila *psychedelic* akan di bawa pulang, maka pengendalian pengemasan standar akan disyaratkan (lihat: Hal. 68), termasuk wadah yang tahan rusak dan tidak mudah dibuka oleh anak-anak.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMASOK / GERAI SUPLAI

Pemberian Lisensi pada Pemasok

Pemasok/lokasi berlisensi, serta pemegang lisensi kelompok/klub; diharapkan memegang beberapa peran dan tanggung jawab termasuk:

- Peran semacam apoteker, menyediakan informasi tentang efek, informasi kesehatan dan keamanan, layanan-layanan demikian juga membatasi akses di bawah kriteria tertentu (lihat pengendalian pengguna di bawah). Model ini memerlukan pelatihan sesuai standar sebagai syarat pemberian lisensi.

- Tanggung jawab memantau kesejahteraan pengguna, dan kewajiban merawat bila pengguna mengalami kesulitan atau masalah, hal ini dapat termasuk persyaratan untuk mendampingi/memandu selama efek penggunaan berlangsung, berperan sebagai 'pengasuh' (pengasuh tidak diperkenankan ikut menggunakan), terutama bagi individu yang menggunakan untuk pertama kali atau individu yang belum berpengalaman. Para pengasuh juga dapat diberi lisensi untuk memberikan benzodiazepine, yang berfungsi mengurangi atau membalikkan kecemasan ekstrem karena efek *psychedelic.*

- Pengiriman dan penyimpanan suplai napza yang aman, bersamaan dengan penyimpanan catatan penjualan dan keanggotaan yang akurat.

- Mengelola keanggotaan (menyertakan atau tidak menyertakan) menurut kriteria yang dimandatkan secara jelas, dan memastikan akses dibatasi hanya untuk anggota.

- Penegakan regulasi kesehatan dan keamanan standar.

- Membatasi penggunaan napza di dalam lingkungan kelompok terbatas hanya jenis-jenis tertentu *psychedelic* berlisensi. Isu-isu seputar lokasi tempat penjualan, kerapatan antar gerai, dan jam beroperasi akan ditentukan oleh otoritas lokal pemberi lisensi, tetapi tidak akan menjadi isu utama karena penggunaan dalam kelompok atau penggunaan yang didampingi akan dijadwalkan dan tempat penjualan dapat bervariasi (termasuk, contohnya, tempat penjualan yang disewa atau rumah/kebun pribadi).

Penjualan dalam Jumlah Besar / Pengendalian Pendistribusian

- Bila penjualan adalah untuk penggunaan di tempat yang diawasi, pengendalian distribusi tidak menjadi masalah, karena *psychedelic* dari pemasok disajikan untuk langsung digunakan oleh si pengguna, (konsumsi dapat saja diawasi).
- Penjualan untuk dibawa pulang akan dibatasi jumlahnya pada tingkat yang pantas untuk penggunaan pribadi.

PENGENDALIAN TERHADAP PEMBELI/ PENGGUNA

Pengendalian Akses Berdasarkan Usia

- Keanggotaan dan akses akan diharuskan memenuhi kriteria umur minimal (rata-rata batas usia di atas 18 tahun)

Derajat Intoksikasi Pembeli

- Pemasok akan disyaratkan untuk menolak menjual pada individu yang nampak jelas sedang berada dalam keadaan mabuk, sesuai dengan seperangkat panduan yang jelas.
- Pembatasan tambahan pada akses dapat diaplikasikan berdasarkan kewenangan si pemasok atau berdasarkan serangkaian panduan yang ditetapkan, bila pemasok melihat perilaku calon pengguna tidak kondusif untuk menggunakan *psychedelic* tanpa bermasalah, dilihat dari berbagai alasan.

Persyaratan Mendapatkan Lisensi/Keanggotaan bagi Pembeli / Pengguna

- Akses pada keanggotaan klub/kelompok *psychedelic* dapat disyaratkan berdasarkan partisipasi dalam sesi pelatihan untuk mendapatkan pemahaman yang jelas mengenai potensi efek positif maupun negatif berbagai bentuk penggunaan *psychedelic*, menekankan pentingnya pengaturan dan lingkungan, risiko dan tanggung jawab, dll.
- Sistem keanggotaan akan bertujuan memperketat/membatasi akses individu-individu yang rentan (mereka yang memiliki gangguan kesehatan mental, masalah emosional atau psikologis, atau menggunakan obat-obatan yang berpotensi memiliki kontra indikasi), yang dapat mengakibatkan meningkatnya tingkat risiko bila menggunakan *psychedelic*. Bagaimana kriteria-kriteria tersebut dapat dievaluasi secara objektif dan dilaksanakan tanpa menjadi diskriminatif atau inkonsisten cukup problematik; mungkin pilihan terbaik adalah pertanyaan-pertanyaan tertentu ditetapkan menjadi format informal wawancara keanggotaan (biasanya berpotensi juga untuk menentukan apakah pelatihan yang diberikan sudah mencukupi). Informasi yang berkaitan, harus

diberikan secara sukarela (kecuali bila ada persyaratan untuk mendapatkan keterangan kesehatan dari dokter).

- Potensi proses keanggotaan berlapis; kemungkinan dimulai dengan pengalaman penggunaan napza non-problematik yang diawasi/dipandu/didampingi dalam dosis rendah/masa aktif pendek, menuju 'wisuda' ke akses yang lebih luas, bila dibutuhkan (berdasarkan dosis/jenis napza). Sekali seorang anggota membuktikan diri sebagai anggota yang bertanggung jawab, memahami informasi dengan lengkap dan tidak bermasalah dalam periode tertentu, mereka kemudian dapat menjalani 'wisuda' agar dapat membawa pulang suplai untuk penggunaan pribadi.
- Keanggotaan/akses dapat dicabut bila melanggar peraturan kelompok.

Model Penjualan Apotek

Model penjualan apotek/pengguna berlisensi dapat beroperasi untuk *psychedelic* tertentu, kira-kira semacam model kelompok yang dideskripsikan di atas. Model ini dapat diterapkan baik pada anggota-anggota kelompok yang sudah ada, atau memperbolehkan akses berdasarkan pelatihan serupa/proses investigasi yang memadai.

Penjualan Berlisensi dengan Ambang Batas Lebih Rendah untuk *Psilocybin ('Magic' Mushroom)*

Psilocybin atau *'magic' mushroom* berbeda dari jenis-jenis *psychedelic* lain yang dibahas di buku ini dalam beberapa hal penting. Secara umum *psilocybin* memiliki masa aktif lebih pendek[94] dan, tidak seperti *peyote*, kaktus *San Pedro* dan *ayahuasca*, *psilocybin* dapat dikonsumsi mentah tanpa proses apapun.[95] Karenanya, dengan pengetahuan dasar mengenai potensi, *psilocybin* menawarkan pengendalian dosis oleh pengguna dengan relatif mudah. Di berbagai tempat di dunia, *psilocybin* tersedia di lingkungan alami, dan di antara *psychedelic* lainnya secara umum *psilocybin* dikategorikan sebagai berisiko paling kecil. Website informasi napza pemerintah Inggris; 'Frank' menyebutkan bahwa:

> *Bahaya terbesar mengkonsumsi 'magic mushroom' adalah memastikan anda mengambil jamur yang tepat. Ada ratusan varietas (jamur) dan beberapa di antara mereka sangat beracun.*[96]

Kombinasi faktor-faktor tersebut membuat jamur *psilocybin* memiliki daya tarik nyata lebih dari *psychedelic* lainnya bagi para pengguna rekreasional. Hal ini nampak dalam prevalensi penggunaan dalam kelompok pengguna rekreasional. Sebagai contoh, penggunaan *psilocybin* telah meningkat sepanjang abad lalu di Eropa, menjadi lebih populer daripada *psychedelic* yang dulu pernah disukai; LSD. Jamur *psilocybin* juga digunakan oleh populasi yang lebih kecil, biasanya dengan dosis yang lebih tinggi, untuk tataran pribadi yang berbeda, yaitu npenggunaan ritual dan spiritual yang eksploratif.

---

94 Efek *psilocybin* biasanya bertahan 2-6 jam (tergantung pada dosis dan pengguna) dibandingkan dengan 8-16 jam efek *mescaline*, *ayahuasca* dan LSD. Pengecualian pada DMT keluaran farmasi yang dihisap asapnya, efek dapat bertahan selama sekitar 5-30 menit.

95 *Psilocybin* dapat juga diseduh menjadi teh atau diolah menjadi produk makanan.

96 **www.talktofrank.com** (diakses Juli 2009).

Di banyak negara status legal jamur *psilocybin* yang ambigu, memiliki arti bahwa tanaman ini legal untuk dijual, dan hanya menjadi subjek regulasi sukarela. *Psilocybin*, tersedia secara legal di Belanda pada lokasi-lokasi yang disebut *'smart shops'*, hingga akhirnya dilarang baru-baru ini.[97] Selama beberapa tahun, *psilocybin* menjadi subjek regulasi sukarela; pengendalian umur dan beberapa informasi terbatas mengenai kesehatan dan keamanan ditempatkan pada kemasan. Di Inggris, ketika celah hukum berhasil diidentifikasi pada 2001-2002; yang memungkinkan jamur *psilocybin* segar dijual secara legal, jamur *psilocybin* yang diimpor dari Belanda segera tersedia secara meluas di *'head shops'*[98] dan gerai-gerai lainnya. *Psilocybin* menjadi subjek semacam regulasi non-formal, dan karenanya kerap dipromosikan dan dijual secara tidak bertanggung jawab.[99] Sudah dapat diprediksi, situasi ini memicu pelarangan sepenuhnya pada 2005.

Penggunaan *mushroom* meningkat selama periode ini dan kemudian menurun sejak ada pelarangan. Tetapi, karena kurangnya data riset, tidak jelas bagaimana perubahan pada penggunaan *mushroom* berpengaruh pada penggunaan *psychedelic* lain atau napza lain yang lebih berisiko.[100] Perbandingan dengan negara-negara lain yang tidak memiliki ketersediaan legal terhalang oleh kualitas data yang buruk. Tetapi secara umum, penggunaan *magic mushroom* dipandang telah meningkat di negara-negara Eropa sejak akhir 1990-an, sementara penggunaan LSD yang tetap stabil atau menurun; bisa jadi merefleksikan pilihan rasional konsumen untuk mengkonsumsi produk napza dengan potensi lebih rendah, dan masa aktif lebih pendek. 'Periode

---

97 Pelarangan *psilocybin* dipicu oleh kegaduhan politis dan media yang memberitakan besar-besaran mengenai penjualan *psilocybin* di *smart shop* setelah terjadi beberapa insiden (semuanya melibatkan turis), yang paling disorot adalah peristiwa meninggalnya seorang turis muda Perancis yang dilaporkan telah mengkonsumsi *magic mushroom*; lihat: **http://content.time.com/time/world/article/0,8599,1650873,00.html**

98 *Head shops* di Inggris serupa dengan *smart shops* di Belanda, menyediakan *'legal high'*, alat-alat untuk menggunakan napza (pipa, bong, dll) dan buku-buku mengenai kultur napza, poster, dan cendera mata lainnya

99 **'How to Deal with Psilocybe Mushrooms'**, pengantar Transform Drug Policy Foundation, 2004

100 Jamur *Fly-Agaric* (mengandung senyawa halusinogenik tipe *deliriant*, yaitu *muscimol*), pada dasarnya lebih beracun dari jamur *psilocybin*, tidak dilarang di Inggris dan masih dijual di banyak tempat yang dulu menjual jamur *psilocybin*.

penggunaan seumur hidup tanpa terputus abstinensia' *(lifetime use)* di Belanda dan Inggris relatif tinggi, tetapi penggunaan tahun lalu dan bulan lalu di kedua negara ini masih mendekati rata-rata negara Eropa lainnya. Ada negara-negara lain yang memiliki tingkat penggunaan yang setara atau lebih tinggi, tergantung pada perangkat penghitungan yang digunakan.[101] Menariknya, survei di sekolah-sekolah yang diselenggarakan oleh *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) pada 2003[102] tidak menemukan korelasi nyata antara 'kemudahan mendapatkan *mushroom*' dengan rezim legal; dengan Belanda memiliki nilai rendah dalam hal *'kemudahan akses'* dibandingkan dengan Republik Ceko, Irlandia, Italia, Polandia dan Inggris. Nampaknya jelas bahwa meningkatnya ketersediaan dan pemasaran tanpa regulasi memiliki dampak pada tingkat penggunaan, tetapi, seperti yang selalu terjadi, gambaran ini dikacaukan oleh berbagai tren sosial paralel.

Sementara kurangnya regulasi dalam skenario Inggris dan Belanda tidaklah ideal, ketersediaan *magic mushroom* tidak sampai mengakibatkan krisis kesehatan masyarakat atau masalah sosial, kecuali judul-judul berita di surat kabar yang kerap salah mengartikan dan mengisolasi sebuah insiden. Berdasarkan fakta ini, jamur *psilocybin* dapat diatur ketersediaannya secara legal dengan cara regulasi yang lebih memadai berdasarkan pembelajaran dari kesalahan-kesalahan di masa lalu. Setidaknya jamur *psilocybin* harus dijual oleh pemasok berlisensi, menjadi subjek pembatasan akses berdasarkan usia, pengendalian pengemasan dan pelabelan, serta pengendalian pengiklanan dan pemasaran yang ketat. Upaya-upaya ini harus digabungkan dengan informasi efektif pengurangan risiko yang ditargetkan pada kelompok tertentu. Bila ini dilakukan, maka jamur *psilocybin* bisa jadi menjadi produk *psychedelic* dengan risiko terendah, yang akan mampu memenuhi sebagian besar permintaan *psychedelic*. Jamur *psilocybin* memiliki potensi tambahan memproduksi efek

---

[101] Lihat: **'Hallucinogenic Mushrooms; An Emerging Case Study'**, EMCDDA, 2006

[102] The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: **http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2003/The_2003_ESPAD_report.pdf**

substitusi, menjauhkan para pengguna napza rekreasional dari substansi yang lebih berisiko, seperti berbagai jenis stimulan dan alkohol.

Bacaan Lanjutan

- **'Hallucinogenic Mushrooms: An Emerging Case Study'**, EMCDDA, 2006
- **'How to Deal with Psilocybe Mushrooms'**, Transform Drug Policy Foundation, 2004
- A. Weil, **'The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness'**, Mariner Books, 1998
- P. Stafford, **'Psychedelics Encyclopaedia'**, Ronin Publishing, 1993
- **'Hallucinogenic Mushrooms'**: EMCDDA drug profile
- **'LSD'**: EMCDDA drug profile

5.6. Depresan

Penggunaan napza depresan, termasuk opiat, benzodiazepin, dan barbiturat, dihubungkan dengan seperangkat perilaku yang didefinisikan oleh spektrum luas motivasi dan fungsi. Spektrum ini terbentang dari mencari kenikmatan konvensional, sampai dengan mengurangi atau melarikan diri dari gangguan emosional atau fisik, stres, dan rasa tak nyaman. Sebenarnya, penggunaan depresan berada di antara fungsi rekreasional dan medis/semi-medis, keterikatan di antara fungsi tersebut seringkali menjadi tidak jelas. Menjangkau populasi pengguna depresan, sebagian besar dari mereka digambarkan memiliki tingkat kesejahteraan yang rendah,

Menjangkau populasi pengguna depresan, sebagian besar dari mereka digambarkan memiliki tingkat kesejahteraan yang rendah, sehingga memerlukan seperangkat pendekatan kebijakan yang unik.

sehingga memerlukan seperangkat pendekatan kebijakan yang unik. Kelompok besar pengguna depresan ini mencari kenyamanan sementara dalam napza depresan, lebih sebagai bentuk *'penyembuhan pribadi'* yang fungsional daripada hedonisme. Faktor-faktor yang berkontribusi dapat termasuk isu-isu emosional, psikologis atau kesehatan mental, kerap digabungkan dengan kebutuhan sosial ekonomi yang tak terpenuhi.

Tingkat penggunaan problematik nampaknya adalah refleksi lebih dekat dari kesejahteraan pribadi dan sosial dibandingkan penggunaan napza kelompok lain (sebagai contoh: stimulan dan *psychedelic*). Tentunya, sistem regulasi legal yang efektif harus dapat mengurangi secara dramatis dampak buruk yang dihubungkan dengan penggunaan depresan. Tetapi, hal-hal khusus yang berada di balik motivasi penggunaan depresan, sekali lagi menekankan pentingnya konteks kebijakan sosial yang lebih luas di ranah kebijakan napza. Dalam jangka panjang, kita hanya dapat mengurangi penggunaan depresan problematik dengan memperhatikan hal-hal yang menyebabkan rendahnya kesejahteraan pribadi dan sosial individu.

Penting untuk menekankan bahwa alkohol juga termasuk napza depresan, walau dalam dosis rendah hingga medium, alkohol berfungsi sebagai substansi yang mengurangi kesadaran (dis-inhibitor), dan nampaknya memiliki kandungan stimulan. Konsumsi alkohol problematik memiliki karakteristik yang paralel dengan penggunaan depresan yang diresepkan maupun yang ilegal.

Dua karakteristik utama profil risiko napza depresan mempengaruhi regulasi depresan. Pertama, karena toksisitas kronis depresan bervariasi dalam bentangan luas, maka depresan memiliki potensi tinggi mengakibatkan overdosis. Pada depresan yang bekerja di sistem syaraf pusat, ambang batas ketika efek yang diharapkan pada napza tersebut menjadi berbahaya, berpotensi mengakibatkan kehilangan kesadaran, koma atau kematian; relatif jarang terjadi. Risiko khusus muncul ketika napza depresan digunakan dalam kombinasi; kerap kali alkohol dikombinasikan dengan depresan yang diresepkan atau depresan ilegal. Yang kedua, depresan memiliki potensi relatif

tinggi menyebabkan pola ketergantungan. Seluruh jenis depresan dapat memproduksi efek putus obat yang sangat kuat (pada barbiturat, contohnya, kadang hingga terjadi kematian) dan dorongan kuat untuk mengkonsumsi, demikian juga perkembangan toleransi. Komponen psiko-sosial ketergantungan depresan juga dapat berpengaruh kuat, terutama dalam konteks penggunaan depresan untuk *'penyembuhan pribadi'* atau melarikan diri dari kenyataan.

5.6.1. Opiat

Sebuah penggolongan napza yang luas dengan struktur molekul serupa dan memiliki persamaan karakteristik, dikategorikan menjadi golongan opiat.

Opiat dikategorikan menjadi:

- **Opiat dari sumber alami**: dari tanaman *opium poppy*; morfin, kodein[103] dan *thebain*, dalam kombinasi dengan resin poppy seperti opium[104] atau dalam bentuk 'ekstrak opium dalam alkohol' *(tincture)* seperti *laudanum*.

- **Opiat semi-sintetis** di antaranya adalah: *oxycodone* (dalam bentuk obat-obatan farmasi memiliki merek *OxyContin*[105]), *hydrocodone* (dengan merek *Dicodid*, atau lebih umum dikombinasikan dengan parasetamol, dengan merek *Vicodin*[106]) dan *diamorphine*, yang juga dikenal sebagai heroin, sebuah merek farmasi orisinal, yang kemudian justru secara efektif menjadi nama generik substansi tersebut.

- **Opiat sintetik** termasuk metadon *(methadone)*, *pethidine*, *fentanyl* dan *tramadol*.

---

[103] Kodein tersedia dalam berbagai bentuk produk obat bebas pereda nyeri, biasanya dikombinasikan dengan parasetamol, antara lain *Solpadeine*

[104] Opium juga mengandung beberapa zat aktif lain dalam tingkat lebih rendah.

[105] *OxyContin* adalah satu produk dari berbagai jenis *oxycodone* produksi perusahaan farmasi, baik yang bermerek maupun generik.

[106] *Vicodin* adalah satu produk dari berbagai jenis sediaan *hydrocodone* produksi perusahan farmasi baik yang bermerek maupun generik, yang termasuk sediaan yang dikombinasikan dengan parasetamol (kombinasi dengan asetaminofen dikenal dengan merek *Percocet*), kombinasi dengan aspirin (merek *Percodan*), dan kombinasi dengan *ibuprofen* (merek *Combunox*).

Pola penggunaan opiat sangat bervariasi di tiap-tiap negara maupun wilayah. Hal ini merefleksikan sejarah ketersediaan opiat yang bervariasi selama dua abad terakhir, kultur penggunaan lokal opiat telah terbentuk selama masa ketersediaannya, dan konteks sosial, ekonomi, dan kultural yang lebih luas mempengaruhi secara tidak langsung. Dalam upaya merancang respon kebijakan yang efektif dalam isu-isu seputar penggunaan opiat perlu untuk memandang golongan-golongan opiat tersebut dalam satu kesatuan; ada tingkat pergeseran penggunaan yang tinggi yang mungkin terjadi antar berbagai jenis opiat dengan efek serupa, atau antar sediaan yang berbeda dan antar berbagai metode dalam menggunakan opiat yang sama. Dalam konteks ini, napza depresan jenis lain, dan penggunaan napza secara luas harus diperhatikan.

Berbagai respon kebijakan terhadap opiat harus menyeimbangkan tujuan jangka pendek untuk mengurangi dampak buruk yang berhubungan dengan penggunaan opiat yang sekarang masih terjadi, terutama dampak buruk yang tidak seharusnya terjadi akibat menyuntikkan opiat, juga mencermati tujuan jangka panjang untuk mengurangi dampak buruk penggunaan opiat problematik dan masalah-masalah di seputar penggunaannya. Efek jangka pendek dan jangka panjang harus bekerja bersamaan untuk menggeser pola penggunaan opiat, dari penggunaan produk-produk yang lebih bermasalah ke produk-produk yang kurang bermasalah (baik napza maupun sediaan napza), penyediaan lingkungan penggunaan dengan risiko kecil, dan mempromosikan perilaku penggunaan yang kurang berisiko. Bila dilakukan secara bersamaan, upaya ini akan dapat mengurangi ketergantungan opiat, dan mencapai pengurangan permintaan opiat dalam jangka panjang dengan melenyapkan halangan-halangan untuk memperhatikan masalah kebijakan sosial yang lebih luas, yang mendasari terjadinya penggunaan problematik opiat dan napza lainnya.

Titik potong antara penggunaan formal opiat medis, penggunaan semi-medis informal, serta penggunaan rekreasional yang meluas, memunculkan sejumlah tantangan. Seperti yang disebutkan dalam *Bab 2* (dan *Lampiran 2*), hampir separuh produksi opium global adalah untuk keperluan produksi obat-obatan farmasi medis yang legal. Perhatian khusus harus diberikan untuk menghindari masalah utama saat ini; ketakutan akan meningkatnya penggunaan opiat ilegal atau rekreasional non-medis kerap membatasi akses opiat untuk keperluan medis, termasuk perawatan paliatif dan pengurangan nyeri secara lebih luas.

Lingkungan yang lebih aman: Lokasi menyuntik di bawah pengawasan, Insite di Vancouver (atas), dan lokasi penggunaan napza terbuka di sebuah gang sempit, sebuah situasi yang sangat bertolak belakang.

Foto atas: Insite
Foto bawah: Stephen Rolles

Seperti yang telah disinggund dalam *Bab 2*, pendekatan pragmatis akan dimulai dengan eksplorasi kemungkinan menyusun gradien pengurangan dampak buruk yang jelas. Upaya ini akan membutuhkan aplikasi regulasi yang berbeda-beda, bersamaan dengan vektor-vektor risiko utama. Dapat diajukan agar gradien pengurangan dampak buruk dapat melibatkan sistem regulasi berlapis:

- Sebagian opiat berpotensi tinggi, opiat sintetis bermasa aktif pendek atau opiat semi-sintetis, seperti suplai dan penggunaan non-medis *fentanyl* (dan berbagai analog-nya), akan tetap dilarang dalam segala situasi. Sementara banyak dari

jenis napza ini sesekali muncul dalam populasi pengguna opiat (biasanya didapatkan dari suplai medis yang dialihkan), penggunaan seperti ini merupakan refleksi utama masalah keterbatasan akses opiat alternatif. Bila terdapat akses dan pilihan yang lebih luas terhadap opiat jenis lain, maka dapat diperkirakan bahwa sebagian besar permintaan penyediaan lebih banyak ceruk opiat medis akan menghilang.

- Ketika akses teregulasi diizinkan, pembatasan paling ketat akan diaplikasikan pada opiat injeksi, terutama *diamorphine*/heroin, yang menimbulkan risiko terbesar. Heroin akan tersedia berdasarkan peresepan medis, ketika seseorang memenuhi kriteria spesifik untuk menggunakannya. Model peresepan opiat telah menjadi sejarah panjang di beberap negara dan telah terbentuk sistem yang baik. Seperti didiskusikan dalam *Bab 2*, ada berbagai model yang dapat membuka akses penggunaan heroin berdasarkan persyaratan 'penggunaan yang diawasi dalam lingkungan klinis'.

- Opiat produksi perusahaan farmasi dalam bentuk pil oral atau larutan akan disediakan di bawah 'model apotek pemasok berlisensi' atau 'model pengguna berlisensi'. Model-model ini berpotensi untuk dikombinasikan dengan 'lokasi berlisensi yang menyediakan suplai dan konsumsi di tempat', atau klub/tempat penjualan berbasis keanggotaan. Regulasi pada tingkat spesifik untuk produk-produk tertentu akan ditentukan berdasarkan penjajakan risiko masing-masing sediaan napza. Penjajakan ini akan dikombinasikan dengan permintaan pasar lokal, pola penggunaan dan perilaku berisiko. Penggunaan opiat berdosis rendah, sediaan opiat oral dengan waktu pelepasan zat aktif lebih lambat, akan lebih ditekankan. Produk-produk yang berpotensi tinggi dan lebih berisiko tidak akan disediakan, dan akan tetap dibatasi untuk penggunaan medis semata-mata. Opiat produksi perusahaan farmasi non-injeksi (termasuk metadon) akan tersedia dalam bentuk peresepan dalam situasi tertentu. Penggunaan opiat non-injeksi dapat menjadi subjek pembatasan lebih ketat, contohnya, persyaratan konsumsi di bawah pengawasan.

- Opium yang tidak diproses atau diproses secara sedang akan menjadi subjek pengendalian yang relatif ringan, jenis opium ini akan disediakan untuk konsumsi dengan cara dihisap asapnya atau ditelan (termasuk teh poppy), di bawah model pemasok berlisensi/lokasi penjualan berlisensi/pengguna berlisensi, kombinasi model pengguna berlisensi-model penjualan apotek, atau dalam situasi tertentu dengan model peresepan. Tujuan menjadikan opium sebagai subjek pengendalian ketersediaan dengan pembatasan yang lebih ringan, adalah untuk membalikkan tren penggunaan produk-produk opiat yang berkonsentrasi tinggi, yang telah terjadi selama seabad lalu di bawah kebijakan pelarangan napza. Sediaan opium berisiko lebih rendah dapat menyerap sebagian besar permintaan pasar yang kian meningkat akan opiat yang dijual di pasar gelap, dan yang berasal dari pengalihan suplai medis; yaitu produk-produk opiat berisiko tinggi. Ketersediaan opiat untuk konsumsi di lokasi-lokasi berlisensi akan memungkinkan serangkaian pengendalian, dukungan kawan sebaya, pengurangan risiko dan menyasar peredaran infomasi kesehatan publik serta penyediaan layanan kesehatan.

Lampiran

Lampiran 1

Merombak Sistem Pengendalian Napza PBB

Masalah: Kurangnya Kelenturan

Upaya-upaya bergerak sepanjang spektrum opsi-opsi kebijakan napza yang tersedia, untuk menjauhi kebijakan pelarangan napza yang menghukum dan mendekati kebijakan dekriminalisasi penggunaan napza bagi individu dewasa dan, lebih spesifik lagi, regulasi legal produki dan suplai napza non-medis, tak dapat dipungkiri terhalang oleh kendala-kendala legal dan institusional yang diciptakan oleh keberadaan tiga konvensi napza PBB (1961, 1971, dan 1988, seperti yang diperinci di bawah ini).

Sangat perlu diperhatikan bahwa ketika konvensi-konvensi napza menetapkan aturan yang sangat ketat untuk mendukung gerakan searah sepanjang spektrum opsi kebijakan napza menuju pelarangan napza total, berbagai halangan atau parameter menyulitkan negara-negara untuk bergerak ke arah

yang berlawanan; terutama dengan adanya peningkatan pembatasan, walaupun konvensi 1988 mencatat bahwa konvensi tersebut 'selalu menjadi subjek' undang-undang hak asasi manusia. Badan Internasional Pengendalian Narkotika (*The International Narcotics Control Board* – INCB. Lihat di bawah) jarang berbicara di depan publik mengenai respon-respon pidana berlebihan dalam menangani penggunaan napza[107], bahkan ketika terdapat pelanggaran berat hak asasi manusia; sebagai contoh, penerapan sanksi hukuman mati atas kepemilikan napza (adalah pelanggaran langsung terhadap hukum internasional[108] dan Sidang Umum PBB[109]), dan eksekusi di luar pengadilan terhadap lebih dari 2000 penduduk dalam rangka Perang Narkoba di Thailand pada 2003.

Aksi diam ini sama sekali bertolak belakang dengan protes keras dan berulang INCB ketika terjadi pergeseran kecil menjauhi pelarangan napza. Baru-baru ini saja, dalam sejarah perangkat napza PBB, mengikuti upaya-upaya terpadu dari berbagai kelompok masyarakat sipil, dan organisasi non-pemerintah, komponen hak asasi manusia dibicarakan secara berarti di Komisi Napza PBB *(Commission on Narcotic Drugs-CND)* dan Badan PBB tentang Napza dan Kejahatan *(UN Office on Drugs and Crime-UNODC)*.[110]

Tantangan: Memungkinkan Peningkatan Kelenturan tanpa Mengacaukan Sistem Secara Keseluruhan

Tantangan dalam melakukan reformasi infrastruktur pengendalian napza internasional adalah untuk merancang reformasi yang melenyapkan penghalang-penghalang bagi negara maupun sekelompok negara yang tengah mengeksplorasi model-model regulasi legal dan suplai legal beberapa jenis napza yang saat ini ilegal, tanpa menghancurkan infrastruktur pengendalian napza internasional secara keseluruhan, yang sebagian di antaranya bermanfaat.

---

107 D. Barrett, **'Unique in International Relations?'**, HR2, IHRA, 2008.

108 R. Lines, **'The Death Penalty for Drug Offences'**, HR2, IHRA, 2008.

109 Sidang Umum PBB mengadopsi sebuah resolusi yang menyerukan moratorium penerapan hukuman mati pada 2007. Lihat: **http://www.un.org/press/en/2007/ga10678.doc.htm**

110 D. Barrett, **'Recalibrating the Regime'**, IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008.

Sistem pengendalian dan regulasi perdagangan produk-produk farmasi sangatlah penting. Konsensus dan tujuan bersama negara-negara adalah bahwa konvensi napza, di luar kebutuhan untuk mengatasi masalah penggunaan napza, akan berpotensi besar mengembangkan dan melaksanakan respon-respon yang lebih efektif di tingkat internasional, dipandu oleh prinsip-prinsip dan norma yang dianut PBB.

Latar Belakang Konvensi-Konvensi Napza PBB

Sistem pengendalian napza di seluruh dunia saat ini diregulasi oleh tiga konvensi internasional. Konvensi-konvensi ini adalah Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika tahun 1961*(1961 Single Convention on Narcotic Drugs)*, seperti yang diamandemen dalam Protokol 1972 (*1972 Protocol)*, Konvensi PBB tentang Psikotropika tahun 1971 (*1971 Convention on Psychotropic Substances)* dan Konvensi PBB tentang Perdagangan Gelap Narkotika dan Psikotropika tahun 1988 (*1988 Convention against Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*).[111] Sampai dengan Maret 2008, sudah 183 negara yang menandatangani ketiga konvensi tersebut.

'...kami percaya, telah tiba waktunya bagi perjanjian-perjanjian internasional untuk dipertimbangkan ulang' dan merekomendasikan agar '....pemerintah menginisiasi diskusi mengenai langkah-langkah alternatif dengan Komisi Napza PBB, termasuk kemungkinan legalisasi dan regulasi, untuk mengatasi dilema napza global.'

Laporan 'The UK House of Commons Home Affairs Select Committee 2001'

"The Government's Drug Policy: Is It Working?"

Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika tahun 1961

Batu fondasi sistem pengendalian napza global adalah Konvensi Tunggal PBB tentang Narkotika tahun 1961, karena konvensi tersebut secara luas

[111] Versi lengkap tiga perjanjian internasional ini dapat diakses melalui website: **www.unodc.org**

menggantikan perjanjian internasional sebelumnya yang berkembang sedikit demi sedikit sejak tahun-tahun awal abad ke-20. Bisa dikatakan salah satu perjanjian internasional yang pertama dan paling signifikan adalah Konvensi Opium Hague *(Hague Opium Convention)* pada 1912, yang merupakan lanjutan dari Komisi Opium Shanghai *(Shanghai Opium Commission)* yang diorganisir oleh AS pada 1909. Dari 13 negara yang terlibat dalam komisi, semuanya menginginkan untuk membatasi perdagangan opium (walau terdapat serangkaian perbedaan alasan kultur, geopolitik dan ekonomi). Konvensi Hague yang diadakan pada 1912 menetapkan model pengendalian napza internasional yang berlanjut hingga hari ini, mengikat pihak-pihak penandatangan untuk membatasi produksi, suplai dan penggunaan opium hanya untuk konteks medis, menggabungkan upaya-upaya internasional untuk menegakkan pembatasan pada penggunaan non-medis termasuk penutupan lokasi-lokasi penjualan dan konsumsi opium *(opium den)*, dan secara spesifik menghukum kepemilikan tanpa kewenangan. Adalah menarik untuk mencatat bahwa pengendalian napza menampilkan pola-pola pengembangan kebijakan sosial, kriminal atau kesehatan masyarakat kontemporer yang bersifat kebalikan dari evolusioner, tetapi justru dimulai dari pendekatan internasional yang dikendalikan dari atas, yang kemudian dikonsolidasikan ke dalam kebijakan domestik dan undang-undang pada tahap berikutnya.[112]

Konvensi 1961 menguraikan prinsip-prinsip pelarangan yang sama seperti perjanjian internasional pendahulunya, tetapi untuk spektrum napza yang jauh lebih luas, dan pada dasarnya mengikutsertakan lebih banyak negara penandatangan. Konvensi 1961 membentuk kebijakan napza di tingkat global dan domestik hingga setengah abad berikutnya. Dengan cara yang sama dengan Konvensi Opium Hague, Konvensi 1961, sebagai kewajiban umum di bawah Pasal 4(c) mensyaratkan negara penandatangan untuk membatasi produksi, manufaktur, ekspor, impor, distribusi, perdagangan, penggunaan dan

[112] A. Jamieson, **'International Drug Conventions, National Compliance and the UN Commentaries: the Shaming Mechanism'**, dalam N. Dorn, A. Jamieson, **'European Drug Laws: the Room for Manoeuvre'**, Drugscope, 2001.

kepemilikan berbagai jenis napza yang berada dalam daftar secara eksklusif hanya untuk *'keperluan medis dan saintifik'*.

Menyikapi keprihatinan bersama di era tersebut (harap diingat bahwa isi teks utama konvensi disusun pada tahun 1950-an, sebagian lainnya disusun seputar tahun 1940-an [113]), Konvensi menaruh perhatian khusus terhadap napza berbahan dasar tanaman: opium, koka, dan ganja (bersamaan dengan napza turunannya; heroin dan kokain). Faktanya, ada lebih dari 100 substansi ilegal ditempatkan dalam 4 penggolongan, berdasarkan urutan nama pada tingkat dampak buruk yang ditimbulkan (secara khusus berdasarkan tingkat kemudahan menyebabkan ketergantungan), berdasarkan pemahaman tentang napza tersebut pada masa itu.[114] Perlu diingat, periode penyusunan Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (1946-1948) adalah bersamaan dengan penyusunan Konvensi 1961 pada tahapan tertentu, dan telah disahkan selama 13 tahun pada saat pemberlakuan Konvensi 1961. Sayangnya Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia nampaknya tidak memilik pengaruh atas negosiasi penyusunan Konvensi 1961, ketiadaan referensi ke Deklarasi Universal dalam pembukaan Konvensi 1961 menjadi sangat kentara.

Pasal 2 dari Konvensi 1961 menentukan bahwa suplai atau pendistribusian setiap substansi yang berada dalam daftar penggolongan hanya dimungkinkan di bawah otoritas legal, atau di bawah lisensi.

- Golongan 1 adalah substansi yang menjadi subjek seluruh pengendalian yang dimaksud dalam Konvensi, termasuk di dalamnya adalah heroin, kokain dan ganja.

- Golongan 2 terdiri dari substansi-substansi yang digunakan untuk keperluan medis yang dianggap tidak membutuhkan pengendalian yang

[113] Untuk mendapatkan perspektif lebih luas, Al Capone meninggal pada tahun 1947.

[114] Bagaimana penyusunan peringkat ini ditentukan masih tidak jelas dan terdapat serangkaian kritik tentang anomali-anomali dalam peringkat dan manfaat lebih luas dari sistem penggolongan (lihat: Bab 4.2, Hal. 99)

terlalu ketat, karena dipandang berisiko kecil untuk disalahgunakan, seperti kodein.

- Golongan 3 efektif untuk pengecualian dan pada dasarnya tidak mengikutsertakan serangkaian sediaan produk farmasi yang dibuat dari substansi yang dianggap tidak cenderung disalahgunakan atau tidak dianggap memiliki efek buruk, seperti bubuk dan larutan opium dan kokain dalam dosis sangat rendah.

- Golongan 4: substansi-substansi yang diizinkan digunakan dalam jumlah yang dibutuhkan untuk keperluan medis dan riset saintifik. Ini termasuk beberapa napza dari golongan 1, ketika substansi tersebut dianggap memiliki kandungan berbahaya yang tidak setara dengan nilai terapeutik-nya, tetapi tidak dapat digantikan oleh napza jenis lain.

Konvensi 1961 juga menetapkan pembentukan INCD dalam sistem pengendalian napza internasional PBB. INCB menggambarkan diri sebagai 'badan pemantauan independen dan semi-yudisial untuk implementasi konvensi-konvensi pengendalian napza internasional PBB'.[115] INCB berperan sebagai pengawas terhadap konvensi-konvensi napza PBB, dalam teori banyak badan-badan yang serupa yang dibentuk untuk memantau pemenuhan perjanjian-perjanjian internasional PBB lainnya.[116] Tetapi, kritik terhadap aktivitas INCB kian meningkat. INCB kian dipandang sebagai tidak lentur dan tidak bisa berkompromi, berlaku seperti 'penjaga' kemurnian konvensi-konvensi tersebut; menentang aktivitas yang tidak sesuai dengan interpretasi kaku perjanjian internasional, dan tidak responsif terhadap kebutuhan negara-negara pihak, sementara dunia telah berubah secara dramatis terhitung sejak saat INCB dibentuk (lihat: *Bacaan Lanjutan*, di bawah).

[115] Lihat: INCB, 'Mandate and Functions', **www.incb.org/incb/mandate**

[116] Pengawas utama antara negara-negara pihak bila ada sengketa yang berkaitan dengan konvensi-konvensi napza PBB adalah Mahkamah Internasional *(International Court of Justice)*

Konvensi PBB tentang Psikotropika tahun 1971

Konvensi 1971 dibentuk sebagai respon atas keprihatinan kemunculan napza dan perilaku yang berkaitan dengan penggunaan napza pada tahun 1960-an, terutama napza sintetis populer dan/atau napza yang diresepkan, [117] termasuk stimulan yang mirip amfetamin, barbiturat dan substansi-substansi sedatif-hipnotis/depresan lainnya, dan halusinogen (yang paling buruk reputasinya pada saat itu adalah LSD). Berbagai jenis napza ini diklasifikasikan ke dalam empat golongan menurut tingkatan dampak buruk dan nilai terapeutik yang dipahami pada saat itu, dengan hirarki yang sejalan dengan pengendalian penggunaan medis berlisensi, saintifik, serta penggunaan lainnya.

'Pada dasarnya ada semangat reformasi napza pada masyarakat dunia, untuk memastikan konvensi-konvensi napza sesuai dengan tujuannya dan menyesuaikannya dengan realitas di lapangan yang dipastikan berbeda dari saat pertama kali konvensi-konvensi tersebut disusun. Dengan ketersediaan perangkat multilateral untuk merombak konvensi, yang kita butuhkan adalah; pertama, komitmen yang diperbarui untuk menerapkan prinsip-prinsip multilateralismdan pembagian tanggung jawab; kedua, komitmen untuk melakukan reformasi berdasarkan data empiris dan bukan ideologi; ketiga, menetapkan aksi nyata untuk mendukung hal-hal di atas, tidak hanya beretorika dan banyak bicara.'

Direktur Eksekutif UNODC,
Antonio Maria Costa
'Making Drug Control "Fit for Purpose": Building on the UNGASS Decade (Hal. 13)

Kegunaan utama baik Konvensi 1961 maupun 1971 adalah untuk mengodifikasikan perangkat-perangkat pengendalian yang layak secara

[117] Badan-badan napza PBB memberi label berbagai napza sintetis tersebut 'substansi-substansi psikotropika', berdasarkan nama itu ditentukan nama Konvensi 1971, sebagai pemisahan dari 'narkotika', napza berbahan dasar tanaman yang menjadi perhatian utama Konvensi 1961. Penggunaan terminologi 'narkotika' menjadi membingungkan karena arti historis 'narkotika' adalah sebagai pemicu tidur dan rasa kebal. Di luar terminologi yang usang dan berlebihan, menurut konteks legal Amerika Serikat dan PBB 'narkotika' telah kian banyak digunakan untuk mendeskripsikan setiap jenis napza ilegal, bukan lagi sejenis napza dengan efek tertentu.

internasional untuk memastikan ketersediaan napza untuk keperluan medis dan saintifik, sekaligus mencegah kebocoran napza ke jalur ilegal. Dalam konteks ini, WHO bertanggung jawab dalam penjajakan fungsi medis dan saintifik semua jenis substansi psikoaktif, dan kemudian memberikan saran kepada Komisi Napza PBB (CND) mengenai klasifikasi napza ke dalam masing-masing golongan yang dimuat dalam konvensi 1961 dan 1971 (termasuk perubahan dalam klasifikasi).

Konvensi PBB tentang Perdagangan Gelap Narkotika dan Psikotropika tahun 1988

Konvensi 1988 pada dasarnya dirancang untuk menangani pertumbuhan masalah perdagangan napza ilegal di tingkat internasional pada tahun 1970-an dan 1980-an. Instrumen internasional sebelumnya telah gagal mencapai cita-cita pencegahan produksi, peredaran dan suplai napza ilegal dengan cara yang spektakuler. Konvensi 1988 dapat dilihat sebagai respon atas kegagalan ini dan pengakuan atas ketidakmampuan konvensi sebelumnya dalam mengatasi masalah. Pada dasarnya, Konvensi 1988 menyediakan sejumlah besar perangkat untuk mengatasi perdagangan gelap napza dan bahan-bahan kimia prekursor-nya. Website INCB menyebutkan bahwa Konvensi 1988:

> *...menyediakan perangkat komprehensif untuk mengatasi masalah perdagangan gelap, termasuk ketetapan yang mengatur mengenai pencucian uang dan pengalihan bahan kimia prekursor. Konvensi ini memungkinkan kerjasama internasional melalui, contohnya, ektradisi penyelundup napza, pengiriman napza yang dikendalikan dan pertukaran catatan kejahatan.*

Dalam Konvensi 1988, bahan kimia prekurso digolongkan dalam cara yang sama dengan napza yang telah diatur dalam konvensi-konvensi sebelumnya.

Tidak seperti Konvensi 1961 dan 1971, yang berfokus hampir secara ekslusif pada isu produksi dan suplai, Konvensi 1988 memiliki perbedaan signifikan

dengan menggabungkan komponen permintaan napza dalam satu paragraf kunci (paragraf 2 dari Pasal 3) yang secara langsung membahas tentang kriminalisasi pengguna napza. Konvensi 1988 menyatakan secara tegas bahwa:

> *... setiap negara pihak akan mengadopsi perangkat-perangkat yang mungkin dibutuhkan untuk menetapkan tuntutan pidana di bawah undang-undang domestik, ketika dilakukan secara sengaja, kepemilikan, pembelian atau kultivasi narkotika atau substansi psikotropika untuk konsumsi pribadi berlawanan dengan ketetapan Konvensi 1961, Konvensi 1961 yang sudah diamandemen, maupun Konvensi 1971.* [118]

Pernyataan ini jauh lebih spesifik dibandingkan seruan kriminalisasi atas kepemilikan napza yang pada konvensi-konvensi sebelumnya bersifat samar-samar. Seperti yang diungkapkan secara eksplisit dalam bagian komentar Konvensi 1988, paragraf ini *'jumlah napza yang didapati dimiliki oleh seseorang juga menjadi pertimbangan dalam pemidanaan konsumsi pribadi'*.[119] Ada beberapa konvensi PBB yang dapat dibandingkan, secara spesifik menetapkan sanksi pidana atas perilaku individu dewasa, justru bukan mengatur sanksi terhadap aksi-aksi negara atau pemerintah yang merupakan fokus dari sebagian besar konvensi PBB.

Satu-satunya pelarangan aksi individu berbasis konvensi yang dapat diperbandingkan walaupun samar-samar adalah konvensi untuk penyiksaan, kejahatan kemanusiaan termasuk genosida, aksi terorisme, perdagangan manusia dan eksploitasi sosial pada anak. Konvensi-konvensi ini terang-

---

[118] Secara khusus paragraf ini dibuka dengan sebuah peringatan bahwa negara-negara pihak menjadi,*'subjek prinsip-prinsip konstitusional dan konsep-konsep dasar sistem legal-nya'*.

[119] **'Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances'**, New York, United Nations Publications, E/CN.7/590, December 1988. Komentar-komentar tersebut adalah dokumen resmi yang tidak berurutan milik PBB (tidak mengikat), diproduksi dengan memperhatikan pengalaman masa lalu untuk menyediakan panduan legal untuk interpretasi dan implementasi konvensi-konvensi napza PBB.

terangan berbeda kepentingan dengan konvensi yang melarang penggunaan napza secara sadar oleh individu dewasa.

Sebuah Krisis Dalam Sistem

Krisis dalam sistem pengendalian napza internasional yang memicu timbulnya perdebatan mengenai reformasi kebijakan napza, memililki banyak aspek:

- **Kegagalan Sistemik Jangka Panjang dalam Mewujudkan Tujuan PBB Sendiri**

  Tujuan yang diserukan oleh badan-badan napza PBB adalah 'dunia bebas napza' *(a drug free world),* yang menurut pengakuan PBB sendiri, kian sulit untuk diraih. Retorika UNODC kini lebih banyak membahas tentang *'pengendalian'* daripada tentang *'pemberantasan'*, tetapi posisi ini pun tidak langgeng karena keluaran-keluaran kebijakan yang kian memburuk dalam hampir semua tolok ukur yang berarti.

Komisi Napza PBB (UN Commission on Narcotic Drugs), Wina. 2008.
Foto: Stephen Rolles

- **Tantangan, Tekanan dan Kontradiksi yang Diciptakan oleh Gerakan Pengurangan Dampak Buruk Napza:**

  Sementara gerakan pengurangan dampak buruk napza (sebagai pembedaan dari gerakan legalisasi/regulasi) secara mayoritas mendorong

reformasi dalam kerangka legal kebijakan napza terkini, tetapi tentu saja gerakan ini menimbulkan berbagai kontradiksi besar dalam infrastruktur pengendalian napza global PBB. Prinsip-prinsip pengurangan dampak buruk kerap dianggap janggal oleh para pendukung pelarangan napza, dan oleh mereka yang merancang konvensi-konvensi napza pada abad yang lalu. Adalah tidak mungkin mengabaikan fakta bahwa kebanyakan dampak buruk yang hendak dikurangi oleh para pelaku gerakan pengurangan dampak buruk; secara langsung atau tidak langsung ditimbulkan oleh pelarangan napza dan upaya penegakannya (lihat: *4.2. Menjajaki dan Menyusun Peringkat Dampak Buruk Napza*, Hal.99). Ketegangan-ketegangan ini terjadi di antara badan-badan napza PBB (khususnya CND dan INCB) dan anggota keluarga PBB lainnya (terutama UNAIDS dan WHO) dan antara kelompok-kelompok yang saling berlawanan yaitu negara-negara pendukung reformasi napza dan negara-negara yang berorientasi pelarangan napza.

❖ **Tantangan-Tantangan Dekriminalisasi**

Tren global yang kian berkembang menuju dekriminalisasi yang sebenarnya atau dekriminalisasi *de facto* atas kepemilikan dan penggunaan napza untuk keperluan pribadi, sementara masih dapat diberlakukan dalam kerangka perjanjian internasional, contohnya implementasi pengurangan dampak buruk napza, menghadapi tantangan praktis dan intelektual dari pendukung *status quo* dalam jangka panjang. Reformasi semacam ini bukan saja mempertanyakan semangat konvensi, tetapi juga mendorong *'ruang-ruang manuver'* dalam batas-batas konvensi, dan nampaknya akan semakin jauh melewati batas.

Kelenturan dalam Konvensi?

Adalah penting untuk menghargai bahwa tidak satu konvensi pun 'mengeksekusi dirinya sendiri'. Artinya, sementara konvensi-konvensi menentukan kewajiban-kewajiban negara pihak untuk mematuhi undang-

undang internasional, undang-undang semacam ini tidak secara langsung atau secara cepat dapat diterapkan. Hal ini berlawanan dengan, contohnya, status Konvensi Eropa untuk Hak Asasi Manusia di Inggris, yang sudah diadopsi ke dalam undang-undang domestik. Konvensi-konvensi itu sendiri tetap berstatus sebuah perjanjian antara negara-negara pihak. Sifat alami kontrak, ditunjang oleh besarnya jumlah negara penandatangan, yang merupakan sumber kekuatan konvensi.

INCB, sebagai badan yang bertanggung jawab mengawasi pelaksanaan perjanjian internasional, tidak memiliki kekuasaan formal untuk menegakkan implementasi berbagai ketetapan konvensi-konvensi atau menghukum negara-negara pihak yang tidak memenuhi kewajibannya.Tetapi, negara-negara yang aksinya tidak disetujui oleh INCB dapat terpapar pada kritik publik, karena protes keras INCB yang biasanya dilakukan melalui laporan tahunannya.[120]

Tak pelak lagi, negara-negara pihak diharuskan menafsirkan dan melaksanakan konvensi-konvensi PBB dengan patuh, menghormati *'tujuan dan fungsi'* konvensi-konvensi yang sudah mereka tandatangani; sebuah perilaku yang dibutuhkan agar sistem perjanjian internasional PBB memiliki koherensi, stabilitas dan otoritas.[121] Pada dasarnya, negara-negara pihak dituntut untuk, atau setidaknya diharapkan untuk mematuhi standar dan norma sistem pengendalian napza global, walaupun seperti yang sudah disebutkan di atas, otonomi undang-undang domestik ditekankan dalam seluruh konvensi.[122]

---

[120] Dengan cara yang kontras, Mahkamah Eropa untuk Hak Asasi Manusia dan Mahkamah Eropa memiliki kekuasaan penegakan hukum langsung yang lebih besar berdasarkan Konsili Eropa dan perjanjian-perjanjian antar negara Eropa, serta panduan-panduan dari masing-masing negara. Badan-badan perjanjian hak asasi manusia, walaupun sanksi utama mereka adalah politis, juga memiliki prosedur-prosedur semi-yudisial yang dapat menyarankan perbaikan termasuk kompensasi.

[121] Hal ini juga ditentukan secara spesifik dalam Konvensi Wina tentang Hukum Perjanjian Internasional, Pasal 31 (pada dasarnya, adalah sebuah perjanjian internasional yang menentukan kode undang-undang khusus tentang hukum perjanjian internasional sebagai dasar hukum sistem konvensi).

[122] Pernyataan ini dalam kerangka kelenturan dan penafsiran, dan tidak mengizinkan undang-undang negara dikutip untuk membenarkan kegagalan pelaksanaan perjanjian internasional (Lihat Pasal 27 Konvensi Wina).

Tetapi, sistem dan penyusunan kata-kata pada konvensi-konvensi internasional pasti menyisakan ruang penafsiran pada tingkatan negara. Konvensi-konvensi menawarkan pada negara-negara pihak sebuah *'ruang untuk bermanuver'* dalam menyusun formulasi dan melaksanakan kebijakan domestik dan strategi penegakan, lebih daripada yang kerap dipuji dalam wacana populer dan media. Hal ini menjelaskan mengapa, di luar konsensus nyata di balik konvensi-konvensi, ada variasi luas dalam cara konvensi-konvensi tersebut ditafsirkan dan dilaksanakan. Banyak dari interpretasi ini nampaknya akan mendorong keterikatan pada konvensi secara tersurat maupun tersirat (lihat di atas).

Beberapa pihak, yang paling menonjol adalah INCB, mengeluarkan argumen bahwa gerakan-gerakan tertentu, seperti pengurangan sanksi-sanksi pada kasus ganja atau dekriminalisasi ganja *de facto*, dan intervensi pengurangan dampak buruk napza termasuk ruang menyuntik yang diawasi (dan hingga saat ini, termasuk penyediaan jarum suntik steril [123]), adalah berlawanan dengan *'semangat yang diusung konvensi'*, terutama ketetapan lebih ketat Konvensi 1988. Meski demikian, negara-negara yang dipertanyakan memiliki posisi hukum yang kuat ketika mengeluarkan bantahan bahwa mereka masih beroperasi dalam parameter-parameter undang-undang internasional.[124]

Keleluasaan tambahan juga dimungkinkan oleh fata bahwa Konvensi 1961 tidak mendefinisikan *'keperluan medis dan saintifik'*. Untuk alasan-alasan praktis, para penyusun Konvensi 1961 tidak dapat terlalu memerinci terminologi semacam itu, karena tanpa dikatakan sebenarnya mereka memahami bahwa terminologi itu, tanpa dapat dihindari, akan memiliki arti yang berbeda-beda di negara dan kultur yang berbeda, dan pasti akan bergeser dan berubah seiring

[123] Menurut mantan Presiden INCB, Philip O. Emafo, penyediaan jarum suntik steril harus dipandang sebagai 'berlawanan dengan ketetapan konvensi-konvensi'. Wawancara dengan *'Update'*, UNODC, December 2002.

[124] Sebagai contoh: terapi rumatan metadon secara spesifik diperbolehkan di bawah konvensi-konvensi, seperti dicatat dalam bagian komentar Konvensi 1988, dan pada 2002, INCB sendiri mengeluarkan opini legal mengenai '*ruang menyuntik yang diawasi*' melalui UNDCP Legal Affairs Section: berjudul **'Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches'**, yang menyimpulkan bahwa terapi substitusi, penyediaan jarum suntik steril dan *'ruang menyuntik yang diawasi'* tidak melanggar konvensi-konvensi.

perkembangan zaman. Banyak inisiatif pengurangan dampak buruk napza yang masih dianggap kontroversial oleh INCB khususnya, terbukti secara sah merupakan intervensi medis, pencegahan HIV adalah intervensi paling nyata dan berpotensi mendapatkan dukungan politis.

Karenanya, ketika mengadopsi reformasi terbatas yang sejauh ini sudah dilakukan, seperti penyediaan jarum suntik steril dan *'ruang menyuntik yang diawasi'*, tidak akan membawa negara pihak menghadapi tekanan politik internasional yang memaksa mereka berhenti menarik manfaat dari kebijakan-kebijakan politik yang diambil negara tersebut. Lebih dari itu, pembelaan atas reformasi semacam ini di arena PBB telah diperkuat oleh fakta bahwa gerakan pengurangan dampak buruk napza telah diadopsi oleh banyak negara, dan telah menjadi subjek pengamatan cermat yang belum pernah terjadi sebelumnya. Faktanya, banyak negara pendukung reformasi kebijakan kini didukung oleh berbagai bukti yang kokoh, yang menunjukkan bahwa ketika pendekatan pengurangan dampak buruk napza dilakukan dengan tepat, maka pendekatan ini dapat membuahkan keluaran-keluaran positif di bidang kesehatan masyarakat dan peradilan pidana.[125] Posisi bertahan berdasarkan *'kekuatan dalam jumlah'* ini, menunjuk pada potensi langkah-langkah ke depan untuk reformasi yang lebih pasti di masa depan, seperti yang didiskusikan di bawah ini.

Di luar wilayah abu-abu yang kontroversial mengenai apa saja yang diizinkan dilakukan dalam konvensi-konvensi, tidak ada keraguan bahwa konvensi-konvensi tersebut pada dasarnya secara sangat spesifik bersifat pelarangan. Dalam bentuk terkini, konvensi-konvensi napza PBB tidak menawarkan ruang yang memungkinkan setiap bentuk produksi, suplai atau penggunaan non-medis yang teregulasi secara legal, di balik sejumlah kecil penyalahgunaan yang tidak bisa dihindari, ketika model-model akses medis dilakukan. Dalam setiap kasus, model-model yang sudah ada berfokus pada kelompok minoritas pengguna napza yang bermasalah, lebih daripada kelompok mayoritas

[125] Sebagai contoh: Insite, fasilitas menyuntik yang diawasi, berlokasi di Vancouver.

pengguna napza yang tidak bermasalah. Tidak ada ruang kelenturan yang tersedia untuk menerapkan kelonggaran bagi pengguna napza, menurut penafsiran objektif undang-undang, ketika tiba pada pilihan-pilihan regulasi legal produksi dan suplai napza non-medis. Bewley-Taylor (2005) mencatat bahwa:

> *Kini negara-negara dapat bermanuver untuk mendapatkan keleluasaan penafsiran dalam sistem internasional pengendalian napza, tetapi tujuan setiap aksi untuk secara formal melegalkan penggunaan napza non-medis dan saintifik akan memerlukan revisi perjanjian internasional atau proses menarik diri sepenuhnya atau sebagian dari perangkat ketetapan terkini.*

Opsi – Opsi untuk Merombak Sistem Pengendalian Napza PBB

Revisi Perjanjian Internasional

Laporan Napza Global PBB tahun *1997 (UN World Drug Report 1997)*, yang diproduksi oleh Program Pengendalian Napza PBB *(UN Drug Control Program)* [126] mencatat bahwa:

> *Undang-undang, dan juga konvensi-konvensi internasional, tidak dituliskan di atas batu; mereka dapat diubah ketika kemauan demokratis bangsa-bangsa menginginkannya.*[127]

Terdapat mekanisme yang diekspresikan secara jelas dalam konvensi-konvensi napza (demikian juga semua konvensi lainnya) untuk melakukan revisi. Ada dua

[126] Kemudian program ini diserap dalam *UN Office on Drugs and Crime* (UNODC)

[127] UNODC World Drug Report 1997, Chapter 8: **'The Regulation-Legalization Debate'**. Kalimat berikut (kalimat akhir dalam bab ketika hal itu terjadi) adalah: 'Tetapi para pendukung legalisasi harus menemukan jawaban yang lebih baik atas pertanyaan-pertanyaan sulit sebelum hati dan pikiran masyarakat dunia sejalan dengan mereka'

jalur yang memungkinan untuk melakukannya: modifikasi dan amandemen. Bewley-Taylor[128]

> *Modifikasi merujuk pada perubahan yang memungkinkan dalam perangkat aturan PBB melalui penggolongan ulang napza, yaitu dengan memindahkannya dari daftar napza ilegal yang dimuat pada Konvensi 1961 dan 1971 atau tabel-tabel Konvensi 1988, atau melalui penghapusan napza dari sebuah penggolongan / penggolongan-penggolongan atau tabel/beberapa tabel secara sekaligus. Amandemen merujuk pada perubahan formal ketetapan perjanjian internasional, misalnya pasal dalam sebuah konvensi, yang mempengaruhi semua negara pihak.*

Bewley-Taylor adalah satu dari beberapa pakar konvensi PBB yang telah memerinci kesulitan-kesulitan praktis dalam mencapai reformasi yang lebih nyata menggunakan mekanisme-mekanisme ini.

Modifikasi

Pasal 3 Konvensi 1961 memungkinkan WHO atau setiap negara pihak untuk menginisiasi proses modifikasi untuk dapat melakukan penggolongan ulang napza tertentu atau menghapus napza tersebut dari daftar napza ilegal, pada saat diinginkan. Pada kasus ganja dan koka, amandemen Konvensi 1961 juga diperlukan, karena kultivasi dan produksi tanaman-tanaman napza tersebut juga dilarang secara spesifik, terpisah dari infrastruktur penggolongan napza ilegal, karenanya secara drastis membatasi kemungkinan melakukan perombakan yang secara teori dimungkinkan bagi napza ilegal lainnya. Sifat dasar ketetapan-ketetapan dalam konvensi membuat hal ini agak akademis, karena negara pihak memiliki kuasa untuk menghambat perubahan dalam sistem. WHO yang merupakan pihak kunci dalam setiap proses modifikasi karena peran organisasi

[128] D. Bewley-Taylor, **'Challenging the UN Drug Control Conventions: Problems and Possibilities'**, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol. 14, Hal. 171-179.

tersebut sebagai penasehat, hanya dapat memberikan rekomendasi tidak mengikat, kuasa untuk melaksanakan perubahan berada pada 53 anggota Komisi Napza PBB (CND) yang beroperasi dalam UNODC dan menentukan kebijakan untuk UNODC.

Dalam Komisi Napza PBB, terdapat aliansi negara-negara (termasuk Swedia, Jepang, banyak negara-negara pecahan Soviet, sebagian besar negara-negara Arab dan AS) yang kukuh menentang setiap revisi yang akan menggeser prinsip-prinsip pelarangan dari konvensi-konvensi napza PBB. Bagi negara-negara ini, konvensi-konvensi napza PBB didasarkan atas posisi kaku dan mutlak bahwa penggunaan napza ilegal tidak dapat diterima secara moral, sejauh pemahaman mereka bahwa konvensi memiliki status yang serupa dengan dokumen religius.[129] Sebagai akibatnya, tidak seperti pernyataan pada Laporan Napza Global PBB tahun 1997 yang telah disebutkan di atas, bagi negara-negara tertentu, segala maksud dan tujuan konvensi napza PBB, dituliskan di atas batu, atau tidak dapat diubah-ubah sama sekali.

Mekanisme perubahan dalam ketiga konvensi napza PBB memungkinkan kelompok negara tertentu dengan kesempatan yang cukup untuk melumpuhkan setiap aksi pendukung revisi. Dalam blok kekuasaan yang signifikan ini, secara tidak mengejutkan AS memainkan peran hegemoni sentral. AS mengendalikan kekuatan di balik konvensi-konvensi napza PBB sejak awal pembentukannya (sifat dasar pelarangan yang dimiliki konvensi-konvensi napza PBB mencerminkan tendensi kultural AS yang bersejarah) dan telah menjadi benteng perlindungan bagi negara-negara pendukung pelarangan, melalui dukungan maupun tekanan politik pada negara-negara tersebut (termasuk sistem sertifikasi). Seperti yang diobservasi oleh seorang diplomat di kantor PBB di Wina beberapa tahun yang lalu, 'ketika satu negara nampaknya akan keluar

[129] P. Cohen, **'The Drug Prohibition Church and the Adventure of Reformation'**, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol.14:2, Hal. 213-215.

jalur (tidak sepaham dengan jalur pelarangan napza Washington), AS akan ada di sana, membujuk atau mengancam'.[130]

Komisi Napza PBB mengatur agar konsensus atas gerakan-gerakan revisi tidak pernah terjadi. Walau dalam sebuah forum yang secara resmi memungkinkan pemungutan suara untuk memutuskan sesuatu, yang oleh kultur politik di Wina dijadikan tidak lazim, mayoritas dalam forum tidak akan terbentuk. Jika saja sebuah keputusan diterima oleh Komisi Napza PBB, maka setiap negara pihak dapat mengajukan modifikasi diputuskan oleh *UN Economic and Social Council* (ECOSOC), yang keputusannya adalah final, rintangan yang sama dengan negara-negara pendukung pelarangan napza akan dihadapi lagi.

Struktur-struktur serupa, dengan variasi administratif yang sedikit berbeda, juga terdapat dalam Konvensi 1971 dan 1988 (Konvensi 1971 mensyaratkan 2/3 anggota, bukan sekedar keputusan 'mayoritas' anggota Komisi Napza PBB).

Amandemen

Penghalang-penghalang modifikasi membuat proses tersebut secara efektif menjadi sebuah opsi yang tak berguna, membuat amandemen terlihat lebih menjanjikan. Tetapi, sekali lagi terdapat banyak celah bagi pihak-pihak penentang untuk menghalangi perubhaan.

Kemungkinan melakukan amandemen disebutkan dalam Pasal 47 Konvensi 1961, Pasal 30 Konvensi 1971 dan Pasal 31 Konvensi 1988. Negara-negara pihak dapat memberitahu Sekretaris Jenderal PBB saat mengajukan amandemen, termasuk alasan-alasan di balik langkah tersebut. Sekjen PBB kemudian akan menyampaikan pengajuan amandemen tersebut dan alasan-alasan yang mendasarinya ke negara-negara pihak dan ke ECOSOC. Adalah keputusan ECOSOC kemudian untuk mengadakan konferensi untuk mempertimbangkan pengajuan amandemen, atau menanyakan pada negara-negara pihak,

[130] Webster, 1998, dikutip dalam D. Bewley-Taylor, **'Emerging Policy Contradictions Between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations'**, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol. 16, Hal. 423-431.

kesediaan mereka untuk menerima amandemen tersebut. Bila dalam 18 bulan tidak ada keberatan atas amandemen yang diajukan, maka amandemen tersebut akan diberlakukan.

Bila ada keberatan disampaikan kepada ECOSOC atas amandemen yang diajukan, maka ECOSOC akan memutuskan apakah akan mengadakan sidang untuk mempertimbangkan amandeman. Konferensi semacam itu akan berguna untuk mengangkat gambaran isu revisi. Negara-negara pendukung pelarangan juga berpotensi memanfaatkan ajang tersebut untuk menggerakkan kebijakan ke arah yang berlawanan.[131] Keberatan atas biaya fungsional juga dapat diajukan atas usulan mengadakan konferensi, bahwa konferensi tersebut akan berbiaya sangat mahal.

Opsi-Opsi Revisi Lainnya

Walau tidak diuraikan dalam pasal-pasal yang berhubungan dengan konvensi, ada jalur-jalur tambahan yang dapat ditempuh untuk melakukan amandemen. Sebagai contoh, dalam Komentar Konvensi 1961, ECOSOC dapat menyerahkan amandemen yang diajukan kepada Sidang Umum PBB untuk dipertimbangkan, sesuai dengan Pasal 62 paragraf 3 Piagam UN. Sidang Umum PBB sendiri dapat mengambil inisiatif dalam melakukan amandemen konvensi, baik dengan mengadopsi revisi-revisi, atau dengan meminta diselenggarakannya Konferensi yang Berkuasa Penuh *(Plenipotentiary Conference)* untuk keperluan ini. Hal yang sama dapat dilakukan pada Konvensi 1971 dan 1988.

Meskipun demikian, mempertimbangkan dinamika politik Sidang Umum PBB yang kompleks, tidak ada jaminan bahwa alternatif prosedur amandemen semacam ini akan dapat mematahkan halangan-halangan yang dimunculkan oleh blok pendukung pelarangan, walaupun semua aturan yang tertulis telah diikuti dalam pasal tersebut.

---

[131] Hal ini terjadi selama berlangsungnya 1998 UN General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS), serta terjadi di balik aktivitas pelaksanaan forum ini. Kemudian upaya-upaya awal untuk melakukan re-aksesiatas efektivitas rezim pengendalian napza internasional diturunkan menjadi sebuah re-afirmasi sistem terkini dan strategi-strateginya.

Untuk mengatasi masalah yang 'hampir tak mungkin' diselesaikan ini, negara-negara pihak dapat mempertimbangkan menarik diri dari perjanjian-perjanjian internasional PBB.

Menarik Diri dari Perjanjian-Perjanjian Internasional PBB

Kemungkinan adanya hambatan administratif dalam prosedur penelaahan konvensi memiliki arti bahwa blok pelarangan dapat secara efektif memastikan tidak terjadi revisi yang tidak sesuai keinginan mereka. Satu-satunya opsi yang tersedia bagi sebuah negara pihak yang menginginkan untuk beroperasi di luar konvensi adalah dengan menarik diri dari perjanjian internasional tertentu. Dua pilihan utama tersedia untuk penarikan diri semacam itu dari perjanjian-perjanjian internasional tentang napza; walau dalam konteks hubungan internasional dan kultur PBB, negara tersebut akan dianggap ekstrem, negara-negara yang menarik diri akan tetap berada dalam batasan hukum internasional, karena secara teknis, penarikan diri diperbolehkan berdasarkan pasal-pasal dalam perjanjian internasional tentang napza.

Kemungkinan-Kemungkinan Mengakhiri Perjanjian

Pasal-pasal dalam seluruh konvensi PBB mengizinkan setiap negara pihak untuk memilih keluar dengan cara mengajukan permintaan mengakhiri perjanjian secara tertulis kepada Sekretaris Jenderal PBB, dan menyertakan referensi dasar hukum atas langkah yang diambil. Pada Konvensi 1961 dan 1971, bila Sekretaris Jenderal menerima permintaan ini pada atau sebelum bulan Juli, maka berakhirnya perjanjian akan berlaku pada negara pihak yang mengajukan pada awal tahun berikut. Berakhirnya perjanjian pada Konvensi 1988 akan berlaku bagi negara pihak yang mengajukan, satu tahun setelah Sekretaris Jenderal PBB menerima pemberitahuan.

'Kilas balik ke abad yang lalu, kita dapat melihat bahwa sistem pengendalian napza dan aplikasinya mengakibatkan serangkaian konsekuensi tidak diinginkan, berbagai konsekuensi tersebut mungkin diharapkan, mungkin juga tidak; tapi pastinya tidak diinginkan'.

'Konsekuensi tidak diinginkan yang pertama adalah maraknya pasar gelap napza yang muncul untuk menjadi perantara dari produsen ke konsumen napza ilegal, baik yang didorong oleh 'pengaruh suplai' maupun 'pengaruh permintaan', keuntungan finansial dari pasar gelap ini luar biasa besar. Tidak pernah terjadi kekurangan pelaku baru di pasar gelap, mereka saling berkompetisi untuk memperebutkan 'kue keuntungan', harga biasanya meningkat ratusan kali lipat dibandingkan biaya produksi hingga distribusi eceran.'

'Konsekuensi tidak diinginkan yang kedua adalah apa yang disebut 'perubahan kebijakan dalam semalam'. Kesehatan masyarakat yang secara jelas adalah dasar utama pengendalian napza, telah ditempatkan pada posisi latar belakang.

'Konsekuensi tidak diinginkan yang ketiga adalah pergeseran geografis. Fenomena ini kerap disebut 'efek balon', karena dengan menekan sebuah balon di satu sisi (pengendalian lebih ketat), akan membuat balon di sisi yang lain menggelembung (melambangkan peningkatan)...'

Direktur Eksekutif UNODC, Antonio Maria Costa
'Making Drug Control "Fit for Purpose": Building on the UNGASS Decade (Hal. 10)

Bila saja pada Maret 2008, ada 143 negara mengakhiri keterikatan pada Konvensi 1961, maka jumlah penandatangan konvensi 1961 akan berada di bawah 40 negara, yang bisa jadi akan memicu terminasi Konvensi 1961 (sesuai dengan Pasal 41 Konvensi 1961).

Perlu untuk diketahui bahwa hal ini sangat sulit terlaksana, walaupun secara teori dimungkinkan atau diinginkan untuk dilakukan. Faktanya, Konvensi 1988 tidak memiliki klausul terminasi dan karenanya akan tetap berlaku secara paksa walau hanya tertinggal satu negara penandatangan, hal ini dimuat dalam Pasal 55 Konvensi Wina tentang Hukum Perjanjian Internasional.

Perlu dipahami dengan jelas bahwa, di balik kemungkinan-kemungkinan yang dapat ditempuh secara teknis, akan terdapat konsekuensi-konsekuensi politis yang berat bagi setiap negara pihak yang memilih keluar dari rezim pelarangan napza. Kritik dari blok pelarangan akan menjadi halangan serius, terutama kritik dari AS, UNODC dan INCB.

Pakar hukum internasional asal AS, Peter Andreas menyatakan bahwa:

> *Pembelotan terbuka dari rezim pelarangan napza akan 'membawa konsekuensi yang berat; yang akan menempatkan negara pembelot dalam kategori paria 'negara-narkoba', menimbulkan dampak material dalam bentuk sanksi-sanksi ekonomi dan pencabutan bantuan internasional, serta merusak posisi moral negara tersebut dalam komunitas internasional.*[132]

Negara-negara maju tentu saja akan berada dalam posisi lebih baik untuk melawan tekanan AS, demikian juga negara-negara yang tidak bergantung pada AS dalam perdagangan atau bantuan internasional. Belanda contohnya, telah menjadi sasaran kritik selama bertahun-tahun karena sistem '*kedai kopi* ' ganja-nya, tetapi walaupun Belanda tidak menarik diri dari perjanjian internasional, negara ini memutuskan untuk beroperasi dalam batas-batas yang diperbolehkan secara tersurat dan tersirat dalam konvensi.

Sementara sebuah negara pihak dapat memilih untuk keluar dari komitmen tertentu, nampaknya sangat tidak lazim, walau bukannya tidak diketahui bahwa; antara tahun 1945-2004 terdapat 1.547 pengajuan penarikan diri dari perjanjian internasional PBB, merupakan 5% dari jumlah total ratifikasi.[133] (tidak ada di antara mereka yang menarik diri dari konvensi napza). Bisa jadi, kelompok

[132] Dikutip dalam Bewley-Taylor, 2003.

[133] L. Helfer, **'Exiting Treaties'**, 2005, Virginia Law Review 91:1579-1648

negara-negara yang mendukung revisi akan secara kolektif mengajukan keberatan terhadap sistem. Bewley-Taylor[134] menyarankan:

> *Bila sebuah kelompok terpandang negara-negara pihak dari Eropa, Australasia dan Kelompok Negara-Negara Amerika Latin dan Karibia di PBB (disebut GRULAC), sebagai contoh, bersatu mengajukan penarikan diri terhadap satu atau keseluruhan konvensi napza PBB, aksis AS-PBB kemungkinan akan kehilangan banyak pengaruh potensialnya. Para penarik diri dapat merasa aman karena jumlah yang besar dan secara sah dapat mengundurkan diri dari perjanjian internasional tersebut.*

Bewley-Taylor juga menyarankan bahwa, ancaman adanya aksi-aksi tersebut cukup untuk mempercepat upaya reformasi yang besar, membiarkan sebuah sistem direvisi dengan cara demikian, untuk memfasilitasi lebih banyak kelenturan sepanjang opsi-opsi dalam spektrum kebijakan, lebih daripada yang diizinkan untuk dilakukan karena penghalang-penghalang yang diciptakan oleh blok pendukung pelarangan. Negara-negara pendukung pelarangan dapat memberi jalan pada reformasi parsial, bila mereka ditempatkan dalam posisi yang tidak mungkin menolak perubahan tanpa membuat keseluruhan sistem konvensi napza dalam keadaan terancam. Bewley-Taylor mencatat bahwa:

> *Skenario semacam ini memungkinkan dilakukan, karena secara umum disetujui bahwa penarikan diri dari setiap perjanjian internasional dapat memicu penghapusan perjanjian tersebut. Nampaknya hal ini akan menjadi pilihan dalam kasus konvensi napza, karena sifat dasar isu dan ketergantungan konvensi pada kepatuhan antar negara yang meluas. Melakukan penarikan diri sebagai pemicu revisi perjanjian internasional akan berbeda dari*

[134] D. Bewley-Taylor, **'Emerging Policy Contradictions Between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations'**, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol. 16, Hal. 423-431.

prosedur-prosedur memodifikasi konvensi yang dibicarakan di atas, karena sekelompok negara dengan cara pandang yang sama tidak akan secara sederhana memainkan permainan jumlah suara dalam upaya memenangkan keputusan mayoritas baik di ECOSOC maupun di Komisi Napza PBB (CND). Sekelompok negara kuat yang mengundurkan diri, kemungkinan dapat, bukan saja menahan tekanan AS-PBB, tetapi juga menimbulkan tekanan signifikan tersendiri.

The Beckley Foundation's Global Cannabis meluncurkan laporan yang mengidentifikasi kemungkinan-kemungkinan tambahan,[135] yang mungkin lebih menarik dari perspektif politik, yaitu penarikan diri, diikuti oleh re-aksesi dengan reservasi. Laporan ini menekankan masalah-masalah teknis dalam wacana aksi ini, tetapi mencatat bahwa baik Belanda maupun Swiss telah melakukan reservasi menolak penerapan beberapa ketetapan kriminalisasi (pada Pasal 3) ketika negara-negara tersebut meratifikasi Konvensi 1988.

Kemungkinan-Kemungkinan Lain untuk Merombak Perjanjian Internasional

Laporan Napza Global PBB 1997 menyebutkan:

.....tidak satupun dari ketiga konvensi napza internasional bertahan pada penetapan konsumsi napza semata-mata sebagai pelanggaran yang patut dikenakan hukuman. Hanya Konvensi 1988 yang secara jelas mensyaratkan negara-negara pihak untuk menetapkan tuntutan pidana di bawah undang-undang atas kepemilikan, pembelian, atau kultivasi napza (tanaman napza) ilegal untuk keperluan konsumsi non-medis secara pribadi, kecuali bila dalam menetapkan undang-undang tersebut sebuah negara

[135] Beckley Foundation, **'Global Cannabis Commission'**, 2008, Hal. 155 (catatan: diskusi terbatas pada ganja, bukan pada debat yang lebih besar seputar seluruh pilihan bagi napza yang saat ini ilegal)

melawan prinsip-prinsip konstitusinya dan konsep-konsep dasar sistem hukumnya.

Seperti yang sudah disinggung sebelumnya, mahkamah konstitusi di negara penandatangan menentukan dan mengatur bahwa pelarangan satu jenis napza, sekelompok napza, atau bahkan semua jenis napza, adalah pelanggaran tehadap prinsip-prinsip konstitusi negara, maka negara tersebut secara efektif tidak akan terikat lagi oleh pembatasan-pembatasan konvensi yang berkaitan dengan napza tersebut. Sebuah forum debat aktif telah terbentuk untuk membahas kemungkinan-kemungkinan mengkritisi pelarangan napza berdasarkan pelanggaran hak asasi manusia, yang dapat memungkinkan beberapa cara untuk mengeksploitasi 'celah' dalam prinsip-prinsip konstitusi ini.

Sekali lagi, mengikuti wacana aksi ini akan mengakibatkan kemurkaan blok pelarangan napza berserta para sekutu strategis/ideologis mereka dalam ranah pemikiran pengendalian napza, dan bukan berarti dapat terbebas dari konsekuensi politis. Tetapi, sekelompok negara yang berorientasi pada reformasi dapat bekerjasama dan menemukan kekuatan dalam jumlah yang kian banyak, untuk bertahan dari tekanan-tekanan yang mengancam. Pembelotan semacam ini, seperti yang dideskripsikan oleh Bewley-Taylor, akan 'secara telak melemahkan sistem perjanjian internasional dan kemungkinan dapat berlaku sebagai pemicu perubahan rezim'.

Terdapat dua kemungkinan teknis lebih lanjut. Satu, bila perjanjian internasional yang baru disusun dan diadopsi pada subjek yang sama, menggantikan perjanjian internasional yang sebelumnya dan pihak-pihak yang terikat dalam perjanjian tersebut. Kedua, bila sebagai contoh, sebuah kasus seperti hak masyarakat adat atas penguasaan terhadap sumber daya alam diperhitungkan sebagai *jus cogens* (norma yang harus ditaati oleh hukum internasional), maka hal apapun yang berkonflik dengan norma tersebut akan menjadi batal dan tidak berlaku. Kedua kemungkinan ini dibatasi oleh halangan-halangan politis seperti yang diuraikan di atas.

Mengesampingkan Perjanjian-Perjanjian Internasional

Negara-negara pihak dapat begitu saja mengesampingkan seluruh atau sebagian perjanjian internasional. Bila banyak negara bergabung dalam strategi serupa, maka perjanjian internasional dengan sendirinya akan 'mati perlahan-lahan', tidak digunakan tetapi juga tidak diakhiri atau dirombak. Negara pihak yang mengesampingkan perjanjian internasional atau hanya melaksanakan sebagian, dapat menyusun kebijakan-kebijakan yang dianggap perlu di tingkat nasional, termasuk contohnya: legalisasi ganja dan perkenalan sistem lisensi untuk produsen ganja domestik (seperti telah diperdebatkan di Belanda dan Swiss di tingkat parlemen selama beberapa tahun, dan yang sekarang berada dalam agenda politik di beberapa negara bagian AS).

'Menurut saya, penggunaan napza tidak sepatutnya dikriminalkan. Adalah pantas mengkriminalkan perdagangan napza ilegal, tetapi bukan pengguna napza-nya. Dari perspektif saintifik, saya tidak dapat memahami kebijakan napza yang represif.'

Michele Kazatchkine[136]
Direktur Eksekutif
The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria

Langkah semacam ini, seperti halnya berbagai kemungkinan reformasi yang didiskusikan di buku ini, mengangkat isu-isu serius yang sepertinya tidak mungkin terjadi di ranah pengendalian napza, terutama bila dilakukan secara unilateral. Kemungkinan bangsa-bangsa secara unilateral menafikan komitmen-komitmen perjanjian internasional tentang napza dapat mengancam, atau dapat dianggap mengancam stabilitas seluruh sistem perjanjian internasional tersebut. Kerugian atas adanya ancaman semacam ini dan keuntungan yang didapatkan dari sistem perjanjian internasional PBB yang lebih luas akan membuat negara-negara berhati-hati saat memutuskan keluar, walau dalam reformasi terbatas seperti produksi ganja.

[136] Presentasi pembukaan pada IHRA Conference Mei 2009, Bangkok, Thailand.

Seperti yang ditentukan oleh Konvensi Wina Pasal 62, semua perjanjian internasional pada dasarnya dapat berhenti mengikat negara-negara ketika terjadi perubahan situasi fundamental sejak saat penandatanganan. Dalam kasus napza, alasan yang kuat adalah terjadinya perubahan fundamental dalam sifat dasar dan cakupan fenomena napza internasional yang terjadi sejak 1961, berarti doktrin *rebus sic stantibus* mungkin dapat diaplikasikan pada perjanjian-perjanjian internasional tentang napza.

'Saya mengharapkan pemerintahan negara-negara Asia untuk melakukan amandemen UU Napza usang yang mengkriminalkan komponen-komponen paling rentan dalam masyarakat, serta melakukan segala daya upaya untuk memastikan mereka dapat hidup secara bermartabat.'

'Kita perlu meninjau undang-undang yang berisiko menghambat akses universal; contoh kasusnya adalah ketika kelompok-kelompok rentan dikriminalkan karena gaya hidup mereka'

Ban Ki Moon[137]
Sekretaris Jenderal – PBB

Tetapi, lagi-lagi, penerapan selektif prinsip-prinsip tersebut kemungkinan akan memicu munculnya pertanyaan validitas lebih luas dari berbagai konvensi. Analisis biaya-manfaat untuk tiap-tiap negara pihak kemungkinan akan mencegah langkah ini. Tetapi berbagai pertimbangan ini tidak mencegah AS untuk menarik diri dari Perjanjian Kyoto *(Kyoto Treaty)*,menyangkal Perjanjian Anti-Misil Balistik tahun 1972 *(1972 Anti-Ballistic Missile Treaty)*, dengan alasan bahwa perjanjian tersebut merupakan peninggalan perang dingin yang tidak lagi relevan dengan dunia modern saat ini, dan keputusan terkini untuk menarik tanda tangan dari Statuta Roma tentang Pengadilan Kriminal Internasional *(Rome Statute of the International Criminal Court)*.

[137] Komentar Sekjen PBB menanggapi laporan Komisi Independen Urusan AIDS di Asia (*Independent Commission on AIDS in Asia)*; komisi yang dibentuk oleh UNAIDS . Laporan berjudul: **'Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response'**, Maret 2008.

Seluruh langkah tersebut dapat dipandang bukan saja menggerogoti perjanjian internasional yang disasar, tetapi juga mengancam sistem perjanjian internasional secara luas. Dalam hal ini, AS perlahan-lahan meninggalkan beberapa kebijakan yang diambil di era Presiden Bush, seiring dengan kian jelasnya konsekuensi politis yang tidak diinginkan akibat keputusan-keputusan tersebut. Menurut analisis Bewley-Taylor:

Dalam memudahkan langkah-langkah yang belum pernah dilakukan sebelumnya ini, pemerintahan George W. Bush nampaknya telah menegaskan bahwa AS tidak akan lagi terikat oleh Konvensi Wina tentang Undang-undang Perjanjian Internasional. Menurut Konvensi 1969 ini, sebuah negara yang telah menandatangani perjanjian internasional tidak dapat bertindak untuk melemahkan tujuan perjanjian, walaupun negara tersebut tidak berminat meratifikasinya. Karenanya, memiliki seperangkat preseden berdasarkan kepentingan nasional, Washington tentunya akan menempatkan diri dalam posisi yang janggal bila dihubungkan dengan posisinya yang menentang pembelotan negara-negara pihak dari perjanjian internasional tentang napza dengan dasar-dasar yang serupa.

Langkah-Langkah ke Depan yang Pragmatis dan Praktis

Mengingat upaya perombakan yang berarti nampaknya hampir tidak mungkin terjadi melalui aksi unilateral, menggunakan jalur administratif yang sudah diuraikan dalam berbagai pasal perjanjian internasional dan struktur legal PBB yang berkaitan, cara yang paling layak dan mungkin dapat dicapai dalam melonggarkan pembatasan konvensi napza atas eksplorasi berbagai model regulasi legal untuk napza tertentu, secara jelas dapat dicapai melalui aksi kolektif, dengan membentuk koalisi negara-negara yang mendukung reformasi kebijakan napza. Koalisi ini nampaknya akan didominasi oleh blok Eropa (tanpa Swedia), blok Amerika Selatan dan Amerika Tengah, kemungkinan bersamaan dengan New Zealand, Australia, Kanada, dan berbagai negara lainnya.

Kelompok negara-negara ini telah bergerak kian menjauh dari aspek-aspek pelarangan napza pada konvensi, baik yang secara tersurat maupun tersirat, melalui adopsi meluas kebijakan pengurangan dampak buruk napza yang pragmatis dan toleran. Bila tren ini berlanjut, yang sepertinya tak terhindarkan, akan tercapai titik krisis ketika ketegangan antara komitmen pelaksanaan perjanjian dan pelaksanaan kebijakan di lapangan yang berarti perombakan mendasar pada konvensi akan dibutuhkan bagi keseluruhan sistem pengendalian napza agar dapat bertahan, termasuk manfaat yang berharga dan tak perlu diragukan lagi dari sistem pengendalian obat-obatan farmasi legal.

'Kian sulit untuk membenarkan pemisahan berbagai substansi hanya berdasarkan status legal dan penerimaan sosial. Sejauh ini, ketergantungan nikotin, alkoholisme, dan penyalahgunaan solven dan inhalan ; bisa jadi memiliki bahaya yang jauh lebih besar daripada penyalahgunaan beberapa substansi yang sekarang berada di bawah pengendalian internasional, pragmatisme akan membuat kita menyimpulkan bahwa mencari strategi alternatif untuk meminimalkan dampak buruk napza pada dasarnya adalah artifisial, tidak rasional dan tidak ekonomis'

Direktur Eksekutif
International Drug Control Programme
37th Session of the CND
Vienna, 13 April 1994

Dapat dikatakan, titik krisis ini telah terjadi atau dengan kian cepat mendekat, ketika ketegangan dalam penyusunan kata-kata deklarasi politik pada pertemuan Komisi Napza PBB 2009 (terutama saat penyisipan istilah *'pengurangan dampak buruk napza'*) menunjukkan; elemen-elemen kunci dari konsensus di balik sistem pengendalian napza internasional seperti yang selama ini berjalan, telah mulai cerai berai.

Pendekatan Berjenjang

Sementara sistem terkini menjadi semakin tidak stabil dan rapuh, sementara ketegangan antara dua kubu kian meningkat, tidak mungkin terjadi perubahan dalam semalam. Setiap proses reformasi yang sebenarnya, tanpa diragukan lagi

akan mengikuti debat berkepanjangan dan sulit; sebuah proses yang akan dipenuhi dengan perselisihan diplomatik, sehingga dibutuhkan realisme atas rintangan-rintangan ini. Tetapi, seperti yang digambarkan dalam kutipan-kutipan pada bab lampiran ini, tokoh-tokoh dan institusi-institusi kunci dalam sistem PBB sepenuhnya memahami ketidaklayakan kriminalisasi pengguna napza, kegagalan sistemik dan kesia-siaan pengendalian dan penghambatan suplai napza, konsekuensi negatif yang tak diinginkan dari penghambatan suplai napza internasional dan upaya penegakan hukum, dan bahwa konvensi-konvensi tersebut sudah usang dan tidak sesuai lagi dengan tujuan. Di saat yang sama, mereka kini memahami keunggulan pendekatan kesehatan masyarakat dalam kebijakan napza, kesentralan pendekatan pengurangan dampak buruk napza dan fakta bahwa ada semangat reformasi kebijakan napza di kalangan masyarakat dunia. Dalam konteks ini, kemungkinan terjadinya reformasi dan evolusi yag berarti pada sistem pengendalian napza PBB mulai terlihat berpengharapan.

Langkah-langkah kunci menuju reformasi adalah sebagai berikut:

- Langkah-langkah harus disusun untuk memulai pengumpulan data internasional yang berarti. Secara khusus, saat ini indikator-indikator yang selama ini tidak diikutsertakan dalam kuesioner nasional untuk memberikan informasi pada Laporan Napza Global PBB setiap tahunnya, harus ditambahkan. Pertanyaan-pertanyaan ini termasuk mengenai dampak pengendalian napza terhadap hak asasi manusia, konflik, kejahatan, pembangunan dan keamanan, demikian juga terhadap komponen kesehatan masyarakat yang lebih dikenal. Data semacam ini akan mempermudah evaluasi inisiatif pengendalian napza PBB dan pelarangan napza global, secara signifikan menyertakan konsekuensi-konsekuensi tak diinginkan yang diidentifikasi oleh UNODC.[138] Data-data ini akan mendukung kritik yang lebih efektif tentang kesuksesan dan

[138] A. Costa, **'Making Drug Control "Fit for the Purpose": Building on the UNGASS Decade'**, UNODC, 2008.

'Sejalan dengan berbagai instrumen PBB, reformasi undang-undang dan kebijakan perlu memenuhi tujuan di atas, harus diraih pada area-area berikut:

- **Undang-undang dan sanksi pidana, dengan tujuan mengurangi kriminalisasi pelanggaran napza tanpa kekerasan dan secara signifikan mengurangi penerapan pemenjaraan bagi pengguna napza tanpa kekerasan.**
- **Undang-undang pengendalian napza dan sanksi-sanksinya, dengan tujuan memastikan bahwa berbagai undang-undang dan interpretasinya, serta penegakan hukum yang melingkupinya berjalan seiring dengan strategi-strategi HIV/AIDS dan tidak menghambat pencegahan HIV/AIDS atau akses ke perawatan HIV/AIDS.**
- **Undang-undang yang menghukum dan praktik-praktiknya, dengan tujuan mengembangkan alternatif pemenjaraan dan pengalihan tanpa penahanan untuk orang yang dikenai sanksi pidana untuk pelanggaran penggunaan napza, untuk mengurangi pengguna napza yang dikirim ke penjara, mengurangi populasi penjara secara keseluruhan, mengurangi tingkat kepadatan populasi di penjara.**

'HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response', UN Offce on Drugs and Crime, co-published with World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

kegagalan terkini, yang akan menolong memberikan informasi dan memandu diskusi lebih serius tentang pendekatan alternatif.

- Isu-isu saling keterkaitan sistem dalam keluarga PBB harus diperhatikan, khususnya mengenai bagaimana infrastruktur pengendalian napza internasional PBB, dan penegakannya, dampak terhadap hak asasi manusia, perkembangan dan keamanan manusia: yang merupakan tiga pilar PBB. Mengatasi manifestasi paling ekstrem perang napza akan menjadi langkah awal yang mendasar, tetapi terdapat kebutuhan mendesak bagi badan-badan napza PBB untuk beroperasi dalam prinsip-prinsip dan norma-norma PBB yang telah mengisolasi mereka secara historis.

- Sepenuhnya menyelidiki konflik antara undang-undang hak asasi manusia dan konvensi-konvensi napza dan menerapkan kewajiban hak asasi manusia terhadap seluruh aktivitas pengendalian napza secara bersamaan.[139]

- Sebuah pergeseran progresif menuju peran lebih berarti badan-badan PBB lainnya termasuk WHO dan UNAIDS. Hal ini akan menggemakan kecenderungan menjauhnya kebijakan napza dari pendekatan peradilan pidana, menuju pada pendekatan kesehatan masyarakat (termasuk pergeseran pada badan pemerintah yang menangani masalah napza, sebagai contoh di Spanyol, urusan napza dialihkan dari Kementerian Dalam Negeri ke Kementerian Kesehatan). Pergeseran ini akan mempromosikan wacana kebijakan napza yang pragmatis dan berbasis fakta.

- Ketika sebuah negara yang kuat 'mengambil langkah pertama' dalam inisiatif reformasi kebijakan napza, dan mengumumkan posisinya sembari menambahkan komponen-komponen penting dalam reformasi perjanjian internasional melalui agenda Komisi Napza PBB, sementara secara simultan menerapkan kepemimpinan dalam membangun koalisi negara-negara pendukung reformasi. Kelompok beranggotakan 26 negara pendukung reformasi kebijakan napza yang muncul selama Pertemuan Tingkat Tinggi tentang Napza tahun 2009 (menyatakan keberatan karena ketiadaan referensi terhadap pengurangan dampak buruk napza dalam deklarasi politik Komisi Napza PBB), berpotensi membentuk inti kaukus reformasi konvensi napza *'G-26'*.

- Komunitas organisasi non-pemerintah (koalisi organisasi HAM, napza, kesehatan masyarakat, dan pembangunan; dengan didukung oleh sejumlah badan akademik, kelompok-kelompok pemikir, dan organisasi profesi) memimpin perkembangan wacana baru mengenai HAM dan

[139] Untuk diskusi lebih lanjut, lihat: D. Barrett, M. Novak, **'The United Nations and Drug Policy, Towards a Human Rights Based Approach'** (dalam: **'The Diversity of International Law: Essays in Honour of Kalliopi K Koufa'**), 2009

kesehatan masyarakat dalam kebijakan napza internasional di tingkat PBB. Kelompok besar ini akan bergerak melampaui debat antara dua kutub legalisasi versus pelarangan di masa lalu, dan bergerak maju untuk membicarakan prinsip dan tujuan, mengeksplorasi opsi-opsi dan keluaran-keluaran potensial, mengkritik kegagalan perang napza dan menerangkan dalam terminologi praktis dan jelas bagaimana gerakan bertahap menuju regulasi napza akan membawa manfaat bagi masing-masing negara pihak, dan bagi komunitas global secara luas.

- Diskusi serius tingkat tinggi mengenai bagaimana koalisi negara-negara pendukung reformasi akan menggerakkan sistem konvensi ke arah tertentu untuk menyelamatkan elemen-elemennya yang bermanfaat, sembari memperkenalkan kelenturan bagi negara pihak atau kelompok negara pihak; untuk dapat mengeksplorasi opsi-opsi menuju produksi dan suplai yang teregulasi secara legal; pada berbagai jenis napza yang kini masih dilarang.

- Langkah awal yang mungkin dilakukan menuju reformasi substantif cenderung dikaitkan dengan napza berbahan dasar tanaman; ganja dan koka, khususnya penggunaan tradisional.

Bacaan Lanjutan

- D. Bewley-Taylor, **'Challenging the UN Drug Control Conventions: Problems and Possibilities'**, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol.14, Hal. 171-179
- D. Bewley-Taylor, **'Emerging Policy Contradictions Between the United Nations Drug Control System and the Core Values of the United Nations'**, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol.16, Hal. 423-431
- W. McAllister, **'Drug Diplomacy in the Twentieth Century'**, Routledge, 2000

- D. Barrett, '**Recalibrating the Regime'**, IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008
- A. Costa, **'Making Drug Control "Fit for Purpose": Building on the UNGASS Decade'**, UNODC, 2008
- Transnational Institute: **www.ungassondrugs.org**
- '**Breaking the Impasse; Polarisation and Paralysis in UN Drug Control'**, Transnational Institute, Drugs and Conflict Debate Paper 5, 2002
- D. Barrett, **'Unique in International Relations? A Comparison of the International Narcotics Control Board and the UN Human Rights Treaty Bodies'**, HR2, IHRA, 2008
- J. Csete, D. Wolfe, **'Closed to Reason: the International Narcotic Control Board and HIV/AIDS'**, Canadian HIV/AIDS Legal Network and International Harm Reduction Development Program (IHRD) of the Open Society Institute, 2007.
- D. Barrett, M. Novak, **'The United Nations and Drug Policy: Towards a Human Rights Based Approach'** (dalam: **'The Diversity of International Law: Essays in Honour of Kalliopi K Koufa'**, Hal. 449-477), 2009

Lampiran 2

Kerangka Produksi Legal Terkini untuk Opium, Koka, Ganja dan Obat-obatan Farmasi

Produksi teregulasi substansi-substansi psikoaktif membutuhkan lebih sedikit perhatian dibandingkan isu suplai. Telah terdapat bentangan luas model-model produksi teregulasi tanaman dan atau obat-obatan farmasi, yang dapat menjadi pembelajaran. Dalam banyak kasus, mengingat bahwa napza yang sama yang menjadi perhatian, produksi untuk penggunaan non-medis hanya akan membutuhkan ekspansi dari kerangka yang sudah ada. Bahan-bahan pertimbangan dari produksi legal dan teregulasi opium/heroin, koka/kokain, dan ganja akan membantu menunjukkan bagaimana proses ini akan terjadi.

Produksi Legal Opium

Sebuah proporsi signifikan, hampir separuh [140] produksi opium global, diproduksi secara legal untuk diproses menjadi obat-obatan berbahan dasar opiat. Setiap negara dapat melakukan kultivasi, memproduksi dan

[140] Produksi opium legal menyumbang lebih dari setengah produksi opium global hingga terjadi kelimpahan panen di Afghanistan baru-baru ini.

memperdagangkan opium legal, di bawah perlindungan Konvensi 1961 dan di bawah pengawasan dan panduan INCB. Sampai dengan 2001, ada 18 negara yang melakukan hal-hal berikut: 4 negara (China, Korea, India dan Jepang) melakukan kultivasi opium poppy untuk produksi opium mentah, walaupun hanya India yang mengekspornya. 14 negara lainnya, termasuk Inggris, melakukan kultivasi opium poppy untuk produksi konsentrat batang kering poppy *(concentrate of poppy straw–CPS),* batang kering poppy, biji poppy, dan berbagai alkaloid seperti morfin dan *thebaine*. Australia, Perancis, India , Spanyol dan Turki adalah 5 eksportir utama opiat.

Kebanyakan negara-negara ini menggunakan metode CPS, yaiut memotong seluruh bagian tanaman menggunakan mesin penuai kombinasi, setelah kepala poppy kering. Setelah dipanen dan dikumpulkan, kepala dan tangkai poppy dikirim ke pabrik untuk 'dicuci' secara kimiawi. Proses ini memproduksi CPS yang memiliki kandungan zat aktif dengan persentase lebih tinggi daripada getah opium (*'opium gum'* atau dikenal juga dengan nama *'opium latex'*) yang dikumpulkan dengan tangan, dikikis dari kepala poppy yang sedang bertumbuh. India memiliki pengecualian terhadap aturan ini, negara ini satu-satunya yang mendapatkan sanksi bila mengekspor getah opium. Walau bukan tanpa masalah, bentangan berbagai skenario ini menunjukkan bahwa produksi opium memungkinkan dilakukan dalam lingkungan yang berbeda-beda.

Iran dan beberapa republik di Asia Tengah memanfaatkan opium ilegal sitaan untuk pasar domestik opium medis mereka. Mansfield mencatat bahwa:

> *Sementara sebelumnya, negara-negara ini telah puas dengan memanfaatkan opium sitaan untuk memenuhi kebutuhan domestik mereka, tahun-tahun belakangan ini mereka berusaha menjual opiat sitaan, atau produk-produk yang diturunkan dari opiat di pasar internasional. Hal ini menyebabkan kecemasan di antara*

para produsen 'tradisional', seperti India dan Turki, demikian juga INCB.[141]

Pengalihan ke Pasar Gelap

Tingkat kebocoran opium ke pasar gelap sangat bervariasi dari negara ke negara. Sangat sedikit data yang dapat dibuktikan mengenai isu ini; tetapi beberapa estimasi telah diproduksi untuk India dan Turki, yang menjadi fokus perhatian karena peran mereka sebagai negara produsen opium yang 'beralih' dari produksi ilegal/tradisional ke produksi yang teregulasi secara legal untuk keperluan medis.

INDIA

India mendapat catatan buruk dalam estimasi-estimasi ini karena sebagian dari metode produksinya; produksi getah opium menggunakan tangan pada dasarnya lebih mudah dialihkan ke pasar gelap daripada produksi industri CPS, dan sebagian lagi berhubungan dengan korupsi, yang dipicu oleh kemiskinan (India adalah negara produsen opium yang paling tertinggal dalam perkembangan). Tindakan yang hati-hati dilakukan untuk mencegah pengalihan: Biro Pusat Narkotika (BPN) menetapkan hasil panen yang memenuhi syarat yang memerinci berat opium yang diproduksi/hektar dalam satuan kilogram, dan menentukan harga tetap per kilogram. Pemotretan satelit dilakukan untuk memperkirakan area penanaman poppy legal, dan ini dibandingkan dengan penghitungan ladang yang sebenarnya oleh petugas BPN; sejak 2007 'kartu cerdas' (kartu identitas yang menggunakan microchip) telah diterbitkan bagi kultivator dengan perincian data pribadi kultivator dan area yang berlisensi; BPN juga bereksperimen dengan kamera CCTV untuk memantau panen dan penimbangan opium.[142]

Pemerintah India memperkirakan bahwa 10% dari produksi total opium dialihkan ke pasar gelap, walaupun perkiraan ini sepertinya terlalu rendah..

---

[141] D. Mansfield**, 'An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey'**, UK Foreign and Commonwealth Office, 2001.

[142] US Department of State, **'International Narcotics Control Strategy Report 2008'**.

TURKI

Tidak seperti India, Turki adalah produsen CPS, yang melibatkan skala besar tanaman industri dan material, membuat pengalihan menjadi lebih sulit dan jarang dilakukan. Kementerian Luar Negeri AS *(US State Department)* mencatat bahwa 'tidak ada kultivasi napza ilegal dalam jumlah besar di Turki, selain daripada penanaman ganja yang terutama ditujukan bagi konsumsi domestik'. Kementerian menyatakan bahwa 'Badan Urusan Biji-bijian Turki *(The Turkish Grain Board)* mengendalikan secara ketat kultivasi opium poppy dengan cukup sukses, tanpa adanya pengalihan yang berarti ke pasar gelap'.[143] UNODC menyatakan bahwa sejak 1974 hingga sekarang (2003), tidak dilaporkan adanya opium sitaan didapatkan dari poppy Turki baik di dalam negeri maupun di luar negeri.'[144]

Kuota Produksi dan Memenuhi Permintaan

Terdapat pengendalian ketat pada volume poppy yang ditanam di setiap negara per tahunnya. Kuota negara ditetapkan menggunakan estimasi resmi permintaan internasional menggunakan perhitungan konsumsi opium dua tahun terakhir. Sementara India, Turki, Australia, Spanyol dan Inggris diperbolehkan untuk menumbuhkan poppy untuk produksi dan ekspor opiat sebagai bahan pereda nyeri, negara-negara lain seperti Republik Ceko, Hungaria, Jepang, Slovakia dan Makedonia, contohnya, dikenai sanksi ketika memproduksi opium untuk keperluan negaranya. Konsili Senlis (The Senlis Council), sebuah kelompok pemikir internasional yang berfokus pada isu Afghanistan dan area konflik lainnya, menekankan bahwa, *'....pada 2002, 77% morfin dunia dikonsumsi oleh 7 negara kaya, yaitu: AS, Inggris, Italia, Australia, Perancis, Spanyol dan Jepang'*. Tetapi menurut perhitungan resmi, *'bahkan di 7 negara ini pun, hanya 24%*

[143] US Department of State, **'International Narcotics Control Strategy Report 2008'**.

[144] UNODC Turkey Programme: **www.unodc.org/pdf/turkey_programme.pdf**

kebutuhan pereda nyeri tingkat sedang hingga tingkat tinggi yang dapat dipenuhi'.[145]

Kerangka Legal Internasional

Sistem pengendalian lisensi internasional berusaha untuk memberikan izin dan meregulasi produksi dan penggunaan opium yang sah, sementara di saat yang sama mencegah pengalihan ke pasar gelap untuk penggunaan non-medis. Pemerintah negara-negara bekerjasama dalam mengelola lisensi dan pemeriksaan kultivasi, produksi, manufaktur dan perdagangan (termasuk impor dan ekspor) berbagai jenis napza yang dikendalikan; sementara dipantau oleh INCB, yang bertanggung jawab memastikan keseimbangan antara produksi sah dan persyaratan sah.

Pemerintah negara-negara harus menyediakan estimasi kebutuhan opiat kepada INCB sebagai konfiirmasi tahunan, dan negara tersebut tidak boleh meningkatkan produksi melampaui estimasi ini tanpa alasan yang kuat dan pemberitahuan sebelumnya, serta perizinan dari INCB. UNODC mengelola pemantauan situasi di setiap negara dari hari ke hari. INCB tidak memiliki kuasa penegakan hukum yang sebenarnya atau kuasa menerapkan sanksi pidana untuk pelanggaran atas sistem yang sudah disepakati, kecuali memberikan tekanan diplomatik dan sebuah proses yang dinamai 'menyebut nama dan mempermalukan' dalam penulisan laporan tahunan.

Penyusunan Kerangka Legal Domestik

Setiap negara yang menanama opium poppy untuk keperluan ekspor memiliki seperangkat kerangka legal tersendiri untuk mencegah pengalihan ke pasar gealp. Sementara beberapa kerangka legal lebih efektif dibanding kerangka legal lainnya, satu-satunya observasi signifikan yang dihasilkan dari peninjauan

[145] Mengutip Pierre-Arnaud Chouvy, **'Licensing Afghanistan's Opium: Solution or Fallacy'**, Asia Times Online, Feb 1, 2006.

pelaksanaan di lapangan adalah bahwa CPS lebih jarang ditemukan dialihkan ke pasar gelap dibandingkan dengan opium mentah.

Inggris

Petani tidak memerlukan lisensi penanaman poppy; tetapi polisi harus diberi informasi mengenai lokasi. Kementerian Dalam Negeri *(The Home Office)* menguatkan hal ini:

> *Walaupun pemerintah tidak memberi lisensi pada petani, pemerintah memberikan surat konfirmasi bahwa penanaman mengambil tempat di tanah petani tersebut pada lokasi yang terperinci. Pemerintah menyarankan setiap petani untuk memproduksi sebuah salinan surat konfirmasi untuk diberikan pada kantor polisi lokal agar penegak hukum setempat mengetahui apa yang terjadi.*

Setiap orang dapat menanam opium poppy karena proses menanam tidak dikendalikan oleh Peraturan Penyalahgunaan Napza 1971 *(Misuse of Drugs Act 1971)*, tetapi setiap upaya memproses tanaman untuk mengekstrak opiat dikendalikan; dan hanya dapat dilakukan di bawah lisensi.[146] Poppy ditanam dan kemudian perusahaan farmasi Macfarlan Smith, yang memiliki lisensi monopoli untuk memproses opium poppy di Inggris, memanen dan mengangkut kepala poppy ke pabrik mereka untuk pemrosesan. Pemerintah Inggris memberikan estimasi kebutuhan opiat negara kepada INCB sebagai konfirmasi tahunan dan harus memberitahu INCB bila ada perubahan pada kebututuhan tersebut.[147]

---

[146] **'Hampshire – The Opium Poppy Capital of the UK'**, **thisiswiltshire.co.uk** , 25th February, 2008.

[147] Respon pemerintah Inggris atas analisa Departemen Perdagangan Adil Inggris *(UK Office of Fair Trading)* tentang pengelolaan opium oleh MacFarlan Smith Limited, Department of Trade and Industry ruling, Sept. 2006, clause 7.

Tasmania

Lisensi untuk menanam opium poppy hanya bisa diajukan oleh para petani setelah mereka dikontrak (oleh salah satu perusahaan berlisensi) untuk menumbuhkan dan mendistribusikan opium poppy ke pabrik berlisensi.[148] Petani harus memiliki sertifikat keamanan dari Kepolisian Tasmania dan memberikan gambaran terperinci mengenai lokasi kultivasi. Pendekatan ketat Australia untuk urusan keamanan, meliputi: industri, pemerintah, masyarakat desa, dan termasuk: penjajakan properti oleh petugas lapangan dari Badan Pengawas dan Pengendalian Poppy *(Poppy Advisory and Control Board-PACB),* bersamaan dengan pemeriksaan latar belakang petani oleh Kepolisian Tasmania pada saat pemberian lisensi; pengawasan secara umum dan pelaporan oleh petani, operator pemanenan dan petugas lapangan perusahaan; bila ada aktivias mencurigakan; investigasi pencurian; penahanan dan penuntutan pelaku pelanggaran dan aksi intelejen oleh Satuan Kerja Khusus Biro Napza Kepolisian Tasmania.; dan koordinasi upaya pengamanan oleh PACB.[149]

India

Biro Pusat Narkotika (BPN) memberikan lisensi pada petani yang terpercaya di 3 negara bagian: Madhya Pradesh, Rajashtan dan Uttar Pradesh. Lisensi dikeluarkan setiap tahun untuk periode panen yang dimulai dari 1 Oktober dan diakhiri pada 30 September tahun berikutnya. BPN memberikan lisensi pada petani terpercaya untuk melakukan kultivasi legal pada jalur yang sama pada bulan Oktober setiap tahunnya. Petani disyaratkan untuk melelang seluruh produksi mereka pada pemerintah. Untuk keperluan ini, pemerintah pusat

[148] *Poppy and Advisory Control Board* (bagian dari Kementerian Kehakiman Tasmania) website: 'becoming a grower'

[149] *Poppy and Advisory Control Board* (bagian dari Kementerian Kehakiman Tasmania) website: 'security issues'

mengumumkan standar minimum hasil panen untuk jumlah tertentu opium per hektar.[150]

Turki

Badan Urusan Biji-Bijian Turki (BBT), mengalokasikan lisensi pada petani, ketika pemerintah telah menentukan berapa banyak lahan yang harus digunakan untuk memproduksi poppy, dan provinsi-provinsi dan distrik mana saja yang ditunjuk menjadi lokasi penanaman. Rata-rata area kultivasi per lisensi adala sekitar 0,4 hektar, dibandingkan dengan 0,2 hektar di India dan 100 hektar di Australia. Pada 2001, hanya ada 5 provinsi yang diizinkan memproduksi opium secara legal, dibandingkan dengan 13 provinsi pada tahun 1933; batas lahan produksi dibatasi untuk mengelola skala produksi. Kantor lokal distrik BBT memantau poppy yang ditanam di area mereka untuk mencegah kebocoran opium ke pasar gelap.[151]

Diskusi

Perluasan produksi opium dan produk-produk turunannya di bawah kerangka kebijakan terkini, nampak jelas dapat dicapai dan tidak bermasalah. Walau terdapat tekanan ekonomi dari permintaan pasar gelap, yang pada dasarnya masih ada, produksi legal dan pengangkutan opium mentah dan produk opiat farmasi yang sudah diproses; saat ini berlangsung dalam skala besar tanpa ada masalah keamanan dan pengalihan yang berarti.

Nampaknya perluasan penggunaan opiat yang teregulasi secara legal awalnya akan menggunakan model peresepan medis yang sudah ada, ditambah lagi, proses ini tengah berlangsung, walaupun perlahan-lahan. Pergeseran yang lebih signifikan dari produksi ilegal ke produksi legal (baik itu melalui ekspansi besar model peresepan, atau bentuk-bentuk lain penjualan berlisensi, lihat: Hal. 45) berlangsung secara bertahap dalam beberapa tahun terakhir; hal ini

[150] Website: India Central Bureau of Narcotics : **www.cbn.nic.in/html/operationscbn.htm**

[151] D. Mansfield, **'An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey'**, UK Foreign and Commonwealth Office, 2001, Hal. 13

memungkinkan periode transisi terkelola selama berlangsungnya proses pengembangan atau perluasan infrastruktur regulasi dan penegakan kebijakan yang relevan., beserta berbagai tantangan yang muncul untuk direspon.

Selama proses bertahap ini berlangsung, permintaan produk-produk napza ilegal secara bersamaan akan menurun, demikian juga dengan keuntungan yang didapat dari pengalihan atau produksi napza ilegal akan menurun. Hal ini berpotensi menjadi masalah pengembangan bagi Afghanistan yang saat ini diperkirakan memproduksi 93% opium ilegal dunia, yang menyumbangkan lebih dari separuh produk domestik bruto negara tersebut.[152]

Kultivasi Legal Koka atau Produksi Legal Kokain

Teh Koka Tradisional
Foto: Flickr/Speedboat

Baik daun koka maupun kandungan senyawa aktif dalam koka menjadi subjek pengendalian ketat di bawah Konvensi 1961, memiliki penggolongan yang sama dengan opium dan obat-obatan farmasi berbahan dasar opium.[153] Produksi legal koka dan opium sudah ada, tetapi dibandingkan produksi legal opium, produksi legal koka berskala jauh lebih kecil; dan jauh lebih kecil informasi yang tersedia mengenai hal tersebut, bisa dikatakan keseluruhan proses produksi legal tersebut semacam dirahasiakan keberadaannya.

---

[152] 'Di Afghanistan, nilai ekspor total opium dan heroin yang diperdagangkan ke negara-negara tetangga pada tahun 2007 berjumlah US$ 4 miliar, meningkat 29% dari tahun 2006. Artinya, kini opium menyumbangkan lebih dari setengah (53%) produk domestik bruto Afghanistan. UNODC, **'Afghanistan: Opium Survey 2007'**, October 2007, Hal. iii

[153] UN Single Convention on Narcotic Drugs (1961), Articles 23.2.d dan 26.

Berbagai produk koka berpotensi rendah, termasuk penggunaan tradisional daun koka dan teh koka, serta berbagai sediaan koka lainnya; yaitu makanan dan obat-obatan tradisional, berada dalam wilayah abu-abu, yang masih menjadi subjek perselisihan antara badan-badan napza PBB dengan Bolivia dan Peru.

Daun Koka Sebagai Bahan Perisa

Konvensi 1961 secara spesifik memperbolehkan daun koka yang sudah mengalami proses 'de-kokainisasi' untuk digunakan sebagai bahan perisa.[154] Klien utama bahan perisa ini adalah perusahan Coca Cola, yang bertahan merahasiakan kandungan dalam minuman produksi mereka, tetapi mengaku menggunakan *'bahan perisa yang berasal dari daun koka yang sudah mengalami proses de-kokainisasi'*. Dalam kasus Coca Cola, daun koka dibeli dari pemasok di Amerika Selatan yang pemiliknya adalah konglomerat AS, Stephan Chemicals Company. Pada tahun 1990-an, perusahaan ini mengimpor dan memproses 175 ton daun koka per tahun ke AS; perusahaan ini adalah satu-satunya perusahaan yang memiliki lisensi pemerintah federal AS untuk melakukan hal ini (lisensi dikeluarkan oleh *Drug Enforcement Agency*-DEA). Pemisahan kokain dari bahan perisa yang ada di dalam daun koka melibatkan sebuah proses yang cukup rumit dan terperinci, yaitu *'awalnya daun koka dicampur dengan serbuk gergaji, direndam dalam soda bikarbonat, disaring dengan toluen, dikeringkan menggunakan uap, dicampur bubuk buah pohon Kola ('Kola nuts'), dan kemudian dipasteurisasi'*.[155] Produk yang sudah di*'de-kokainisasi'* kemudian dikapalkan ke perusahaan Coca Cola. Volume dan destinasi kokain yang diproduksi untuk keperluan medis (setidaknya akan dihasilkan 1 ton kokain dari 175 ton daun koka) masih misterius, tetapi diduga dikelola juga oleh DEA.

---

[154] UN Single Convention on Narcotic Drugs (1961), Article 27.2.5.

[155] **'The Legal Importation of Coca Leaf'**, University of Illinois, Class Module 9.3, 1999.

Sejumlah kecil merek-merek produk juga menggunakan koka sebagai bahan perisa, sebagian besar dari mereka (tidak seperti Coca Cola) membangun pemasaran secara spesifik dengan mempromosikan daun koka sebagai bahan dalam produk mereka,[156] walaupun faktanya, minuman mereka tidak memiliki kandungan aktif turunan koka. Produk-produk semacam ini termasuk *Red Bull Cola* (di Inggris), *Kdrink*, *Kokkawine*, dan *Agwa* (minuman beralkohol yang mengandung daun koka). [157] Red Bull Cola menyatakan bahwa sumber perisa koka mereka dibuat dari koka yang di'de-kokainisasi' asal Bolivia, Peru dan Kolombia, dan juga menegaskan bahwa kokain yang dibuang dari daun koka tersebut, digunakan oleh perusahaan farmasi relevan untuk 'penggunaan medis', dan bahwa berbagai tahapan pemrosesan minuman mereka dipantau oleh badan-badan kesehatan di negara tertentu dan telah mendapatkan kewenangan dari badan-badan napza PBB.[158]

Obat-obatan Farmasi Berbahan Dasar Kokain

Hanya terdapat informasi yang relatif sedikit di ranah publik mengenai produksi dan penggunaan kokain farmasi untuk keperluan medis. Tidak ada gambaran yang tersedia mengenai keseimbangan produksi global (dari proses de-kokainisasi daun koka untuk mengekstrak bahan perisa), atau besaran permintaan, atau informasi benar tidaknya terjadi kebocoran ke pasar gelap dalam proses produksi koka/kokain.

Dalam praktiknya, saat ini kokain hanya sedikit digunakan dalam ranah medis arus utama.[159] Penggunaan kokain sebagai bahan anestesi di masa lalu, secara progresif digantikan dengan bahan-bahan sintetis alternatif yang lebih baru dan lebih efektif seperti *Novocaine*, *Lidocaine* dan *Xylocaine*. Tetapi kokain masih

---

[156] Tidak seperti Coca-Cola, yang kemungkinan dapat tidak mencantumkan deskripsi kandungan bahan dasar minumannya sebagai implikasi kebijakan dagang di abad yang lalu. Pepsi dan kebanyakan merek minuman kola lainnya diketahui tidak mencantumkan koka sebagai bahan dasar.

[157] **www.redbullcola.com** ; **www.kdrink.com** ; **www.kokkawine.com** ; **www.agwabuzz.com**

[158] Korespondensi *Transform* dengan Red Bull, Desember 2008.

[159] Penggunaan berbagai sediaan koka di Amerika Selatan sebagai obat tradisional dalam berbagai bentuk tetap marak.

terdaftar sebagai obat berlisensi di banyak negara termasuk AS, yang menempatkan kokain ke dalam golongan 2 (berisiko tinggi, memiliki manfaat medis, dibatasi ketat), dan di Inggris yang secara teori mengizinkan peresepan kokain untuk pengguna yang mengalami ketergantungan[160] menggunakan sistem yang sama dengan *'model peresepan heroin untuk rumatan'* (terapi jangka panjang) yang sudah lebih dulu dikenal.

Di bawah Konvensi 1961, negara-negara yang memproduksi koka dan kokain diharapkan memiliki badan bentukan di negara masing-masing; untuk mengendalikan dan mengawasi kultivasi koka dan produksi kokain. Peru telah membentuk badan semacam itu, walau kesesuaian fungsi badan tersebut dengan tuntutan konvensi masih dipertanyakan, *Empresa Nacional de la Coca* (ENACO)[161] beroperasi sebagai badan monopoli yang diberi otorisasi oleh pemerintah untuk mengekspor daun koka ke AS, tetapi juga memproduksi dan mempromosikan serangkaian produk-produk koka termasuk teh koka *(mate de coca)*. Peru juga memproduksi sejumlah kecil kokain mentah untuk diekspor ke negara lain sebagai bahan dasar kokain medis.[162] Bolivia juga memiliki badan nasional yang memantau produksi dan perdagangan koka, *Bolivian National Direction of Coca Leaf Control* (DIGECO).

Produk-Produk Teh Koka, Daun Koka, dan Produk Koka Lainnya

Produksi, ekspor dan distribusi teh koka *(mate de coca)*, dan daun koka dianggap ilegal oleh INCB, berdasarkan Konvensi 1961, sebuah pandangan yang kembali disinggung dengan keras oleh INCB pada Laporan Tahunan INCB

[160] Terdapat beberapa kasus, walaupun sedikit, peresepan untuk orang dengan ketergantungan kokain yang didokumentasikan.

[161] Website ENACO : **www.enaco.com.pe**

[162] Komunikasi antara *Transform* dan INCB,Maret 2008.

2007 *(INCB Annual Report 2007)* [163] yang dipublikasikan pada Maret 2008. Dapat dipahami, pernyataan ini memicu kemarahan masyarakat Bolivia dan Peru, karena *'mengunyah daun koka'* merupakan tradisi yang telah lama dipertahankan di antara kelompok-kelompok masyarakat asli pegunungan Andes, *mate de coca* dikonsumsi secara meluas lintas strata sosial dan ekonomi; sebebas ketersediaan kopi dan teh (konvensional). Penggunaan tradisional daun koka kian menjadi isu politik panas di arena internasional, betapa praktik-praktik kultural dan tradisional masyarakat asli dibenturkan dengan hak istimewa pemerintah negara-negara Barat yang berwenang memberantas sumber-sumber ilegal produksi kokain yang paralel dengan sumber-sumber penggunaan tradisional.

Argumen historis tentang pelarangan penggunaan tradisional koka yang dibicarakan di tingkat PBB adalah bahwa pada dasarnya koka dianggap sebagai substansi adiktif; sebuah pandangan yang berasal dari pernyataan *WHO Expert Committe on Drug Dependence*, yang mengeluarkan laporan pada tahun 1952 dan 1954, menyimpulkan bahwa mengunyah koka harus digolongkan sebagai salah satu bentuk ketergantungan pada kokain.[164] Tetapi, sebuah studi lebih baru tentang penggunaan global kokain, yang dipublikasikan oleh WHO/*UN Interregional Crime and Justice Research Institute* (UNICRI), menyebutkan bahwa, *'penggunaan daun koka nampaknya tidak memiliki efek negatif terhadap kesehatan dan memiliki fungsi positif terapeutik, sakral dan sosial bagi populasi masyarakat asli Andes.'*

Studi yang melelahkan yang dilakukan selama 4 tahun ini, diselesaikan pada tahun 1995. Studi ini merupakan salah satu studi yang paling komprehensif dan mendalam mengenai penggunaan koka dan kokain global yang pernah

---

[163] *'Dewan INCB kembali menyerukan pada pemerintah Bolivia dan Peru untuk mempertimbangkan melakukan amandemen undang-undang negara mereka sehingga dapat mengabolisi atau melarang aktivitas yang berlawanan dengan Konvensi 1961, seperti pengunyahan daun koka dan produksi teh koka serta produk-produk lain yang mengandung alkaoid koka baik untuk penggunaan domestik maupun ekspor'*, INCB Annual Report 2007 (dipublikasikan pada Maret 2008), Hal. 37.

[164] WHO Technical Report Series 57, March 1952, Section 62, Hal. 10 dan No.76, March 1954, Section 6, Hal.10.

dilakukan; data dikumpulkan dari 22 kota dan 19 negara di 5 benua, menganalisis penggunaan koka dan kokain dan dampaknya terhadap berbagai komunitas. Pada Maret 1995, WHO/UNICRI mengumumkan dalam sebuah pernyataan pers bahwa studi tersebut akan segera diterbitkan dan telah disimpulkan beberapa temuan penting. Segera setelah pengumuman ini dibuat, perwakilan AS di dewan WHO menyatakan keraguan atas akurasi data studi tersebut, dan mengancam bahwa AS akan menarik pendanaan mereka dari WHO apabila WHO tidak menarik diri dari laporan tersebut. Sampai saat ini, laporan tersebut tidak pernah secara resmi dipublikasikan walaupun bagian-bagian relevan telah dibocorkan setelah kejadian tersebut, dan dapat diakses dalam jaringan *(online).*[165]

Konvensi 1961, yang ditandatangani oleh Peru dan Bolivia, mengatakan: penggunaan tradisional koka harus dimusnahkan dalam 25 tahun. Karena konvensi diberlakukan pada 1964, maka tenggat waktu pemusnahan tersebut adalah tahun 1989. Yang membingungkan, penggunaan tradisional koka secara bertolak belakang disebutkan dalam Konvensi 1988, yang menyebutkan bahwa, 'perangkat-perangkat yang diadopsi konvensi harus menghormati hak asasi manusia secara fundamental dan harus memperhatikan penggunaan tradisional ....', [166] dan keprihatinan tambahan telah disampaikan bahwa pelarangan semacam itu akan melanggar perlindungan terhadap kultur masyarakat asli yang dilindungi dalam Deklarasi PBB tentang Hak-hak Masyarakat Adat tahun 1957 *(Indigenous and Tribal Populations Convention of 1957)*. INCB seakan-akan terisolasi dalam pandangannya yang kaku terhadap Konvensi 1961; pada April 2008, Parlemen Eropa agar dilakukan eksplorasi terhadap 'penggunaan aman' beberapa produk berbahan dasar koka (teh koka, dll).[167]

Kini, 4 negara yaitu: Bolivia, Peru, Argentina, dan Kolombia mempertahankan peraturan yang mengizinkan beberapa bentuk perlindungan terhadap

[165] WHO/UNICRI, **'The Cocaine Project'** report, 1995, Hal. 16 (untuk mengakses dokumen lengkap, lihat: **www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf**)

[166] UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1998), Article 14, Clause 2.

[167] **'The Role of Civil Society in Drugs Policy in the European Union'**, Section 39, 2008.

penggunaan tradisional koka, dalam berbagai tingkatan. Bolivia dan Peru memperbolehkan penanaman daun koka untuk penggunaan tradisional, membatasi penanaman pada luas lahan tertentu. Argentina memperbolehkan masyarakat membawa daun koka untuk keperluan 'mengunyah secara tradisional', demikian juga yang diterapkan Kolombia dan Chile pada masyarakat asli di wilayah mereka.

Terdapat berbagai masalah pada pasar legal dan semi-legal produk-produk berbahan dasar koka, bahwa mereka berjuang untuk berkompetisi dengan produksi koka ilegal yang memasok perdagangan ilegal kokain. ENACO menyatakan bahwa pada 2006, badan tersebut membayar petani seharga US$ 1,4 per kilo daun koka, sementara harga daun koka di pasar gelap adalah US$ 4.[168] Menariknya, muncul sebuah pasar bayangan yang membayar petani dengan harga lebih tinggi dari produsen kokain; koka ini, sebuah pasar berstandar tinggi untuk kualitas koka terbaik, digunakan bukan untuk produksi kokain tetapi untuk produksi koka yang digunakan secara tradisional, dan secara sengaja mengambil alih peran ENACO.

Pemerintah Bolivia kini dipimpin oleh seorang mantan petani koka, Evo Morales, yang secara aktif mendorong produksi produk-produk berbahan dasar koka seperti teh, tepung dan bahkan pasta gigi. Pada 2006, Morales menyerukan penghentian kriminalisasi daun koka pada Sidang Umum PBB, kemudian mengulang seruannya pada pertemuan Komisi Napza PBB tahun 2009 dalam sebuah pidato yang diakhiri dengan dirinya mengunyah daun koka di podium. Pada Juli 2009, proposal Bolivia untuk mengamandemen Konvensi 1961 dan mengeluarkan pengunyahan daun koka dari pelarangan PBB, secara resmi diterima untuk dipertimbangkan oleh ECOSOC.[169]

---

[168] Lasso, **'South America: The Business of Legal Coca'**, 2006.

[169] Analisis terperinci tersedia di website *Transnational Institute*: **www.ungassondrugs.org**

Diskusi

Produksi legal koka untuk digunakan dalam bentuk daun segar, produk-produk yang diproses secara ringan, atau kokain farmasi tidak menimbulkan masalah-masalah signifikan secara internal produk maupun akibat penggunaannya. Produk-produk koka berpotensi rendah (daun dan teh) tidak membutuhkan pengendalian lebih ketat dibandingkan dengan produk-produk serupa seperti kopi, sementara pemrosesan koka menjadi kokain farmasi berada dalam tataran industri dalam model yang sudah tertata rapi dan memiliki regulasi keamanan serta regulasi produk untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul. Masalah-masalah utama dalam sistem semacam ini adalah beberapa yang sudah terlihat di wilayah produsen koka: yaitu ketegangan ekonomi yang berpotensi mengguncang stabilitas negara, dan tekanan-tekanan yang diciptakan oleh pasar gelap paralel yang masih ada.

Meregulasi produksi legal daun koka yang sejalan dengan panduan perdagangan adil, jaminan harga bersamaan dengan berbagai jenis perlindungan sosial dan lingkungan (untuk petani kopi, kokoa, gula, dll) nampaknya akan mampu memperbaiki masalah-masalah ini. Lebih jauh lagi, dengan cara yang sama dengan opium dan ganja, masalah-masalah tersebut akan menurun secara progresif seiring dengan penyusutan permintaan terhadap suplai ilegal, sementara pasar global bergeser menuju regulasi legal produksi dan suplai. Isu-isu spesifik mengenai perdagangan dan pengembangan mungkin timbul selama masa transisi, termasuk potensi badan-badan napza PBB memberikan lisensi produksi koka pada sejumlah negara tertentu (contohnya: membatasi lisensi pada negara-negara di wilayah Andes), atau bagi negara yang akan memulai kultivasi koka untuk keperluan pasar domestik mereka (lihat: *4.5 Dampak Sosial, Politik dan Ekonomi yang Lebih Luas*, Hal. 116).

Produksi Legal Ganja

Ketika mempertimbangkan bagaimana produksi ganja harus diregulasi di masa depan, kami memiliki berbagai pengalaman untuk menjadi pembelajaran. Pengalaman-pengalaman ini termasuk regulasi legal produksi ganja untuk berbagai keperluan (terutama untuk berbagai jenis penggunaan medis dan sediaan, tetapi juga, dalam skala lebih kecil ; regulasi produksi hemp untuk keperluan industri dan keperluan sakramental/religius) di berbagai negara selama beberapa abad. Berbagai tantangan dan isu yang ditimbulkan oleh model-model yang sudah ada, mengindikasikan secara jelas bagaimana model produksi ganja non-medis berlisensi dapat berkembang, dan ketika lingkungan politik dan legislatif mendukungnya.

Ganja memiliki posisi unik dalam kultur napza dan politik kontemporer; sebagai napza ilegal yang paling banyak digunakan secara global dalam jumlah yang sangat besar,[170] demikian juga sebagai napza berbahan dasar tanaman[171] yang dapat dikonsumsi dalam bentuk herbal mentah tanpa memerlukan tingkat pemrosesan signifikan seperti yang dibutuhkan oleh, contohnya: heroin atau kokain. Isu-isu pengendalian regulasi juga diperumit oleh fakta bahwa ganja sendiri sangat mudah dikultivasi di berbagai kondisi lingkungan yang luas, tidak seperti napza berbahan dasar tanaman lainnya. Kombinasi faktor-faktor ini, berbarengan dengan permintaan terhadap ganja yang sangat besar dan kian meningkat (meluas secara merata di negara-negara Barat selama 4 dekade terakhir tetapi sekarang menunjukkan tanda-tanda permintaan yang stagnan bahkan cenderung menurun [172]) artinya, regulasi produksi, suplai dan penggunaan ganja telah menampilkan tantangan yang nampaknya mustahil dipecahkan dalam perspektif para pelaksana pelarangan napza; bahwa

[170] UNODC memperkirakan, ada sekitar 160 juta orang menggunakan ganja per tahun, 3,8% dari populasi yang berusia antara 15-64 tahun. **'UNODC Annual Report 2008'**, Hal. 10.

[171] Ganja mengandung beberapa senyawa aktif, dua senyawa aktif utama adalah THC dan CBD.

[172] 'Produksi dan konsumsi ganja menurun untuk pertama kalinya sejak abad yang lalu', **'UNODC Annual Report 2008'**, Hal. 10.

produksi, suplai dan ketersediaan ilegal memiliki aspek-aspek berbeda selain berpacu dengan permintaan.

Sedikit di luar mimpi buruk yang *'terlalu berat untuk dimenangkan'* dan yang berdasarkan fakta *'tidak pernah selesai dilaksanakan',* situasi ini menunjukkan (gambaran terbaru yang tersedia berasal dari tahun 2003, ketika diperkirakan bahwa pasar eceran ganja ilegal bernilai sekitar US$113 miliar [173]) bahwa ketika hampir tidak ada regulasi pasar, maka produksi ganja berskala raksasa tersebut bukan saja berada pada petani tak berlisensi, tidak dapat dikenai pajak, dan tidak dapat dipantau dampak lingkungannya, serta tidak dapat menjadi subjek pengendalian, sehingga kekuatan/potensi produk ganja [174] tidak dapat diperkirakan atau dikendalikan, dan badan-badan relevan tidak dapat mengintervensi ketika terjadi masalah pengendalian kualitas seperti kontaminasi.[175]

Produksi Legal Ganja untuk Penggunaan Medis

Model kontemporer paling bermanfaat untuk produksi ganja adalah penggunaan medis-nya, baik dalam bentuk ganja yang telah diproses maupun bentuk herbal.

Produk-Produk Medis Berbahan Dasar Ganja yang Telah Diproses

GW Pharmaceutical, perusahaan farmasi yang berlokasi di Inggris memproduksi *Sativex*, yang merupakan produk medis (memiliki standar dalam komposisi, formulasi dan dosis) produksi farmasi berbahan dasar ganja yang diresepkan, dan merupakan produk farmasi ganja pertama di dunia. *Sativex* berbeda dari

---

[173] **'UNODC World Drug Report 2005 '**, Hal. 127.

[174] Termasuk potensi relatif THC dan CBD, yang dapat mempengaruhi prevalensi sebagian efek negatif intoksikasi ganja termasuk gejala/episode psikotik.

[175] Telah ada beberapa contoh ganja yang terkontaminasi oleh berbagai substansi. Sebuah kasus didokumentasikan pada tahun 2007, ketika berat ganja digelembungkan dengan menambah partikel-partikel timbal, yang mengakibatkan sejumlah kasus serius keracunan timbal, dimuat di New England Journal of Medicine, **'Lead Poisoning Due to Adulterated Marijuana,'** April 10, 2008.

beberapa produk sintetis serupa (lihat di bawah), karena ia diperoleh langsung dari ganja alami, dan mengandung dua senyawa aktif tanaman ganja; THC dan CBD (ada serangkaian formulasi yang berbeda). Kultivasi tanaman ganja yang digunakan untuk membuat produk ini beroperasi di bawa lisensi khusus yang diberikan Kementerian Dalam Negeri Inggris *(UK Home Office)*, seperti yang diizinkan dalam *Section 7, Misuse of Drugs Act 1971*). Lisensi-lisensi ini memungkinkan perusahaan untuk meneliti dan mengembangkan obat berbahan dasar *cannabinoid* yang diresepkan, seperti *Sativex*. Menurut GW Pharmaceuticals, tanaman ganja yang mereka gunakan dalam produksi, ditumbuhkan di bawah *'kondisi-kondisi yang dikendalikan oleh komputer dalam rumah kaca yang aman'* yang memungkinkan diikutinya *'prosedur pelaksanaan standar yang ketat'* untuk *'memastikan tidak ada kontaminasi kimiawi, invasi atau pertumbuhan jamur, konsistensi dalam; kandungan bahan aktif, metode pemanenan, pengeringan, ekstraksi primer, penyimpanan dan pengiriman barang'*. Kultivasi ganja dilakukan di lokasi rahasia di Inggris Selatan.

Menarik untuk mencatat bahwa saat ini ada 2 obat resep yang dibuat dari senyawa-senyawa yang ditemukan dalam tanaman ganja. Yang pertama adalah *dronabinol* (dijual dengan merek *Marinol*) yang merupakan bentuk sintetis senyawa aktif utama dalam ganja: *tetrahydrocannabinol* (THC), Pada tahun 1986 di AS, Marinol dikeluarkan dari Golongan 1 (tidak ada manfaat teraupetik; ganja masih ditempatkan di Golongan 1 ini), dan dipindahkan menjadi Golongan 2, yang memungkinkan Marinol diresepkan dalam bentuk jel berbahan dasar minyak yang dikemas dalam kapsul, walaupun dengan persyaratan yang sangat ketat. Pada tahun 1991, Komisi Napza PBB juga mengeluarkan THC dan stereoisomer-stereroisomer-nya (varian kimia) dari Golongan 1 versi PBB (tidak ada manfaat terapeutik), dan memindahkannya ke Golongan 2 (memiliki manfaat terapeutik terbatas), membebaskan Marinol dari pembatasan sangat ketat yang ditentukan oleh Pasal 7 Konvensi PBB tentang Psikotropika 1971. Di AS pada tahun 1999, Marinol kemudian dipindahkan lagi

ke Golongan 3 versi AS[176] Tiga tahun kemudian, pada pertemuan ke-33 pada tahun 2002, Komite Pakar WHO tentang Ketergantungan Napza (*WHO Expert Committee on Drug Dependence)* merekomendasikan untuk memindahkan THC ke Golongan IV versi PBB yang mengacu pada Konvensi 1971 (Golongan IV adalah golongan dengan pembatasan yang paling longgar), mengutip manfaat medis THC dan potensi penyalahgunaan yang rendah. Komite Pakar ini kemudian mempertimbangkan ulang rekomendasi mereka pada tahun 2006,[177] menganjurkan pemindahan THC hingga ke Golongan 3 saja. Mereka secara khusus menekankan bahwa *'Dronabinol adalah (bentuk sintetis) bahan aktif utama dalam ganja dan memililki efek-efek yang sama pada suasana hati, persepsi dan sistem kardiovaskular'*.[178]

Produk medis lain dibuat dengan bahan dasar *cannabinoid* sintetis *nabilone*. Nabilon diproduksi secara sintetis dan menirukan efek-efek THC, yang nampaknya dimodifikasi untuk mengurangi efek samping, terutama euforia saat menggunakan THC.

Produk Medis Ganja dalam Bentuk Herbal atau Tidak Diproses

Penggunaan ganja herbal dalam berbagai pemanfaatan medis telah lama dilakukan dan mendapat dukungan kuat dari komunitas saintifik dan medis secara luas. [179] Ganja masih menjadi isu kontroversial di dunia medis karena,tidak seperti hampir semua obat-obatan berlisensi, ganja dapat dikonsumsi dalam bentuk herbal mentah (yang dipandang sebagai koktail senyawa-senyawa aktif yang *'berantakan'*), karena ganja seringkali digunakan

[176] Menurut sebuah catatan yang dibuat oleh J. Gettman, langkah ini merupakan 'respon terhadap sebuah petisi yang disusun oleh pabrik pembuat Marinol pada 3 Februari 1995. Dapat diakses online disini: **www.drugscience.org/lib/bib_tl**

[177] **'WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirty Fourth Report'**, Hal. 10 (2.11).

[178] Terdapat diskusi-diskusi tingkat tinggi di beberapa negara tentang mengupayakan untukmemindahgkan ganja dari Golongan 1 napza yang dikendalikan versi PBB, terutama debat-debat parlemen di Belanda pada awal 2008 yang membahas status legal ambigu kebijakan ganja di Belanda. Langkah-langkah seperti ini belum dibicarakan secara serius di tingkat PBB, dengan melibatkan Komisi Napza PBB.

[179] **'Supporting Research into the Therapeutic Role of Marijuana: A Position Paper of the American College of Physicians'**, January 2008.

dengan cara dibakar dan dihisap asapnya (walaupun ganja dapat digunakan dengan vaporiser atau disantap dalam berbagai bentuk sediaan), dan karena ganja belum melalui proses penyaringan ketat sesuai standar seperti yang dilalui obat-obatan resep lainnya.

Terdapat isu-isu etis seputar potensi efek samping, terutama efek yang menyenangkan, dan kekhawatiran adanya pengalihan penggunaan non-medis. Tetapi pada dasarnya, penyediaan ganja herbal untuk keperluan medis telah terjadi dalam berbagai bentuk dan memunculkan beberapa petunjuk berguna tentang bagaimana model-model produksi non-medis potensial dapat beroperasi di masa depan.

Produksi Legal Ganja di Amerika Serikat

Di arena politik Amerika Serikat; produksi, suplai, dan penggunaan ganja medis nampaknya lebih kontroversial (daripada, contohnya, penggunaan sediaan herbal St.John's Wort sebagai anti-depresan, yang notabene kurang memiliki penggunaan paralel non-medis/rekreasional), karena isu ini secara tak terelakkan berkaitan dengan wacana politik dan kultural yang lebih luas tentang penggunaan dan perundang-undangan ganja non-medis. Meski demikian, laporan meluas tentang kemujaraban ganja herbal yang setara dengan obat-obatan resep lainnya, telah berhasil menolong banyak individu dengan berbagai penyakit kronis; yaitu individu-individu yang tidak memenuhi kriteria stereotip pengguna napza, telah mendorong isu ini untuk dibicarakan. Saat buktu ini ditulis, sudah 13 negara bagian di AS memperbolehkan penggunaan ganja medis, yaitu: Alaska, California, Colorado, Hawaii, Maine, Maryland, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Rhode Island, Vermont, dan Washington.

Terdapat konflik yang terus berlangsung antara pemerintah negara bagian dengan pemerintah federal AS.

Masing-masing negara bagian di AS mempelajari apa yang mereka pandang sebagai hak negara bagian untuk mengizinkan produksi, suplai dan penggunaan ganja medis; posisi ini secara berulang bertabrakan dengan pandangan pemerintah federal yang berkeras bahwa ganja tidak memiliki manfaat terapeutik, merujuk pada posisinya yang berada dalam Golongan 1 Undang-Undang Napza AS. Akibatnya, terus menerus terjadi insiden penegakan hukum yang tidak menyenangkan, ketika polisi federal menutup pusat-pusat produksi dan distribusi ganja medis yang secara formal telah mendapatkan sanksi dari pemerintah negara bagian. Anehnya, pemerintah federal sendiri justru memproduksi dan memasok ganja medis bagi para pasien, yang menerima kiriman bulanan ganja medis.

Saat buku ini ditulis, terdapat 4 orang pasien yang masih bertahan hidup sebagai peserta program *Compassionate Investigational New Drug* (IND) yang dijalankan oleh *Food and Drug Administration* (FDA). Pasien-pasien ini telah mendapatkan suplai ganja medis selama antara 11-27 tahun. Ganja medis ditumbuhkan di *University of Mississippi* di bawah pengawasan *National Institute of Drug Abuse* (NIDA). Bahan ganja dikirimkan ke *Research Triangle Institute* di North Carolina, untuk dirajang dan dilinting menggunakan mesin linting rokok tembakau yang dimodifikasi, kemudian disimpan dalam keadaan dihilangkan sebagian kadar airnya, kemudian dibekukan.

Produksi Legal Ganja di Kanada

Skenario serupa telah dilakukan di Kanada ketika , pada 2001, penggunaan ganja untuk keperluan medis dilegalkan dengan persyaratan ketat di bawah pengawasan Divisi Akses Ganja Medis Departemen Kesehatan Kanada *(Canadian Department of Health's Medical Marihuana Access Division)*.[180] Menurut regulasi akses ganja medis Kanada, setiap orang dapat memperoleh lisensi untuk memproduksi suplai ganja mereka sendiri, atau lisensi dapat

[180] Website Health Canada: **http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/about-apropos/supply-approvis-eng.php**

diberikan pada orang lain yang ditunjuk untuk memproduksi suplai ganja untuk si pemegang lisensi. Pada tahun 2000, Departemen Kesehatan Kanada, *Health Canada*, mengontrak *Prairie Plant System*, atas nama pemerintah federal Kanada, untuk menumbuhkan ganja di sebuah tambang bawah tanah di Flin Flon Manitoba untuk keperluan riset, dan pada tahun 2003 untuk mendistribusikan ganja medis pada para pasien yang jumlahnya kian meningkat dalam sebuah program pemerintah.[181] *Health Canada* mencatat bahwa: [182]

> *Dalam durasi kontrak selama 5 tahun, Prairie Plant System mengikatkan diri dengan Health Canada untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:*
>
> - *Mengatur dan mengoperasikan penanaman ganja, memproses, penentuan formulasi dan penyimpanan;*
> - *Melakukan pengujian laboratorium dan pengendalian kualitas ganja sepanjang siklus keseluruhan produk;*
> - *Menentukan formulasi ganja, mengemas, memberi label dan menyimpan ganja;*
> - *Menyesuaikan dengan persyaratan yang ditentukan oleh Peraturan Napza dan Substansi Terkontrol, termasuk prosedur keamanan yang ketat dan pengukuran fisik;*
> - *Mendistribusikan ganja untuk para pasien dan periset.*

Selain kira-kira 600 pasien ganja medis yang dilayani oleh Prairie Plant Systems, ada lebih dari 11.000 pasien lain yang menjadi anggota 'klub welas asih' *(compassion clubs)* di Kanada.[183] Klub-klub ini bertindak sebagai lokasi

---

[181] Website Health Canada's Medical Marihuana Acces Division: **http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index-eng.php**

[182] Ada kekhawatiran yang diajukan mengenai kualitas ganja yang diproduksi di Flin Flon; lihat: **'Open Letterof Concern for the Health and Safety of Canada's Medicinal Cannabis Community'**, Canadians for Safe Access.

[183] Lucas, **'Regulating Compassion: An Overview of Canada's Federal Medical Cannabis Policy and Practice'**, Harm Reduction Journal 2008, 5:5, Hal. 9.

pendistribusian ganja medis, memasok ganja untuk penggunaan terapeutik atas rekomendasi resmi atau konfirmasi diagnosis dari dokter berlisensi.[184] Sementara Komite Khusus Urusan Napza Ilegal Senat Kanada *(Senate Special Committee on Illegal Drugs)*[185] dan badan-badan pemerintah lainnya merekomendasikan agar organisasi-organisasi ini segera diberi lisensi dan diakui secara legal, saat ini mereka tetap dapat beroperasi tanpa sanksi hukum.

Kelompok-kelompok ini kini menetapkan regulasi mereka sendiri. Mereka menetapkan standar yang didefinisikan secara jelas, termasuk permintaan agar berbagai jenis spesifik ganja dapat disediakan dan bahwa kultivasi harus dilakukan tanpa penggunaan pupuk kimia, yang berpotensi mengkontaminasi ganja dengan logam berat, pestida maupun fungisida. Kultivator ganja harus melindungi ganja dari ragi, kapang, lapisan jamur putih, serta jenis-jenis jamur lainnya. Klub-klub ini melakukan pengujian kontaminan dan potensi ganja secara mandiri.

Produksi Ganja di Belanda

Produksi Ganja di Belanda berlangsung dalam wilayah abu-abu yang ambigu, karena adanya benturan antara kebijakan dekriminalisasi *de facto* negara; yang memperbolehkan penggunaan pribadi dan penjualan berlisensi (melalui sistem *'kedai kopi'*, lihat Hal: 45) dengan komitmen Belanda terhadap konvensi-konvensi napza PBB yang menetapkan pelarangan ketat pada proses produksi. Sementara kultivasi skala kecil untuk penggunaan pribadi diperbolehkan (seperti di berbagai tempat lainnya di Eropa), produksi berskala lebih besar atau pengimporan untuk memasok *'kedai kopi'* tidak diperbolehkan, dan beberapa tahun terakhir ini justru menjadi subjek penegakan hukum yang lebih ketat. Pada dekade lallu, organisasi kriminal di Belanda terlibat lebih dalam

[184] Capler, Lucas, **'Guidelines for Community-Based Distribution of Medical Cannabis in Canada'**, May 2006, Hal. 4.

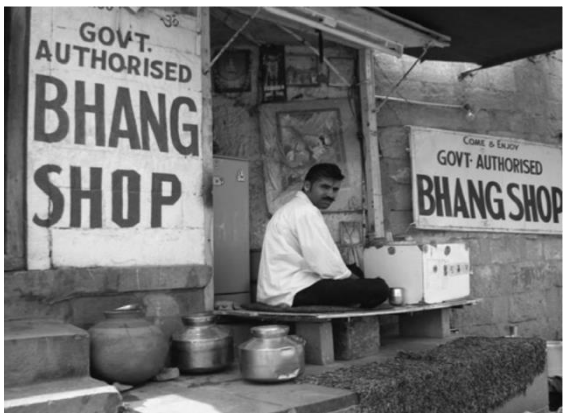
[185] **'Measures Should be Taken to Support and Encourage the Development of Alternative Practices, such as the Establishment of Compassion Clubs'** - Nolin, Kenny, **'Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs'**, Summary Report, September 2002, Hal. 20.

dengan jaringan perdagangan gelap ganja Eropa maupun internasional, tetapi penegakan hukum yang ditetapkan akhir 1990-an melucuti mayoritas aktivitas mereka, bersamaan dengan ekspansi produksi domestik, baik di Belanda maupun di tempat-tempat lain.

Produksi domestik ganja herbal kini menjual 75-80% hasil panennya untuk memasok *'kedai kopi'*, dan walaupun aktivitas produksi ini tidak diregulasi dalam aspek potensi dan kontaminasi, tetapi produk-produk ganja di Belanda secara umum dikategorikan sebagai berkualitas baik.. Tidak ada data yang dapat diandalkan, tetapi diperkirakan, proporsi besar produksi domestik ganja Belanda masih diekspor ke negara-negara tetangga. Ganja yang diekspor tersebut dikabarkan berkualitas rendah, dan karenanya tidak memenuhi standar untuk dijual di *'kedai kopi'* Belanda; produk ganja ekspor ini dikemas dalam kemasan kedap udara bersegel yang masih mudah disusupi oleh bahan-bahan non-ganja untuk keperluan penggelembungan berat. Sebagian besar ganja bentuk *hash*/resin yang disediakan di *'kedai kopi'* Belanda masih diimpor dari Maroko, walaupun melalui jalur ilegal.

Penggunaan Tradisional Ganja di India

Ganja atau *bhang* dikenal sebagai nama lokal *cannabis* di India; *bhang* telah digunakan di India selama beberapa abad. *Bhang* diasosiasikan dengan salah satu dewa Hindu; Shiva, dan juga digunakan secara terbuka dalam festival-festival tradisional tahunan, yang paling umum adalah festival musim semi Holi. Hingga India menjadi penandatangan Konvensi 1961,



Toko ganja tradisional yang 'diberi kewenangan oleh pemerintah' di Jaisalmer, India, 2006
Foto: Tom Maisey

penjualan *bhang* dikendalikan oleh pemerintah yang mengelola perdagangan napza melalui penjualan berlisensi dan pemungutan pajak. Toko *bhang* milik pemerintah pernah ada, dan dalam beberapa kasus masih ada, menyebar di seluruh wilayah India.

Di bawah Konvensi 1961, India, seperti banyak negara lain yang memiliki 'penggunaan tradisional' napza yang dikendalikan PBB, diwajibkan untuk mengakhiri penggunaan substansi tersebut dalam kurun waktu 25 tahun. Dengan kasus yang sama dengan penggunaan tradisional daun koka di Andes, tidak mengejutkan bila perintah PBB ini tidak terlaksana (25 tahun masa toleransi mungkin merupakan tanda bahwa hal itu tidak akan pernah tercapai). Masih terdapat toko *bhang* resmi milik pemerintah India di beberap kota seperti Varanasi dan Puri (dan toko-toko lain seputar Rajashtan), dan *bhang* masih digunakan secara meluas dalam festival-festival religius, demikian juga penggunaan regular oeh sejumlah kecil pemuka agama atau *Sadhus.* Penggunaan rekreasional *bhang* oleh turis dari negara-negara Barat sering terjadi. Produksi *bhang*, yang berpotensi relatif rendah dan paling marak digunakan sebagai makanan atau minuman, pada dasarnya tidak diregulasi, beroperasi seperti halnya penggunaan herbal dan bumbu masak.

Produksi Domestik Ganja Berskala Kecil untuk Penggunaan Pribadi

Seperti yang telah didiskusikan di atas, ganja relatif mudah ditumbuhkan secara perorangan, serta mudah disiapkan untuk digunakan melalui masing-masing kebun, atau tiap-tiap rumah menggunakan sistem pencahayaan dan penanaman apa adanya. Praktik ini tidak dapat dibatasi secara legal atau dikendalikan karena ganja memiliki bentangan penggunaan luas lainnya, yang bisa jadi diperbolehkan. Mengingat realitas ini, produksi domestik ganja berskala kecil menjadi kian populer dan meluas, didukung dengan meruaknya industri panduan menanam ganja dan literatur-literatur lainnya, demikian juga teknologi dan alat-alat untuk menggunakan ganja. Perkembangan ini dapat

terjadi karena aturan yang melarang distribusi biji ganja sulit untuk disahkan, karena biji ganja sendiri tidak mengandung bahan aktif ganja.[186]

Beberapa negara telah menetapkan regulasi produksi domestik untuk penggunaan medis. Kanada, seperti yang didiskusikan di atas, adalah contoh yang baik. Di bawah regulasi Divisi Akses Ganja Medis, Kanada memberikan 'lisensi produksi untuk penggunaan pribadi', yang mengizinkan produksi skala kecil (menggunakan formula untuk menentukan jumlah terbatas tanaman/hasil panen) di bawah kriteria lisensi yang ketat.

Di Spanyol, kebijakan dekriminalisasi kepemilikan dan penggunaan pribadi juga mencakup hak pribadi untuk menumbuhkan sejumlah tertentu tanaman ganja untuk penggunaan pribadi mereka.

Diskusi

Produksi ganja berlisensi, dalam skala menengah maupun besar, untuk penggunaan medis di beberapa negara, menunjukkan dengan jelas, bahwa mengatur produksi ganja dengan memperhatikan faktor-faktor keamanan dan pengendalian kualitas adalah mungkin untuk dilakukan. Produksi ganaj untuk penggunaan non-medis bisa jadi tidak memerlukan pemenuhan kriteria yang demikian ketat. Sebagai contoh, menumbuhkan ganja di sebuah tambang bawah tanah nampaknya terlalu berlebihan untuk produksi ganja non-medis.

Mengatasi pengalihan ganja ke pasar gelap dapat ditangani dengan memberikan lisensi yang layak pada petani dan pemasok, dikombinasikand engan penegakan hukum efektif, ketika pelanggaran syarat-syarat lisensi terjadi. Pastinya, keuntungan ekonomi dengan pengalihan ke pasar gelap akan menurun secara progresif, ketika produksi legal meluas dan menurunkan keuntungan yang kini ditawarkan pemasok ilegal. Seperti halnya dengan opium dan koka yang didiskusikan di atas, ekspansi produksi legal akan kian meningkat dari tahun ke tahun, memungkinkan transisi terkelola dan evolusi

[186] Sebagai contoh: biji ganja legal di Inggris dan Kanada, tapi ilegal di AS.

infrastruktur regulasi yang efektif, sebagai respon terhadap isu-isu dan tantangan yang muncul.

Nampaknya, bila sistem suplai eceran legal tersedia, penanaman ganja untuk keperluan pribadi akan kian merosot, seperti halnya proses membuat *wine* atau bir; demikian juga bertahannya beberapa kelompok kecil yang memiliki hobi atau keahlian menanam dan mengolah ganja. Dalam istilah praktis, nampaknya hampir tidak mungkin untuk memberi lisensi pada produksi non-komersial ganja berskala kecil, walaupun beberapa produk disirkulasikan antar kawan. Penanaman tembakau skala rumahan di Inggris secara teori menjadi subjek cukai, tetapi nyatanya tidak pernah diberlakukan. Panduan dasar dapat dibuat untuk umum dan batasan jumlah produksi ganja dapat ditentukan untuk setiap individu, tetapi pengalaman menggunakan skema serupa di Eropa menunjukkan bahwa kebijakan ini sulit ditegakkan dan dan kerap dinafikan baik oleh polisi maupun petani. Model pemberian lisensi bisa jadi cukup layak untuk mengatur klub-klub atau komunitas penanam ganja skala kecil hingga sedang; yang bertujuan berbagai suplai ganja dengan tujuan non-profit, untuk itu pengendalian umur dan kualitas dapat ditentukan, dan derajat akuntabilitas kelompok-kelompok tersebut dapat ditentukan.

Visi Transfom adalah :

"Berakhirnya perang terhadap napza dan terciptanya sistem regulasi napza yang efektif dan berperikemanusiaan.

Tujuan jangka menengah Transform adalah:

- Mengeksplorasi berbagai alternatif kebijakan untuk menggantikan pelarangan napza, serta membangun kepercayaan terhadap model-model regulasi napza.
- Membangun sebuah koalisi untuk mengajak pemerintah negara-negara dan Perserikatan Bangsa-Bangsa memperhitungkan kerugian yang ditimbulkan oleh kebijakan pelarangan napza.
- Membingkai ulang debat bertopik kebijakan napza dalam perspektif kesejahteraan yang mempertimbangkan dampak pelarangan napza terhadap hak asasi manusia, keamanan dan perkembangan manusia.

Mari terlibat

Untuk mengetahui bagaimana anda dapat membantu mengakhiri Perang Napza, sebagai pendukung Transform, relawan, atau pendonor, silahkan kunjungi **www.tdpf.org.uk** atau kontak:

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

Easton Business Centre, Felix Road,
Bristol, BS5 OHE, United Kingdom

e-mail: **info@tdpf.org.uk**
tel: **+44 (0) 117 941 5810**
web: www.tdpf.org.uk

Pasca Perang Napza:
Cetak Biru Regulasi

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

Pengakuan bahwa pelarangan napza adalah sebuah kebijakan gagal yang kontraproduktif, kian berkembang di seluruh dunia. Tetapi, penghalang utama reformasi kebijakan napza adalah ketakutan yang menyebar luas, karena tidak pernah terbayangkan, "Akan seperti apakah masa depan dunia pasca perang napza" ?.

Untuk pertama kalinya, *'Pasca Peran Napza: Cetak Biru Regulasi'* menjawab pertanyaan itu dengan mengajukan berbagai model regulasi spesifik untuk setiap tipe dan sediaan utama napza ilegal, dilengkapi dengan prinsip-prinsip dan dasar pemikiran pengajuan model tersebut.

Transform Drug Policy Foundation menunjukkan bahwa bergerak menuju regulasi legal napza bukanlah suatu langkah dalam gelap yang tak terpikirkan, dan mustahil secara politis; tetapi justru merupakan sebuah pendekatan yang mengedepankan akal sehat dan pragmatis untuk mengendalikan produksi, suplai dan penggunaan napza.

"Sudah terlambat beberapa abad untuk mengakhiri Perang Napza. Buku 'Cetak Biru' ini secara jelas menguraikan serangkaian pilihan pendekatan perlahan dan bertahap untuk melaksanakan model regulasi produksi, penjualan dan konsumsi napza rekreasional. Ribuan bahkan jutaan jiwa terancam karena perang napza. Sekaranglah waktunya bertindak"

Craig McClure
Mantan Direktur Eksekutif
International AIDS Society

"Buku ini benar-benar revolusioner. Beberapa tahun lagi, kita akan memandang ke belakang, pada pelarangan napza yang telah berlalu; dan satu-satunya pertanyaan yang akan muncul adalah, mengapa kebijakan semacam itu bisa berlangsung demikian lama."

Jack Cole
Direktur Eksekutif
Law Enforcement Against Prohibition

"Pada dasarnya ada semangat reformasi napza pada masyarakat dunia, untuk memastikan konvensi-konvensi napza sesuai dengan tujuannya dan menyesuaikannya dengan realitas di lapangan yang dipastikan berbeda dari saat pertama kali konvensi-konvensi tersebut disusun."

Antonio Mario Costa
Direktur Eksekutif
UN Office on Drugs and Crime

" Setidaknya kita perlu mempertimbangkan dan mempelajari berbagai bentuk legalisasi terkendali pada napza"

George Schultz
US Secretary of State
Pemerintahan Presiden Ronald Reagan

"Tuan Sekretaris Jenderal, kami memohon agar tuan dapat menginisiasi sebuah dialog terbuka dan jujur mengenai masa depan kebijakan pengendalian napza global; agar ketakutan, prasangka dan pelarangan yang bersifat menghukum dapat digantikan oleh akal sehat, sains, kesehatan masyarakat dan hak asasi manusia."

Rowan Williams
Archbishop of Canterbury
(selagi menjabat Bishop of Monmouth)
Surat kepada SekJen PBB Kofi Annan

" Mungkin saya tidak sempat menyaksikannya, karena saya sudah cukup tua; tetapi saya berkeyakinan bahwa suatu hari nanti napza akan dilegalkan dan akan terbukti bahwa pendapat kita benar"

Gustavo de Grieff
Mantan Jaksa Agung Kolombia